

Nombre del padre/madre/cuidador: _____

Relación con el(la) niño(a): _____

Fecha de finalización (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Llenado por el equipo de investigación

N.º de REB: 14-479 ID del estudio: _____

Evento: Inicio Postoperatorio: N.º de año ____

Cuestionario de la Lista de evaluación de resultados de la marcha (GOAL™)
Versión para padres

1. Queremos saber más sobre la marcha y movilidad de su hijo/a.
2. Responda a todas las preguntas rodeando con un círculo el número que mejor se ajuste a su situación.
3. Puede elegir añadir más elementos que sean importantes para usted al final del cuestionario.

Por ejemplo:

A) Actividades de la vida diaria e independencia								NIVEL DE ASISTENCIA				¿ES ESTE SU OBJETIVO PARA MEJORAR?		
Tenga en cuenta cómo realiza normalmente su hijo/a cada una de las siguientes actividades. 1) Califique lo fácil o difícil que ha sido para su hijo/a realizar cada una de estas actividades en las últimas 4 semanas . Y 2) Elija cuánta ayuda necesitó su hijo/a para realizar estas actividades, Y 3) Seleccione lo importante que es un objetivo para usted para que su hijo/a mejore en cada una de las siguientes actividades.								TOTAL	MODERADA	MÍNIMA/SUPERVISADA	INDEPENDIENTE	NO ES UN OBJETIVO	ALGO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE
Durante las últimas 4 semanas:	<i>Extremadamente difícil/imposible</i>	<i>Muy difícil</i>	<i>Difícil</i>	<i>Ligeramente difícil</i>	<i>Fácil</i>	<i>Muy fácil</i>	<i>Ningún problema en absoluto</i>							
1. Acostarse y levantarse de la cama	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2

En el ejemplo anterior, **acostarse y levantarse de la cama** se calificó como **muy fácil**; requirió un **nivel moderado de asistencia**; y mejorar esto fue un objetivo **muy importante**.

A) Actividades de la vida diaria e independencia								NIVEL DE ASISTENCIA				¿ES ESTE SU OBJETIVO PARA MEJORAR?		
<p>Tenga en cuenta cómo realiza normalmente su hijo/a cada una de las siguientes actividades.</p> <p>1) Califique lo fácil o difícil que ha sido para su hijo/a realizar cada una de estas actividades en las últimas 4 semanas, Y</p> <p>2) Elija cuánta ayuda necesitó su hijo/a para realizar estas actividades, Y</p> <p>3) Seleccione lo importante que es un objetivo para usted para que su hijo/a mejore en cada una de las siguientes actividades.</p>								TOTAL	MODERADA	MÍNIMA/SUPERVISADA	INDEPENDIENTE	NO ES UN OBJETIVO	ALGO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE
Durante las últimas 4 semanas:	Extremadamente difícil/imposible	Muy difícil	Difícil	Ligeramente difícil	Fácil	Muy fácil	Ningún problema en absoluto							
1. Acostarse y levantarse de la cama	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
2. Sentarse y levantarse de una silla (o silla de ruedas)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
3. Estar de pie en un fregadero o un mostrador	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
4. Lavarse/bañarse (p. ej., regadera o tina)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
5. Vestirse	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
6. Llevar un objeto al caminar (p. ej., juguete, libro, celular o teléfono móvil)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
7. Abrir una puerta	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
8. Recoger un objeto del suelo	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2

9. Entrar y salir de un vehículo (p. ej., coche, furgoneta o autobús)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2
A1. Otra actividad: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	0	1	2

B) Función y movilidad de la marcha	AYUDA PARA CAMINAR NECESARIA					¿ES ESTE SU OBJETIVO PARA MEJORAR?		
--	-------------------------------------	--	--	--	--	---	--	--

Tenga en cuenta cómo realiza **normalmente** su hijo/a cada una de las siguientes actividades.

- 1) Califique lo **fácil o difícil** que ha sido para su hijo/a realizar cada una de estas actividades en las **últimas 4 semanas, Y**
- 2) Elija qué **ayuda para caminar** necesitó su hijo/a para realizar estas actividades, **Y**
- 3) Seleccione lo **importante que es un objetivo** para usted para que su hijo/a **mejore** en cada una de las siguientes actividades.

Durante las últimas 4 semanas:	<i>Extremadamente difícil/imposible</i>	<i>Muy difícil</i>	<i>Difícil</i>	<i>Ligeramente difícil</i>	<i>Fácil</i>	<i>Muy fácil</i>	<i>Ningún problema en absoluto</i>	SILLA DE RUEDAS	ANDADERA	DOS BASTONES/MULETAS	UN BASTÓN/MULETA/SOPORTE DE MANO, BARANDILLA O PARED	INDEPENDIENTE	NO ES UN OBJETIVO	ALGO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE
10. Caminar más de 250 metros (aproximadamente 2 cuerdas o 2 campos de fútbol)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
11. Moverse en la escuela (interior)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
12. Moverse en casa	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
13. Caminar durante más de 15 minutos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
14. Caminar más rápido de lo habitual (p. ej., para seguir el ritmo de los demás)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2

15. Recorrer o evitar obstáculos	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
16. Subir y bajar escaleras	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
17. Subir y bajar pendientes	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
18. Caminar en terreno irregular (rugoso, con rocas, arenoso)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2
19. Caminar sobre superficies resbaladizas (húmedas o heladas)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2

C) Dolor, molestias y fatiga

INTENSIDAD

¿ES ESTE SU OBJETIVO PARA MEJORAR?

Considere cada uno de los siguientes elementos.

- 1) Califique con qué **frecuencia** su hijo/a ha experimentado dolor, molestias o cansancio en las **últimas 4 semanas**, Y
- 2) Elija qué tan **intenso** fue el dolor o las molestias, Y
- 3) Seleccione **lo importante que es un objetivo** para usted para que su hijo/a **reduzca** el dolor, las molestias o el cansancio en cada uno de los siguientes elementos.

Durante las <u>últimas 4 semanas</u> :	<i>Todos los días</i>	<i>Muy a menudo (casi todos los días)</i>	<i>Con bastante frecuencia (de 2 a 3 veces a la semana)</i>	<i>Unas pocas veces (una vez a la semana)</i>	<i>Una o dos veces</i>	<i>Nunca</i>	GRAVE	MODERADA	LEVE	NINGUNA	¿ES ESTE SU OBJETIVO PARA MEJORAR?		
											NO ES UN OBJETIVO	ALGO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE
20. Dolor o molestias en los pies o tobillos	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
21. Dolor o molestias en la parte inferior de las piernas (p. ej., pantorrilla o espinilla)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
22. Dolor o molestias en las rodillas	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2

23. Dolor o molestias en los muslos o las caderas	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
24. Dolor o molestias en la espalda	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
25. Sensación de cansancio al caminar	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
26. Sentirse cansado durante cualquier otra actividad física que él/ella normalmente disfruta (p. ej., nadar, correr, montar a caballo u otro deporte)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2
C1. Otro dolor: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	0	1	2

D) Actividades físicas, deportes y ocio

¿ES ESTE SU OBJETIVO PARA MEJORAR?

Tenga en cuenta cómo realiza **normalmente** su hijo/a cada una de las siguientes actividades.

- 1) Califique lo **fácil o difícil** que ha sido para su hijo/a realizar cada una de estas actividades en el **último año, Y**
- 2) Seleccione lo **importante que es un objetivo** para usted para que su hijo/a **mejore** en cada una de las siguientes actividades.

Durante el último año:	<i>Extremadamente difícil/imposible</i>	<i>Muy difícil</i>	<i>Difícil</i>	<i>Ligeramente difícil</i>	<i>Fácil</i>	<i>Muy fácil</i>	<i>Ningún problema en absoluto</i>	Mi hijo/a no tuvo la oportunidad de hacer esta actividad en el último año	NO ES UN OBJETIVO	ALGO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE
27. Correr	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
28. Participar en deportes de deslizamiento (p. ej., patinar, patinar sobre ruedas, esquiar, patinar en skate/tabla de snowboard)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2

29. Montar en bicicleta o triciclo (con o sin ruedas de entrenamiento)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
30. Nadar	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
31. Participar en deportes que requieran correr (p. ej., fútbol, béisbol, fútbol americano, atletismo)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
32. Participar en deportes que requieran saltar (p. ej., baloncesto, voleibol)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
33. Participar en actividades que requieran equilibrio (p. ej., baile, gimnasia, artes marciales)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
34. Subir algo (p. ej., escaleras o juegos infantiles)	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	0	1	2
D1. Otras actividades recreativas o deportivas:	0	1	2	3	4	5	6		0	1	2

E) Patrón y aspecto de la marcha								¿ES ESTE SU OBJETIVO PARA MEJORAR?		
Considere cómo camina su hijo/a normalmente . 1) Califique en qué medida su hijo/a ha tenido un problema con cada uno de lo siguiente en las últimas 4 semanas , Y 2) Seleccione lo importante que es un objetivo para usted para que su hijo/a mejore en cada una de las siguientes actividades.								NO ES UN OBJETIVO	ALGO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE
Durante las últimas 4 semanas :	<i>Extremadamente difícil/imposible</i>	<i>Muy difícil</i>	<i>Difícil</i>	<i>Ligeramente difícil</i>	<i>Fácil</i>	<i>Muy fácil</i>	<i>Ningún problema en absoluto</i>			
35. Caminar con sus pies planos en el suelo	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2

36. Caminar más alto o más erguido (menos retorcido o doblado en las rodillas)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
37. Caminar con sus pies apuntando hacia delante	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
38. Caminar sin arrastrar sus pies	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
39. Caminar sin tropezar ni caerse	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
40. Llevar calzado de su elección (p. ej., zapatos, botas, sandalias)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2
E1. Otro aspecto de la marcha de su hijo:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2

F) Uso de aparatos ortopédicos y ayudas para la movilidad						¿ES SU OBJETIVO REDUCIR/ELIMINAR EL USO DE ESTOS?				
Considere cada uno de los siguientes elementos. 1) Califique cómo se ha sentido su hijo/a con respecto al uso de cada uno de los siguientes en las últimas 4 semanas, Y 2) Seleccione lo importante que es un objetivo para usted para que su hijo/a reduzca o elimine el uso de estos dispositivos.						NO ES UN OBJETIVO	ALGO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE		
Durante las últimas 4 semanas:	Muy infeliz	Infeliz	Ni feliz ni infeliz	Feliz	Muy feliz					
41. Usar aparatos ortopédicos o ortesis (p. ej., ortesis de tobillo y pie [OTP])	0	1	2	3	4	0	1	2	<input type="checkbox"/>	No le han recetado aparatos ortopédicos, elevadores u ortesis a mi hijo/a.
									<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a elije no usar los aparatos ortopédicos, elevadores u ortesis que le han recetado.
42. Usar un dispositivo de ayuda para caminar (p. ej., andadera, bastón, muletas)	0	1	2	3	4	0	1	2	<input type="checkbox"/>	Mi hijo no usa ningún tipo de ayuda para caminar.
43. Usar una silla de ruedas	0	1	2	3	4	0	1	2	<input type="checkbox"/>	Mi hijo/a no usa silla de ruedas.

G) Imagen corporal y autoestima						¿ES ESTE SU OBJETIVO PARA MEJORAR?				
Considere cada uno de los siguientes elementos. 1) Califique cómo se ha sentido su hijo/a con respecto a cada uno de los siguientes en las últimas 4 semanas, Y 2) Seleccione lo importante que es un objetivo para usted para que su hijo/a mejore en cada una de las siguientes actividades.						NO ES UN OBJETIVO	ALGO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE		
Durante las últimas 4 semanas:	Muy infeliz	Infeliz	Ni feliz ni infeliz	Feliz	Muy feliz					
44. La forma y posición de sus piernas	0	1	2	3	4	0	1	2		
45. La forma y posición de sus pies	0	1	2	3	4	0	1	2		

46. La simetría de sus piernas (en longitud y tamaño)	0	1	2	3	4	0	1	2
47. La forma en que <u>se</u> mueve en comparación con los demás	0	1	2	3	4	0	1	2
48. La forma en que los <u>demás</u> se sienten sobre cómo se mueve	0	1	2	3	4	0	1	2
49. Cómo lo/la tratan los demás	0	1	2	3	4	0	1	2

Otros objetivos	¿ES ESTE SU OBJETIVO PARA MEJORAR?		
	NO ES UN OBJETIVO	ALGO IMPORTANT	MUY IMPORTANT
Si hay otros objetivos (a largo o corto plazo) que hayamos olvidado, enumérelos a continuación Y seleccione la importancia de un objetivo para usted de que su hijo mejore en cada uno.			
Otros objetivos:			
1.	0	1	2
2.	0	1	2
3.	0	1	2
4.	0	1	2
5.	0	1	2

Comentarios y sugerencias

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!