

Instrucciones de Puntuación para el Cuestionario de Necesidad de Información Pulmonar (LINQ)

El cuestionario mide objetivamente el grado de necesidad de información educativa del paciente brindada por el profesional de salud y como es percibida por el paciente. Se valora para producir un puntaje total en seis dominios.

A continuación se describe el cuestionario con los puntajes que se obtienen en relación con las diferentes opciones de respuesta.

2. Para producir el puntaje por dominios, para todas ellas excepto para “Fumador”, sume los puntajes en relación con las opciones marcadas correspondientes a las siguientes preguntas.

<i>Preguntas</i>	<i>Dominio</i>	<i>Rango de Puntaje</i>
1-4	Conocimiento de la enfermedad	0-4
5-7	Medicamentos	0-5
8-9	Auto-Control	0-6
13-15	Ejercicio	0-5
16	Dieta	0-2

Para el dominio “Fumador”, si el paciente obtiene 0 para la pregunta 10 (p. ej. ya no es fumador crónico) entonces el puntaje para el área es 0 independientemente de las respuestas a las preguntas 11 y 12. Si el paciente obtiene 1 a la pregunta 10, entonces sume los puntajes de las preguntas 10-12, por ejemplo,

10-12 Fumador 0-3

Para producir el puntaje total, sume los puntajes de las seis áreas:

El puntaje mínimo (necesidad de información baja) es 0

El puntaje máximo (necesidad de información alta) es 25

Nota: Puntajes altos indican necesidad de información alta

Nota: Tiempo para realizar la prueba: 6 minutos aproximadamente

LINQ

1. ¿Sabe el nombre de su enfermedad pulmonar?

Si 0

No 1

.....

2. ¿Le ha informado su doctor o fisioterapeuta de que manera la enfermedad afecta a sus pulmones?

Si 0

No 1

.....

3. ¿Le ha informado su doctor o fisioterapeuta qué puede pasar en el futuro, como consecuencia de su enfermedad?

Si 0

No 1

.....

4. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe lo que le ocurriría en los próximos años? **MARQUE SÓLAMENTE UNA**

Voy a empeorar 0

Ahora que mi enfermedad está siendo tratada, probablemente seguiré igual 1

Ahora que mi enfermedad está siendo tratada, probablemente mejoraré. 1

No tengo idea 1

.....

5. ¿Le ha explicado su doctor o fisioterapeuta la **razón** para usar su inhalador y tomar sus medicamentos?

Si 0

No 1

6. ¿**Intenta** usar su inhalador o tomar sus medicamentos **exactamente** como le ha recetado su médico?

Si 0

No 1

7. ¿Está satisfecho con la información que sus doctores y fisioterapeutas le han dado sobre sus inhaladores y medicamentos? **MARQUE SOLAMENTE UNA OPCIÓN**

Entiendo todo lo que necesito saber 0

Entiendo todo lo que me han dicho pero me gustaría saber más 1

Estoy un poco confundido respecto a mis medicamentos 2

Estoy muy confundido respecto a mis medicamentos 3

8. ¿Qué situación describe de la mejor manera lo que le han indicado hacer si su respiración empeora (ej. toma dos puff en lugar de uno)? **MARQUE SOLAMENTE UNA OPCIÓN**

Me han dicho que hacer y el doctor/fisioterapeuta me ha dado instrucciones escritas 0

Me han dado indicaciones pero no escritas 1

No me han dicho pero sé que hacer 2

No me han dicho y no sé que hacer 3

.....

9. ¿Le han dicho cuando debería llamar una **ambulancia o ir a urgencias**, si su respiración empeora? **MARQUE SOLAMENTE UNA OPCIÓN**

Me han dicho que hacer y el doctor/fisioterapeuta me ha dado instrucciones escritas 0

Me han dicho que hacer pero no en forma escrita 1

No me han dicho, pero sé que hacer 2

No me han dicho y no estoy seguro cuando debería llamar una ambulancia 3

.....

10. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor su condición? **MARQUE SOLAMENTE UNA OPCIÓN**

Nunca he fumado (vaya a la pregunta 13) 0

Solía fumar pero ya no (vaya a la pregunta 13) 0

Todavía fumo (vaya a la pregunta 11) 1

.....

11. ¿Le ha aconsejado su doctor o fisioterapeuta dejar de fumar?

Si 0

No 1

.....

12. ¿Le ha ofrecido su doctor o fisioterapeuta ayuda para dejar de fumar?
(Ej. ¿Le ha suministrado chicles con nicotina o parches, o una remisión a una clínica para dejar de fumar?)

Si 0

No 1

.....

13. ¿Le ha dicho su doctor o fisioterapeuta que practique una actividad física (ej. caminar, marchar y otras formas de ejercicio)?

Si 0

No 1

.....

14. ¿Le ha dicho su doctor o fisioterapeuta **cuánto** ejercicio físico (caminar, marchar y otras formas de ejercicio) debe hacer?

Si y sé que hacer 0

Si pero no estoy seguro de que hacer 1

Si pero no puedo hacerlo 1

No 2

.....

15. ¿Cuanta actividad física hace?

Me esfuerzo lo más que puedo 0

Hago cierto esfuerzo 1

La menor posible 2

.....

16. ¿Que le ha dicho su doctor sobre su dieta o lo que debería comer?
(Marque **todas** las que apliquen)

Si no le han dicho nada dé 2 puntos; si le han dicho que adelgace o gane peso dé 1 punto; si come pequeñas comidas al día, entonces el puntaje es 0 puntos independientemente de lo demás)

Tome varias comidas al día 0
“(Ej.: 6 comidas pequeñas al día en vez de 3 comidas grandes por día)”

