



## HELPS Herramienta de evaluación de lesión cerebral (modificada)

1. ¿Alguna vez ha sufrido un golpe en la cabeza, estrangulamiento o asfixia?  Sí  No
2. Si es así, ¿cómo sucedió? Marque todo lo que corresponda.
  - a. Haciendo deporte
  - b. Montando en bicicleta
  - c. Por una caída
  - d. Por un asalto o una pelea
  - e. Por un accidente automovilístico
  - f. ¿Por otra motivo? ¿Si es así, cuál?
3. ¿Cuándo sucedió? Marque todo lo que corresponda.
  - a. En el último mes
  - b. En el último año
  - c. Hace 1-2 años
  - d. Hace 3-5 años
  - e. Hace más de 5 años
4. ¿Cuántas veces se ha lesionado la cabeza o el cuello?
  - a. 1-3
  - b. 4-6
  - c. Más de 6
  - d. No estoy seguro/a
5. ¿Alguna vez ha visitado una sala de urgencias, un hospital o un médico por un golpe en la cabeza o por estrangulamiento o asfixia?  Sí  No
6. ¿Le dieron recomendaciones de seguimiento?  Sí  No
7. ¿Siguió las recomendaciones?  Sí  No
8. ¿Alguna vez se ha desmayado o ha perdido el conocimiento por un golpe en la cabeza o por asfixia o estrangulamiento?  Sí  No
9. En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo estuvo desmayado/a o inconsciente?
  - a. Minutos
  - b. Horas
  - c. Días
  - d. No estoy seguro/a

10. ¿Alguna vez experimentó un período de aturdimiento y confusión por un golpe en la cabeza o por asfixia o estrangulamiento?  Sí  No

11. En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo se sintió aturdido/a o confundido/a?

- a. Minutos
- b. Horas
- c. Días
- d. Meses
- e. No estoy seguro/a

12. ¿Cuántas veces se ha sentido así?

- a. 1-3
- b. 4-6
- c. Más de 6
- d. No estoy seguro/a

13. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema en su vida diaria por culpa de un golpe en la cabeza o por estrangulamiento o asfixia?  Sí  No

14. ¿Alguna vez ha tenido o tiene alguno de los siguientes problemas después de su lesión?  
¿Sucedió en el pasado, los está experimentando ahora o ambas cosas?

		Sí	No	Ahora	En el pasado
a. Físicos					
	Dolores de cabeza				
	Mareo				
	Náusea				
	Problemas de la vista				
	Problemas de equilibrio				
	Fatiga				
	Falta de sueño				
	Cambios en gusto u olfato				
b. Cognitivos					
	Problemas recordando cosas				
	Problemas enfocando o concentrándose				
	Problemas iniciando cosas				
	Problemas organizándose				
c. Emocionales					
	Sentirse confuso/a				
	Sentirse irritable o impaciente				
	Sentirse preocupado/a o nervioso/a				
	Sentirse triste o desesperanzado/a				

Duración del cuestionario: 10-20 minutos. Debe completarse en un formato de entrevista individual con bolígrafo y papel.

**Puntuación de la herramienta de evaluación HELPS:**

Una prueba de evaluación HELPS se considera positiva para una posible LCT (lesión cerebral traumática) con la identificación de los siguientes 3 elementos:

- 1.) Un evento que podría haber causado una lesión cerebral (sí a la pregunta 1 o 5), **y**
- 2.) Un período de pérdida del conocimiento o alteración del conocimiento después de la lesión u otra indicación de que la lesión fuera grave (sí a las preguntas 5, 8 o 10), **y**
- 3.) La presencia de dos o más problemas crónicos que no han estado presentes antes de la lesión.