

# APLICACIÓN CUESTIONARIO DE BOSTÓN

El presente instrumento de recolección de datos, fue extraído del texto original "valoración del cuestionario de BOSTON como screening en patología laboral por síndrome del túnel carpiano" de la Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo en el año 2017.

El objetivo de la investigación es :Determinar la incidencia de factores de riesgo en la generación de síntomas del síndrome del túnel del carpo.

La confidencialidad de los datos

se registrará bajo los lineamientos de la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales, se mantendrá en anonimato las bases de los sujetos de estudio. No se darán ni promoverán incentivos por participar en el presente estudio

## **Consentimiento informado**

### **Confidencialidad:**

Toda la información que usted comparta respondiendo la encuesta es confidencial. En ningún momento se revelará su nombre o identidad, Toda la información del estudio será guardada y manejada en forma confidencial y anónima, los formatos de encuesta serán almacenados bajo llave, y el análisis de las respuestas obtenidas será digitalizado y almacenado en el computador personal de los investigadores, los cuales no podrán ser compartidos o difundidos.

### **Riesgos:**

Participar en este estudio no representa ningún riesgo para usted. No se tomarán muestras de sangre ni material biológico alguno. El estudio consiste en responder preguntas que no tomara más de 20 minutos aproximadamente.

### **Compensación:**

Este estudio no le generará costos de su bolsillo. El desarrollo del estudio se limita a responder las preguntas de la encuesta y no generará algún tipo de compensación personal o laboral. No se realizarán pagos económicos a los participantes del estudio.

### Participación Voluntaria:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar si no lo desea. Su decisión de no participar no afectará la atención que usted recibe por parte de la empresa, ni perderá ninguno de los beneficios que le corresponde por ley, ni tendrá consecuencias laborales de ningún tipo.

---

#### \*Obligatorio

1. ¿Quisiera usted participar en el estudio? \*

*Marca solo un óvalo.*

Si

No

2. ¿Podemos publicar fotografías en las que usted aparezca? \*

*Marca solo un óvalo.*

Si

No

3. Nombre completo \*

---

---

---

---

---

4. Tipo de documento \*

*Marca solo un óvalo.*

Cédula de Ciudadanía

Permiso de trabajo

Pasaporte

5. Número de identificación \*

---

6. Sexo \*

*Marca solo un óvalo.*

Masculino

Femenino

7. Edad \*

---

## 8. Tipo de escolaridad \*

*Marca solo un óvalo.*

- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Estudios técnicos
- Estudios universitarios

## 9. Estado civil \*

*Marca solo un óvalo.*

- Soltero
- Unión libre
- Casado
- Separado
- Viudo

## 10. Tiempo desempeñando el cargo de auxiliar de planta en la empresa \*

---

## 11. Mano dominante \*

*Marca solo un óvalo.*

- Derecha
- Izquierda
- Ambas

12. 1. ¿Cómo es de grave la molestia en la mano o el dolor en la muñeca durante la noche? \*

*Marca solo un óvalo.*

1. No tengo molestias durante la noche
2. Dolor leve
3. Dolor moderado
4. Dolor intenso
5. Dolor muy severo

13. 2. ¿Con que frecuencia le despiertan las molestias durante una noche en las ultimas dos semanas? \*

*Marca solo un óvalo.*

1. Nunca
2. Una vez
3. Dos o tres veces
4. Cuatro o 5 veces
5. Más de 5 veces

14. 3. ¿Suele tener dolor en la mano o en la muñeca durante el día? \*

*Marca solo un óvalo.*

1. Nunca tengo dolor durante el día
2. Tengo un dolor leve durante el día
3. Tengo un dolor moderado durante el día
4. Tengo un dolor intenso durante el día
5. Tengo un dolor muy intenso durante el día

15. 4. ¿Con que frecuencia tiene dolor en la mano o en la muñeca durante el día? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1. Nunca
- 2. Una o dos veces al día
- 3. De tres a cinco veces al día
- 4. Más de cinco veces al día
- 5. El dolor es constante

16. 5. Cuánto tiempo, en promedio, tiene un episodio de dolor durante el día. \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1. Nunca tengo dolor durante el día
- 2. Menos de 10 minutos
- 3. De 10 a 60 minutos
- 4. Más de 60 minutos
- 5. El dolor es constante durante el día

17. 6. ¿Tiene entumecimiento (pérdida de sensibilidad) en la mano? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1. No
- 2. Presenta entumecimiento leve
- 3. Entumecimiento moderado
- 4. Tengo entumecimiento grave
- 5. Tengo entumecimiento muy grave

18. 7. ¿Tiene debilidad en la mano o en la muñeca? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1. No hay debilidad
- 2. Debilidad leve
- 3. Debilidad moderada
- 4. Debilidad severa
- 5. Debilidad muy severa

19. 8. ¿Tiene sensación de hormigueo en la mano? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1. No hay sensación de hormigueo
- 2. Leve hormigueo
- 3. Hormigueo moderado
- 4. Grave hormigueo
- 5. Hormigueo muy severo

20. 9. ¿Cómo es de grave el adormecimiento (pérdida de sensibilidad) o sensación de hormigueo durante la noche? \*

*Marca solo un óvalo.*

- 1. No tengo entumecimiento u hormigueo en la noche
- 2. Leve
- 3. Moderado
- 4. Grave
- 5. Muy grave

21. 10. ¿Cuántas veces el entumecimiento u hormigueo en la mano le despierta durante una noche típica en las últimas dos semanas? \*

*Marca solo un óvalo.*

1. Nunca
2. Una vez
3. Dos o tres veces
4. Cuatro o cinco veces
5. Más de cinco veces

22. 11. ¿Tiene dificultad para la captación y uso de objetos pequeños como llaves o plumas? \*

*Marca solo un óvalo.*

1. No tengo dificultad
2. Leve dificultad
3. Dificultad moderada
4. Dificultad severa
5. Dificultad muy severa

---

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios