

# Encuesta para personas con lesiones cerebrales

*Este documento se proporciona para ayudarle a completar el cuestionario en línea. No distribuya esta encuesta.*

1. ¿Cuántos años tienes?

- 18 - 20
- 21 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- 61 - 70
- 71 - 80
- Más de 80

2. ¿Vives en Virginia?

- Sí
- No
- Otro: (Indique su estado) \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo se llama la ciudad o el condado de Virginia donde vives? (Elija una opción del menú desplegable)

4. ¿Ha sufrido más de una lesión cerebral?

- Sí
- No
- No lo sé

5. ¿Cuál fue la causa de su lesión cerebral más reciente? (Seleccione todo lo que corresponda)

- Me caí por accidente
- Tuve una enfermedad vírica o bacteriana
- He sido herido accidentalmente por otra persona
- Fui maltratado por otra persona
- Entré en contacto con una sustancia venenosa
- Fui herido en el servicio militar
- Tuve un derrame cerebral
- Tuve un accidente de coche, moto u otro medio de transporte.
- Me hice daño a propósito
- Me lesioné practicando un deporte (fútbol, fútbol americano, animación deportiva, etc.).
- Me atropelló un coche cuando iba andando, corriendo o en bicicleta
- Me dispararon con una pistola
- Otro (Escríbalo aquí) \_\_\_\_\_

6. ¿Hace cuánto tiempo se produjo su lesión cerebral más reciente?

- Hace menos de un año
- Hace 1 año
- Hace 2 años
- Hace 3-5 años
- Hace 6-10 años
- Hace más de 10 años
- No me acuerdo.

7. ¿A cuál de los siguientes problemas se enfrenta actualmente debido a su lesión cerebral? (Seleccione todo lo que corresponda)

**Cosas que me cuesta hacer**

- No aplicable (no estoy teniendo ningún problemas)
- Problemas para controlar las emociones
- Problemas para hablar
- Dificultad para hacerse entender por otras personas
- Problemas para caminar
- Problemas con las tareas cotidianas (como bañarse, vestirse y comer)
- Problemas para recordar cosas
- Problemas de concentración
- Problemas para resolver problemas
- Problemas con la función sexual
- Problemas para dormir

### Otros síntomas

- Problemas para socializar
- No aplicable (no tengo síntomas)
- Sensibilidad a la luz
- Sensibilidad al ruido
- Salud mental (como depresión o ansiedad)
- Malestar en lugares públicos o aglomeraciones
- Sentirse mentalmente cansado o abrumado
- Pérdida auditiva
- Dolores de cabeza
- Sensación de cansancio físico
- Tener convulsiones
- Dificultad para mantener el equilibrio o sensación de mareo.
- Cambios en la vista
- Otro (Escríbalo aquí) \_\_\_\_\_

8. ¿Está satisfecho con su calidad de vida **actual**?

- Muy satisfecho (1)
- Algo satisfecho (2)
- No estoy seguro de cómo me siento (3)
- Algo insatisfecho (4)
- Muy insatisfecho (5)

9. ¿Qué grado de satisfacción tenía con su calidad de vida **antes de** la lesión cerebral?

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- No estoy seguro de cómo me siento
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho

10. ¿Con quién vives ahora?

- Vivo solo
- Vivo sólo con mi cónyuge/pareja
- Vivo con mi(s) familiar(es)
- Vivo con una(s) persona(s) ajena(s) a mi familia
- Otro (Por favor, escríbalo aquí) \_\_\_\_\_

11. ¿Tiene un cuidador(a) que le ayude?

- Sí
- No

12. ¿Cuál es su relación con su cuidador(a)? (Seleccione todo lo que corresponda)

- No aplicable (no tengo cuidador(a))
- Mi cónyuge/pareja
- Mis padres
- Mi hijo
- Otros miembros de la familia
- Mi amigo
- Un cuidador profesional
- Otro (Escribalo aquí) \_\_\_\_\_

13. ¿Qué opción describe mejor dónde vive actualmente?

- Apartamento o casa
- Alojamiento militar
- Viviendas subvencionadas por el Estado (como la Sección 8)
- Centro de vida independiente
- Centro de vida asistida
- Residencia geriátrica
- Hogar de grupo

- Sin residencia permanente
- Otro (Escríballo aquí) \_\_\_\_\_

14. Si pudiera elegir, ¿dónde le gustaría vivir?

- Estoy viviendo donde quiero vivir
- Apartamento o casa
- Alojamiento militar
- Viviendas subvencionadas por el Estado (como la Sección 8)
- Centro de vida independiente
- Centro de vida asistida
- Residencia geriátrica
- Hogar de grupo
- Otro (Escríballo aquí) \_\_\_\_\_

15. Si no vive donde quiere vivir, ¿por qué no? (marque todo lo que corresponda)

- No aplicable (vivo donde quiero vivir)
- No puedo obtener los servicios a domicilio que necesito (como cuidados personales o servicios de limpieza).
- No puedo obtener la atención que necesito de un médico.
- No puedo recibir las terapias que necesito (física, logopédica, ocupacional, cognitiva, etc.).
- No tengo transporte
- No tengo suficiente dinero
- No encuentro vivienda accesible

- No encuentro vivienda asequible
- No encuentro trabajo
- Necesito ayuda para coordinar y planificar mis servicios
- Necesito servicios especiales (como ayudantes de memoria, asistencia en la vida comunitaria)
- Otro: (Escribalo aquí) \_\_\_\_\_

16. ¿Qué seguro o cobertura tiene para ayudarle a pagar sus servicios sanitarios? (marque todo lo que corresponda)

- No lo sé.
- Seguro privado
- Medicare
- Medicaid
- TriCare
- Seguro patrocinado por el Gobierno (a través de la Ley de Asistencia Asequible, Healthcare.gov)
- Indemnización laboral
- Sin seguro
- Otro (Escribalo aquí) \_\_\_\_\_

17. Mi lesión cerebral afecta a mi capacidad para (seleccione todo lo que corresponda)

- Acudir a actos/servicios/actividades de la comunidad
- Realizar actividades de autocuidado (como bañarse, vestirse y comer)
- Disfrutar de la vida social
- Establecer y mantener relaciones personales
- Conseguir y mantener un empleo
- Acudir a las citas médicas
- Comprender cómo gestionar mi atención sanitaria (como tomar medicamentos)
- Capacidad para vivir donde quiera
- Rendir bien en la escuela
- Realizar las actividades de la vida diaria (como lavar la ropa, pagar las facturas y hacer la compra).
- Otro (Por favor, escríbalo aquí) \_\_\_\_\_

18. ¿Hasta qué punto es importante la atención de salud mental **en este momento** para su recuperación (como acudir a un psiquiatra, consejero, psicólogo clínico)?

- Muy importante
- Algo importante
- Ni importante ni no importante
- Poco importante
- No es importante

19. ¿Qué importancia tiene para tu recuperación participar en un grupo de apoyo **en este momento**?

- Muy importante
- Algo importante
- Ni importante ni no importante
- Poco importante
- No es importante

20. ¿Qué servicios de su comunidad utiliza actualmente? (Marque todo lo que corresponda)

- Programas diurnos para adultos (como los clubes)
- Tratamiento y servicios médicos
- Tecnologías de apoyo (como dispositivos parlantes o programas de lectura de pantalla).
- Oportunidades educativas
- Desarrollo profesional u oportunidades de empleo
- Apoyo financiero
- Asistencia alimentaria
- Actividades comunitarias (como eventos, reuniones sociales o servicios religiosos)
- Profesionales de lesiones cerebrales (como terapeutas o médicos)
- Transporte
- Ayuda para vivienda
- Ayuda legal
- Asesoramiento
- Ayuda con el consumo de sustancias

- Gestión de la medicación
- Ayuda para establecer y mantener relaciones
- Grupos de apoyo para lesiones cerebrales
- Servicios de asistencia a domicilio
- Gestión de casos (alguien que me ayude a aprender y a obtener los servicios que pueda necesitar).
- Otro (Escríballo aquí) \_\_\_\_\_

21. ¿Qué otros servicios no utiliza actualmente, pero necesita acceder a ellos?

- Programas diurnos para adultos (como los clubes)
- Tratamiento y servicios médicos
- Tecnologías de apoyo (como dispositivos parlantes o programas de lectura de pantalla).
- Oportunidades educativas
- Desarrollo profesional u oportunidades de empleo
- Apoyo financiero
- Asistencia alimentaria
- Actividades comunitarias (como eventos, reuniones sociales o servicios religiosos)
- Profesionales de lesiones cerebrales (como terapeutas o médicos)
- Transporte
- Ayuda para vivienda
- Ayuda legal
- Asesoramiento
- Ayuda con el consumo de sustancias

- Gestión de la medicación
- Ayuda para establecer y mantener relaciones
- Grupos de apoyo para lesiones cerebrales
- Servicios de asistencia a domicilio
- Gestión de casos (alguien que me ayude a aprender y a obtener los servicios que pueda necesitar).
- Otro (Escríballo aquí) \_\_\_\_\_

22. ¿Qué problemas tiene para obtener los servicios para lesiones cerebrales que necesita? (Seleccione todos los que procedan).

- No hay servicios en mi zona
- Estoy en lista(s) de espera
- No entiendo el papeleo o los procesos
- Mi seguro no cubre los servicios
- No tengo seguro médico
- No puedo pagar los servicios
- Tengo problemas con el inglés
- No tengo apoyo ni nadie que me ayude
- Tengo problemas con la inscripción o las admisiones
- No tengo un medio de transporte fiable
- Otro (Escríballo aquí) \_\_\_\_\_

23. ¿Ha utilizado alguna de las siguientes ayudas disponibles en Virginia? (Seleccione todas las que corresponda)

- Virginia Ninguna puerta equivocada (NWD)
- Asociación de Daño Cerebral de Virginia (BIAV)
- Departamento de la Tercera Edad y Servicios de Rehabilitación (como rehabilitación profesional, preparación laboral)
- Centro de Derecho de la Discapacidad de Virginia (DLCV)
- Gestores regionales de casos
- Casas club o Clubhouses
- Juntas de Servicios Comunitarios (CSB)
- Organizaciones independientes (como la Virginia Concussion Initiative)
- Apoyo a la transición penitenciaria (para ex delincuentes)
- Otro (Escríballo aquí) \_\_\_\_\_

24. ¿Cuál es el cambio más importante que Virginia podría introducir en los servicios de lesiones cerebrales para ayudarle? (Escriba aquí)

---

---

---

---

---

---

-----

25. Piense en todos los servicios y ayudas a los que ha tenido acceso en su comunidad. ¿Cómo ¿Está satisfecho con la ayuda recibida en general?

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- No estoy seguro de cómo me siento
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho

26. ¿Cuál es su trabajo actual?

- Sigo trabajando en el mismo puesto que tenía antes de lesionarme.
- Ahora estoy trabajando en un nuevo empleo
- Quiero trabajar, pero no puedo por mi lesión cerebral
- Busco trabajo
- Estoy jubilado
- Otro (escríbalo aquí) \_\_\_\_\_

27. ¿Cuál es su situación laboral?

- Trabajo a tiempo completo
- Trabajo a tiempo parcial
- Soy voluntario
- No trabajo
- Otro (escríbalo aquí)

28. ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? Seleccione todo lo que corresponda.

- Afroamericano o negro
- Asiático o asiático-americano Latinos/Hispanos
- Oriente Medio o Norte de África
- Nativos americanos/nativos de Alaska
- Isleño del Pacífico/Nativo de Hawai
- Blanco
- Prefiero autodescribirme como \_\_\_\_\_
- Prefiero no identificar mi raza/etnia

29. ¿Cuál es su sexo? (Por favor, escríbalo aquí) \_\_\_\_\_

30. ¿Cuál es su nivel de estudios más alto?

- Menos de bachillerato
- Bachillerato o equivalente
- Formación comercial/técnica/profesional
- Algunos estudios, sin titulación
- Título universitario
- Licenciatura
- Titulación universitaria o profesional
- Otro (Escríballo aquí)