

debido a la influencia del lenguaje y cultura. Una correcta adaptación requiere un diseño amplio que tome en cuenta no sólo el aspecto lingüístico, sino todos los aspectos técnicos y conceptuales que están implícitos en las mediciones relacionadas a la salud ¹¹. En este sentido consideramos que aplicar el cuestionario en forma supervisada sería suficiente para su contestación. Debido a las dificultades encontradas para su aplicación en los pacientes analfabetas, son necesarios otros estudios con este tipo de población, una propuesta nuestra es adaptar el cuestionario a través

de tarjetas de colores respetando la versión original para poder ser administrado específicamente a pacientes que no saben leer ni escribir.

CONCLUSIÓN

No obstante las diferencias culturales y sociales de nuestros pacientes, los resultados obtenidos mostraron que el CRSG adaptado en la población mexicana es un instrumento reproducible y por lo tanto útil para evaluar la calidad de vida en pacientes mexicanos que acuden a la Clínica de EPOC.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

CUESTIONARIO RESPIRATORIO DE SAINT GEORGE (CRSG)

Instrucciones:

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y cómo le afectan a su vida. Usamos el cuestionario para saber qué aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas.

Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No use demasiado tiempo para decidir las respuestas.

Recuerde que necesitamos que responda a las frases solamente cuando este seguro (a) que lo (a) describen y que se deba a su estado de salud.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

FECHA: _____ EXPEDIENTE No: _____

EDAD: _____

SEXO: Masculino () Femenino ()

Parte 1

A continuación, algunas preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante el último año. **Por favor, marque una sola respuesta en cada pregunta.**

1. Durante el último año, he tenido tos

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

2. Durante el último año, he sacado flemas (sacar gargajos)

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

3. Durante el último año, he tenido falta de aire

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

4. Durante el último año, he tenido ataques de silbidos (ruidos en el pecho).

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto



5. Durante el último año ¿cuántos ataques por problemas respiratorios tuvo que fueran graves o muy desagradables?

- Más de tres ataques
- Tres ataques
- Dos ataques
- Un ataque
- Ningún ataque



6. ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (si no tuvo ningún ataque serio vaya directamente a la pregunta No. 7)

- Una semana o más
- De tres a seis días
- Uno o dos días
- Menos de un día

7. Durante el último año ¿cuántos días a la semana fueron buenos? (con pocos problemas respiratorios)

- Ningún día fue bueno
- De tres a seis días
- Uno o dos días fueron buenos
- Casi todos los días
- Todos los días han sido buenos

8. Si tiene silbidos en el pecho (bronquios), ¿son peores por la mañana? (si no tiene silbidos en los pulmones vaya directamente a la pregunta No. 9)

- No
- Sí

Parte 2

Sección 1

9. ¿Cómo describiría usted su condición de los pulmones? **Por favor, marque una sola de las siguientes frases:**

- Es el problema más importante que tengo
- Me causa bastantes problemas
- Me causa pocos problemas
- No me causa ningún problema

10. Si ha tenido un trabajo con sueldo. **Por favor marque una sola de las siguientes frases:** (si no ha tenido un trabajo con sueldo vaya directamente a la pregunta No. 11)

- Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar
- Mis problemas respiratorios me dificultan mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo
- Mis problemas respiratorios no afectan (o no afectaron) mi trabajo

Sección 2

11. A continuación, algunas preguntas sobre otras actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. **Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo usted está actualmente:**

| | Cierto | Falso |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Me falta la respiración estando sentado o incluso descansando..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me falta la respiración cuando me lavo o me visto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me falta la respiración al caminar dentro de la casa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me falta la respiración al caminar de subida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me falta la respiración al hacer deportes o jugar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sección 3

12. Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración. **Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted actualmente:**

| | Cierto | Falso |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Me duele al toser..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me canso cuando toso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me falta la respiración cuando hablo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me falta la espiración cuando me agacho..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La tos o la respiración interrumpen mi sueño..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fácilmente me agoto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sección 4

13. A continuación, algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. **Por favor, marque todas las respuestas a cómo está usted en estos días:**

| | Cierto | Falso |
|---|--------------------------|--------------------------|
| La tos o la respiración me apenan en público..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No espero que mis problemas respiratorios mejoren..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona insegura o inválida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hacer ejercicio no es seguro para mí..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cualquier cosa que hago me parece que es un esfuerzo excesivo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sección 5

14. A continuación, algunas preguntas sobre su medicación. (Si no está tomando ningún medicamento, vaya directamente a la pregunta No. 15)

| | Cierto | Falso |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Mis medicamentos no me ayudan mucho..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Me apena usar mis medicamentos en público..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mis medicamentos me producen efectos desagradables..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mis medicamentos afectan mucho mi vida..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sección 6

15. Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. **Por favor, marque cierto si usted cree que una o más partes de cada frase le describen si no, marque falso:**

| | Cierto | Falso |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No me puedo bañar o, me tardo mucho tiempo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Camino más despacio que los demás o, tengo que parar a descansar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o, tengo que parar a descansar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir más despacio o parar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si corro o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, caminar de subida, cargar cosas subiendo escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar o jugar boliche.....
- Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, escarbar en el jardín o en el campo.....
- Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competencia.....

Sección 7

16. Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios afectan normalmente su vida diaria. **Por favor, marque cierto si aplica la frase a usted debido a sus problemas respiratorios:**

- | | Cierto | Falso |
|--|--------------------------|--------------------------|
| No puedo hacer deportes o jugar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No puedo salir a distraerme o divertirme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No puedo salir de casa para ir de compras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No puedo hacer el trabajo de la casa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No puedo alejarme mucho de la cama o la silla..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A continuación, hay una lista de otras actividades que sus problemas respiratorios pueden impedirle hacer (no tiene que marcarlas, sólo son para recordarle la manera cómo sus problemas respiratorios pueden afectarle)

- Ir a pasear o sacar al perro
- Hacer cosas en la casa o en el jardín
- Tener relaciones sexuales
- Ir a la iglesia o a un lugar de distracción
- Salir cuando hace mal tiempo o estar en habitaciones llenas de humo, visitar a la familia o a los amigos, o jugar con los niños

POR FAVOR, ESCRIBA AQUÍ CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD IMPORTANTE QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE IMPIDAN HACER:

A continuación ¿Podría marcar sólo una frase que usted crea que describe mejor cómo le afectan sus problemas respiratorios?

-
- No me impiden hacer nada de lo que me gustaría hacer
- Me impiden hacer una o dos cosas de las que me gustaría hacer
- Me impiden hacer la mayoría de las cosas que me gustaría hacer
- Me impiden hacer todo lo que me gustaría hacer

Gracias por contestar el cuestionario

REFERENCIAS

1. Monsó E, Fiz J, Izquierdo J, Alonso J, Coll R, Rosell A, et al. *Quality of life in severe chronic obstructive pulmonary disease: correlation with lung and muscle function*. Respir Med 1998; 92: 221-227.
2. Donald L, Dudley MD, Edward M, Glaser D, Betty N, Jorgenson M, et al. *Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Part I. Psychosocial and psychological considerations*. Chest 1980; 77: 413-420.
3. McSweeney AJ, Grant Y, Heaton RK, Adams KM, Timms RM. *Life quality with chronic obstructive pulmonary disease*. Arch Intern Med 1982; 142: 473-478.
4. Prigatano GP, Wright EC, Levin D. *Quality of life and Its predictors in patients with mild hypoxemia and chronic obstructive pulmonary disease*. Intern Med 1984; 144: 1613-1619.
5. Donner CF, Carone M, Bertolotti G, Zotti AM. *Methods of assessment of quality of life*. Eur Respir Rev 1997; 42: 43-45.
6. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. *The St George's Respiratory Questionnaire*. Respir Med 1991; 85 (B Suppl): 25S-31S.
7. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. *Validity and reliability of the St George's respiratory questionnaire after adaptation to different language and culture: The spanish example*. Eur Respir J 1996; 9: 1160-1166.
8. Canavos GC. *Probabilidad y estadística. Aplicaciones y métodos*. México: McGrawHill, 1988: 68-69.
9. Zar JH. *Biostatistical analysis*. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1984: 30-32.
10. Gross LP, Watkins MP. *Foundations of clinical research. Applications to Practice*. USA: Appleton & Lange, 1993: 56-60.
11. Hunt SM, Alonso J, Bucquet D, Niero M, Wilklund I, McKenna S. *Cross-Cultural adaptation of health measures*. Health Policy 1991;19:33-34.