



Glasgow Outcome Scale Questionnaire (GOSE-Postal) - Spanish Version

Estas preguntas están relacionadas con los cambios en su estilo de vida desde el momento de su lesión. También hay algunas preguntas acerca de cómo estaban las cosas antes de la lesión. Las preguntas pueden ser contestadas por Ud., por un familiar o un amigo cercano, o ambos. Estamos interesados en su recuperación hasta ahora.

Nombre de la persona lesionada _____ Fecha de hoy _____

Persona que rellenó el formulario

Paciente solo Familiar, amigo o cuidador solo
Paciente y familiar, amigo o cuidador juntos

La persona lesionada está

Fuera del hospital En el hospital o una residencia

Responda a cada pregunta marcando la casilla que mejor describa su situación.

1. Antes de la lesión, ¿podía cuidar de sí mismo en casa? Sí No

2. A consecuencia de su lesión, ¿necesita que alguien le cuide en casa? (marque una casilla)

No necesito ayuda ni supervisión en casa
Necesito algo de ayuda en casa, pero no todos los días
Necesito ayuda en casa todos los días, pero me valgo por mí mismo al menos durante 8
horas si es necesario
No podría valerme por mí mismo durante 8 horas durante el día
Necesito ayuda en casa, pero no debido a la lesión

3. Antes de la lesión, ¿podía ir a comprar solo? Sí No

4. A consecuencia de su lesión, ¿necesita ahora ayuda para ir a comprar? (marque una casilla)

No necesito ayuda para ir a comprar
Necesito algo de ayuda, pero a las tiendas cercanas a mi domicilio puedo ir a
comprar solo
Necesito ayuda incluso para ir a las tiendas cercanas, o no puedo ir a comprar
Necesito ayuda para ir a comprar, pero no debido a la lesión

5. Antes de la lesión, ¿podía desplazarse sin ayuda? Sí No

6. A consecuencia de su lesión, ¿necesita ahora ayuda para desplazarse? (marque una casilla)

No necesito ayuda para desplazarme

Necesito algo de ayuda, pero puedo desplazarme a lugares cercanos (p.ej.: llamando a un taxi)

Necesito ayuda incluso para desplazarme a lugares cercanos, o no puedo desplazarme en absoluto

Necesito ayuda para desplazarme, pero no debido a la lesión

7. Empleo antes de la lesión (marque una casilla)

Trabajador en activo

Buscando trabajo (Desempleado)

Cuidador de la familia

Estudiante

Jubilado

Ninguno de los anteriores (por ej.: no puedo trabajar)

8. A consecuencia de su lesión, ¿ha cambiado su capacidad para trabajar? (o de estudiar si es estudiante; o de cuidar de su familia) (marque una casilla)

Sigo haciendo el mismo trabajo

Sigo haciendo el mismo trabajo, pero tengo algunos problemas (por ej.: cansancio, falta de concentración)

Sigo trabajando, pero menos (por ej.: cambio de jornada completa a reducida o un cambio de nivel de responsabilidad)

No puedo trabajar, o sólo puedo trabajar en un puesto adaptado

Mi capacidad para trabajar ha cambiado, pero no debido a la lesión

9. Antes de la lesión, ¿participaba periódicamente en actividades sociales y de ocio fuera de casa (al menos una vez a la semana)? Sí No

Las actividades sociales y de ocio pueden incluir: salir a un bar o discoteca, visitar a amigos, ir al cine o al bingo, salir a pasear, ir a un partido de fútbol, practicar deporte.

10. A consecuencia de su lesión, ¿ha cambiado su capacidad para participar en actividades sociales y de ocio fuera de casa? (marque una casilla)

Participo con la misma frecuencia que antes (las actividades pueden ser diferentes de las de antes)

Participo un poco menos, al menos la mitad

Participo mucho menos, menos de la mitad

No participo nada

Mi capacidad para participar ha cambiado por otro motivo, no debido a la lesión

11. Antes de la lesión, ¿tenía problemas para relacionarse con sus amigos o familiares? Sí No

12. A consecuencia de su lesión, ¿tiene problemas ahora en sus relaciones con amigos o familiares? (marque una casilla)

- Las cosas siguen más o menos igual
- Tengo problemas ocasionales (menos de una vez a la semana)
- Tengo problemas frecuentes (una vez a la semana o más)
- Tengo problemas constantes (problemas cada día)
- Tengo problemas por algún otro motivo, no debido a la lesión

13. ¿Tiene algún otro problema a consecuencia de la lesión que haya interferido en su vida cotidiana durante la última semana? (Problemas que a veces se describen después de una lesión cerebral: dolores de cabeza, mareos, cansancio, sensibilidad a los ruidos o a la luz, lentitud, problemas de memoria y problemas de concentración). (marque una casilla)

- No tengo problemas actualmente
- Tengo algunos problemas, pero no interfieren en mi vida cotidiana
- Tengo algunos problemas que han afectado a mi vida cotidiana
- Tengo algunos problemas por otros motivos, no debido a la lesión

14. Antes de la lesión, ¿tenía problemas similares? (marque una casilla)

- Antes no tenía problemas o eran problemas menores
- Antes tenía problemas similares

¿Hay algo que le gustaría añadir?
(Continúe en el dorso si lo desea)