



## TESIS DOCTORAL

# *La Experiencia de Vivir con Síndrome del Túnel del Carpo. Perspectiva y Manejo del dolor en el día a día: Estudio Cualitativo*

**Autora:**

***Paloma Moro López - Menchero***

**Directores de Tesis:**

***Dr. Domingo Palacios Ceña***

***Dr. Javier Güeita Rodríguez***

**Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud**

**Escuela Internacional de Doctorado**

2023



## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, quería agradecerle a mi director, el Dr. Domingo Palacios Ceña por iniciarme en el mundo de la investigación cualitativa, enseñarme, acompañarme en este proceso y no ponérmelo fácil. Gracias por convertirte en un referente, y hacer que esto sea posible.

Gracias a mi co-director, el Dr. Javier Güeita Rodríguez, por su apoyo, su trabajo, sus palabras de ánimo en todo momento, y por trasmitirme esa calma que yo nunca tengo. Gracias por acompañarme en este camino.

Al Catedrático César Fernández de las Peñas gracias por todo, gracias, por tanto.

Gracias a “mis chicos” Jorge y Nacho, por aguantarme, apoyarme, tener paciencia infinita conmigo y enseñarme el gran mundo del Excel.

Gracias a todo el Equipo A por su gran ayuda, por estar siempre para tener una conversación y hacerme ver lo negro un poco más gris. Gracias por demostrarme todos y cada uno de ellos que además de grandísimos profesionales, son grandísimas personas.

A ti mamá, por enseñarme a ser valiente y a que “mentalizándome” todo lo que me proponga lo consigo. Gracias por facilitarme la vida mientras yo cumpla mis objetivos. Sin ti hubiese sido posible, pero más difícil.

A mi equipazo, mis hermanas Marina y Sara, gracias por vuestro apoyo siempre, por dejarme caer, pero ayudarme a levantarme. Por estar ahí.

A Pollito, por ser la primera en apoyar mis locuras, realizarlas conmigo, y decirme siempre las cosas que no quiero escuchar.

Y gracias a ti, Papá, por ser mi mayor ejemplo de estudiante y trabajador incansable, por darme fuerzas para cumplir “otro sueño”. Espero que allí donde estés te sientas orgulloso de mí.



## **RESUMEN**

### **Introducción**

El síndrome del túnel del carpo (STC) es una neuropatía periférica del miembro superior que puede provocar importantes limitaciones en el ámbito familiar, social y laboral. Se estima que entre el 4-5% de la población mundial lo padece, presentado una mayor incidencia en mujeres que en hombres. Entre los factores de riesgo que pueden provocar STC están los idiopáticos, los médicos o los ocupacionales, destacando movimientos repetitivos de la muñeca en flexo/extensión, la fuerza de agarre o uso de herramientas vibratorias. La sintomatología del STC provoca dificultades en el entorno familiar y social de la persona que lo padece teniendo que adaptar su vida a las limitaciones que les produce. Además, a nivel laboral el STC genera grandes barreras en el desarrollo de su profesión y limita el acceso a algunos tratamientos por el coste que les supone o por imposibilidad de faltar a su puesto de trabajo. Los estudios cualitativos sobre STC son escasos y no existen estudios cualitativos que describan la experiencia de mujeres con STC.

### **Pregunta de investigación y objetivos**

La pregunta de investigación que guio la presente tesis fue ¿Cuál es la experiencia de las mujeres que viven con el STC? Los objetivos fueron: a) describir las experiencias de mujeres que padecen STC respecto al manejo de síntomas y limitaciones; b) describir las experiencias de mujeres que padecen STC respecto a las estrategias que desarrollan en su vida diaria; c) describir la perspectiva de las pacientes con STC sobre el proceso del diagnóstico; d) describir la perspectiva de las pacientes con STC respecto a los diferentes tratamientos, sus expectativas, y las razones para aceptar o rechazar los tratamientos; e) describir la perspectiva de las pacientes con STC con su relación con los profesionales sanitarios (médicos); f) describir y explorar la experiencia de las

mujeres con SCT sobre la aparición de dificultades en su trabajo, y el efecto en su situación económica.

## **Material y método**

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico a través de un muestreo por propósito. Se incluyeron 18 mujeres con diagnóstico de STC según criterios clínicos y electromiográficos. Los datos se recopilaban en dos fases mediante entrevistas en profundidad, notas de campo y diarios reflexivos de la investigadora. En la primera fase se utilizaron entrevistas no estructuradas, y en la segunda, entrevistas semiestructuradas. Tras la recogida y transcripción literal de los datos, se realizó un análisis inductivo para identificar temas emergentes significativos de las participantes basado en la propuesta para el análisis cualitativo de Giorgi. Este modelo distingue cinco etapas: 1) recopilación de datos; 2) transcripción y lectura de datos; 3) desglose de datos en unidades de significado relevantes; 4) organización y listado de datos, y 5) síntesis y resumen de datos para su comunicación. Se aplicaron los criterios de Guba y Lincoln de para controlar la veracidad de los datos. Además, este estudio siguió los principios éticos de la Declaración de Helsinki y se obtuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos.

## **Resultados**

Se incluyeron 18 mujeres con STC que presentaron una evolución en el tiempo de los síntomas de 23,33 meses (DE 11,62), y una intensidad de dolor en la entrevista de 4,83/10 (DE 1,54). Emergieron 6 temas principales: 1) viviendo las manifestaciones clínicas del STC; 2) aparición de dificultades y repercusiones funcionales; 3) el impacto de la enfermedad en el trabajo; 4) la búsqueda de atención médica; 5) manejo terapéutico; 6) la cirugía no es una opción. El tema 1 detalla la experiencia de las mujeres con STC, y las situaciones o movimientos que les activan sus síntomas; el tema 2 se centra en describir los efectos de la sintomatología en las mujeres

y, en cómo se enfrentan a las dificultades derivadas del STC; el tema 3 se centra en cómo afecta el STC en su trabajo y economía, además de explicar cómo se enfrentan a las limitaciones laborales del STC; el tema 4 trata sobre la ayuda profesional que solicitan las mujeres; el tema 5 describe como las mujeres buscan la manera de compensar y aliviar el dolor que padecen, y los recursos terapéuticos de los que disponen; finalmente el tema 6 detalla la perspectiva de las mujeres respecto a la cirugía para el STC.

## **Conclusiones**

Las mujeres con STC perciben limitaciones en su vida familiar, social y laboral producidas por el STC. Las mujeres con STC recurren a diferentes estrategias o compensaciones en su vida diaria y laboral. La relación con los profesionales es difícil, y las opciones terapéuticas se perciben como limitadas, descartando la cirugía como opción.

**Palabras clave:** Discapacidad; Fenomenología; Mujer; Investigación cualitativa; Síndrome del Túnel Carpiano.

## **ABSTRACT**

### **Introduction**

Carpal tunnel syndrome (CTS) is a peripheral neuropathy of the upper limb that can cause significant limitations in the family, social, and work environments. It is estimated that approximately 4-5% of the world's population suffers from it, with a higher incidence in women than in men. Medical or occupational factors, especially repetitive movements of the wrist in flexion/extension, gripping force, or the use of vibrating tools, are among the risk factors associated with CTS. The condition can also have an idiopathic origin. The symptomatology (e.g., physical limitations) seen in CTS patients can cause difficulties in the family and social environments of the CTS patient. CTS can also affect professional development. Appropriate treatment is often inaccessible to CT patients due to its cost and work-related obligations. Qualitative studies on CTS in general are scarce and there are no qualitative studies describing findings in an all-female population.

### **Research question and objectives**

The aim of this thesis was to evaluate the experience of the female CTS patient. The main objectives include describing: (a) the experiences of CTS female patients in their management of symptoms and limitations; (b) the every-day routines of CTS female patients; (c) personal experiences of CTS patients during the diagnostic phase of the condition ; d) personal experiences of CTS patients during the treatment phase of the condition, including expectations, and reasons for accepting or refusing treatments; e) the relationship of CTS patients with health professionals (e.g., physicians) from the patient's perspective; and f) the experience of the female CTS patient in the work setting as well as the impact of their condition in their financial situation.



## **Methods**

A qualitative phenomenological study was conducted through purposive sampling. Eighteen women with a diagnosis of CTS according to clinical and electromyographic criteria were included in the study. Data were collected in two phases through in-depth interviews, field notes, and the researcher's reflective diaries. Unstructured interviews were used in the first phase and semi-structured interviews were used in the second phase. After the collection and literal transcription of the data, an inductive analysis was carried out to identify significant emerging themes from the participants based on Giorgi's proposal for qualitative analysis. Giorgi's model distinguishes five stages: 1) data collection; 2) transcription and reading of data; 3) breakdown of data into relevant units of meaning; 4) organization and listing of data; and 5) synthesis and summary of data for communication. Guba and Lincoln's criteria were applied to control for the trustworthiness of the data. This study also followed the ethical principles of the Declaration of Helsinki and approval for its conduct was obtained from the Ethics and Research Committee of the *Universidad Rey Juan Carlos*.

## **Results**

Eighteen women with CTS were included in the study. They presented symptoms over a period of 23.33 months (SD 11.62). Their pain intensity score at the interview was 4.83/10 (SD 1.54). Six main themes emerged: 1) living through the clinical manifestations of CTS; 2) the appearance of functional difficulties and repercussions; 3) the impact of the condition on work-related tasks; 4) the search for care; 5) the impact of the condition on their professional development ; 4) their medical attention seeking strategies; 5) the therapeutic management of the condition; and 6) their views on surgery as a potential treatment for the condition..

Theme 1 details the experience of women with CTS and the situations or movements that trigger their symptoms; theme 2 focuses on describing the effects of symptomatology on women and how they cope with the difficulties arising from CTS; theme 3 focuses on how CTS affects their work and finances, as well as explaining how they cope with the work limitations of the condition; theme 4 deals with the professional help that women seek to treat their CTS; theme 5 describes how women seek ways to compensate and relieve the pain they suffer, and the therapeutic resources available to them; theme 6 details the women's perspective on surgery for CTS.

## **Conclusions**

CTS limits women in their family, social, and professional lives. Women with CTS resort to different strategies or compensations in their daily and working life to manage symptoms. The relationship with healthcare professionals is complex, and therapeutic options are perceived as limited, often ruling out surgery as a feasible treatment option.

**Key words:** Disability; Phenomenology; Women; Qualitative Research; Carpal Tunnel Syndrome

# ÍNDICE

Glosario de términos	16
1. Introducción	17
1.1 Definición del Síndrome del Túnel Carpiano	19
1.2 Recuerdo Anatómico del Nervio Mediano	20
1.3 Zonas de Compresión del Nervio Mediano	23
1.4 Epidemiología y Clínica del Síndrome del Túnel del Carpo	25
1.5 Factores de Riesgo del Síndrome del Túnel Carpiano	27
1.6 Teorías Etiológicas del Síndrome del Túnel Carpiano	33
1.6.1 Teoría de la compresión mecánica	34
1.6.2 Teoría de la insuficiencia microvascular	35
1.6.3 Teoría de la vibración	37
1.7 Diagnóstico Clínico del Síndrome del Túnel Carpiano	38
1.8 Diagnóstico Electromiográfico del Síndrome del Túnel Carpiano	41
1.9 Ecografía en el Síndrome del Túnel Carpiano	44
1.10 Tratamiento del Síndrome del Túnel Carpiano	46
1.11 Alteraciones en las Actividades de la Vida Diaria	48
1.12 Justificación del Estudio	52
2. Pregunta de Investigación y Objetivos	55
3. Material y Métodos	59
3.1 Diseño	61
3.2 Justificación del Método	63

3.2 a Aplicación de la investigación cualitativa en Fisioterapia	64
3.3 Proceso de Reflexividad: Bracketing y posicionamiento del investigador	66
3.4 Participantes	69
3.4.a Criterios de inclusión y exclusión	69
3.4.b Estrategia de muestreo	71
3.4.c Tamaño de la muestra	71
3.4.d Reclutamiento	72
3.5 Recogida de Datos	73
3.5.a Tipos de entrevistas y preguntas utilizadas	73
3.5.b Condiciones de la entrevista	76
3.5.c Condiciones del entrevistador	80
3.5.d Notas de Campo del investigador	80
3.6 Análisis de los Datos	81
3.6 a Manejo de los datos y transcripción	81
3.6.b Propuestas de análisis de datos cualitativo	85
3.7 Calidad y Rigor	89
3.8 Consideraciones Éticas	93
4. Resultados	95
4.1 Datos Sociodemográficos y Clínicos de las pacientes	97
4.2 Codificación, Temas y Subtemas	101
Tema 1: Viviendo las manifestaciones clínicas del STC	102
Tema 2: Aparición de dificultades y repercusiones funcionales	110
Tema 3: El impacto de la enfermedad en el trabajo	118

Tema 4: La búsqueda de atención médica	124
Tema 5: Manejo terapéutico	129
Tema 6: La cirugía no es una opción	137
5. Discusión	139
5.1 Limitaciones y Fortalezas	155
5.2 Futuras líneas de Investigación	156
6. Conclusiones	157
7. Bibliografía	163
8. Anexos	189
Anexo 1. Standars for Reporting Qualitative Research (SRQR)	191
Anexo 2. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies (COREQ)	192
Anexo 3. Ficha de recogida de datos, notas de campo y diario reflexivo	193
Anexo 4. Consentimiento para el reclutamiento de pacientes	198
Anexo 5. Comité de ética de investigación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón	199
Anexo 6. Aprobación del comité de ética e investigación de la Universidad Rey Juan Carlos	200
Anexo 7. Ejemplo de transcripción según la propuesta de Bassi Follari (2015)	201
Anexo 8. Libro de códigos	203
Anexo 9. Comité de investigación de la Universidad Rey Juan Carlos	245
Anexo 10. Hoja de información al paciente y consentimiento informado	246

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Agrupaciones de Factores de Riesgo que Causan STC	28
Tabla 2. Grados de Alteración del Nervio	38
Tabla 3. Comparación de los Diferentes Tests de Diagnóstico en su Valor Positivo o Negativo con los Resultados de Estudios Electro-diagnósticos	43
Tabla 4. Clasificación de Padua	43
Tabla 5. Posicionamiento del Investigador	68
Tabla 6. Criterios Electromiográficos	70
Tabla 7. Instrumentos de Recogida de Datos Utilizados	73
Tabla 8. Guía de Preguntas Semiestructuradas	74
Tabla 9. Características de la Recogida de Datos	77
Tabla 10. Datos de las Entrevistas y Material Documental Obtenido	78
Tabla 11. Propuesta de Adaptación de los Códigos de Transcripción de Bassi Follari (2015)	82
Tabla 12. Criterios de Calidad	89
Tabla 13. Datos socio demográficos y Clínicos	99
Tabla 14. Temas y Subtemas Identificados	101

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Trayecto Anatómico, Inervación Motora y Área Sensitiva Inervada por el Nervio Mediano	22
Figura 2. Anatomía del Nervio Mediano y sus Posibles Puntos de Atrapamiento	24
Figura 3. Territorio de Inervación en la Mano del Nervio Mediano y Compresión del Nervio dentro del Túnel Carpiano	26
Figura 4. Patogénesis de la Compresión Nerviosa	36
Figura 5. Imagen Ecográfica Real del Nervio Mediano a la Altura del Antebrazo	45
Figura 6. Descripción del Proceso Iterativo de Recogida de Datos	85
Figura 7. Tipos de Mapas Conceptuales	88
Figura 8. Criterios de Calidad en Investigación Cualitativa vs Cuantitativa	92
Figura 9. Mapa Conceptual del Tema 1	102
Figura 10. Mapa Conceptual Subtema: disparadores de la clínica	109
Figura 11. Mapa Conceptual del Tema 2	110
Figura 12. Mapa Conceptual: estrategias diarias	116
Figura 13. Mapa Conceptual del Tema 3	118
Figura 14. Mapa Conceptual del Tema 4	124
Figura 15. Mapa Conceptual del Tema 5	129
Figura 16. Mapa Conceptual Subtema: probando opciones terapéuticas no quirúrgicas	134

## **Glosario de Acrónimos**

AVD: Actividades de la Vida Diaria

CEIC: Comité de Ética de la Investigación Clínica

CEI: Comité de Ética de la Investigación.

COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

DE: Desviación Estándar

ECN: Estudios de la Conducción Nerviosa

EMG: Electromiograma

HUFA: Hospital Universitario Fundación Alcorcón

IMC: Índice de Masa Corporal

PANS: Potencial de Acción del Nervio Sensorial

PAMC: Potencial de Acción Muscular Compuesto

PRP: Plasma Rico en Plaquetas

SRQR: Standars for Reporting Qualitative Research

STC: Síndrome del Túnel del Carpo

TMPSE: Terapia Manual, Punción Seca y Ejercicio Terapéutico

UE: Unión Europea

URJC: Universidad Rey Juan Carlos

US: Unidades de Significado



# **1. Introducción**



# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Definición del Síndrome del Túnel del Carpo

El síndrome del túnel del carpo (STC) es una neuropatía periférica del miembro superior, que representa el 90% de todas las neuropatías (Sevy & Varacallo, 2022). Se caracteriza por signos y síntomas relacionados con la compresión del nervio mediano a su paso por el túnel del carpo. Su etiología, por regla general, está relacionada con trabajo, estilos de vida, lesiones locales en la muñeca o predisposición genética (Osiak et al., 2022).

En 1854, Sir James Paget comunicó por primera vez la compresión del nervio mediano en la muñeca tras una fractura distal del radio. Aunque fue James Putnam (neurólogo de Boston) (como se citó en Pfeffer et al., 1988) quien divulgó en 1880 que 37 pacientes, la mayoría de ellas mujeres de mediana edad, referían una situación no descrita hasta la fecha que comprendía dolor y parestesias en la distribución del nervio mediano de la mano: *"En los últimos años ha llegado a mi conocimiento, principalmente en el Departamento de Pacientes Ambulatorios del Hospital General de Massachusetts, una gran cantidad de casos como los que no recuerdo haber visto discutidos en detalle en ninguna parte. Si bien difieren entre sí en aspectos menores, estos casos coinciden en presentar como síntoma común una alteración de la sensibilidad subjetiva de la piel, dando a lo que popularmente se conoce como entumecimiento, que se repite periódicamente, sobre todo por la noche o muy temprano en la mañana, y que afecta a una o a ambas manos... Este entumecimiento era muy a menudo excesivamente intenso, hasta el punto de llegar a un dolor real en sí mismo... En algunos casos simplemente dejando que el brazo cuelgue fuera de la cama o sacudiéndolo por unos momentos eliminaría el entumecimiento; en otros, esto sólo podría hacerse mediante el frotamiento prolongado y el uso de las manos de manera común"*. Posteriormente en 1913, Pierre Marie y Charles Foix observaron la asociación entre la patología del ligamento

carpiano (hoy conocido como ligamento transversal del carpo) y la compresión del nervio mediano. También, ofrecieron la primera evaluación clínica y patológica completa de una lesión no traumática del nervio mediano en la muñeca. Así mismo, Pierre Marie y Charles Foix fueron los primeros en proponer una transección quirúrgica del ligamento para mejorar los síntomas, aunque la primera descripción de una cirugía del túnel carpiano se remonta a 1933 (Pfeffer et al., 1988; Simovic & Weinberg, 2000; Stecco & Aldegheri, 2008).

En 1938, Moresch propone el nombre de STC, nombre que se le da actualmente a dicha presentación clínica (Pfeffer et al., 1988; Stecco & Aldegheri, 2008). Brain y Phalen describieron desde el punto de vista clínico y anatómico patológico el STC. En la década de 1940, diferentes cirujanos comunicaron el éxito de la liberación tras una cirugía de la compresión del nervio mediano en el túnel del carpo, siendo en 1946 cuando se difundió la primera descripción de una cirugía para el STC idiopático (Simovic & Weinberg, 2000; Stecco & Aldegheri, 2008; Sternbach, 1999).

## **1.2 Recuerdo Anatómico del Nervio Mediano**

El túnel carpiano es un espacio de la cara anterior de la muñeca cuyos límites son, por la parte dorsal, los huesos del carpo y por la parte palmar el retináculo flexor, es decir, el ligamento transversal o ligamento anular anterior del carpo. Este ligamento se va a anclar en el tubérculo del escafoide y cresta trapezoidal por su parte radial, y en su parte cubital en el pisiforme y gancho del ganchoso (Deak & Bordoni, 2021). El túnel es una vía de paso que va a evitar que se doblen los tendones que lo atraviesan al flexionarse la muñeca (Joshi et al., 2022).

Las dimensiones del túnel en su extremo proximal son 25 mm de ancho medio, 20 mm en la zona más estrecha a nivel del ganchoso y 26 mm en su borde distal. En su parte más estrecha (a

2-2,5 cm distal al origen del canal) es la zona donde el nervio mediano se deforma en “reloj de arena” en pacientes con STC avanzado (Rotman & Donovan, 2002).

El nervio mediano hace su paso por el túnel en su zona más palmar y radial junto con los tendones del músculo flexor superficial y profundo de los dedos, y el tendón del flexor largo del pulgar. El nervio mediano es un nervio mixto que produce la pronación del antebrazo, y la flexión de la muñeca y los tres primeros dedos. Nace de una raíz lateral formada por C6, C7 (a veces desde C5) del cordón lateral y una raíz medial (C8, T1) del cordón medial (Johnson et al., 2006). Su nacimiento se produce distal al límite inferior del músculo pectoral menor, cerca de la inserción del coracobraquial. Desde aquí, el nervio mediano pasa lateral a la arteria axilar cuando pasa por la fosa axilar, y discurre posteromedial al bíceps braquial (Leinberry & Wehbé, 2004).

Durante su recorrido por el brazo, hasta alcanzar el codo, el nervio mediano no va a dar inervación motora ni sensitiva (Mazurek & Shin, 2001). En su descenso por el canal bicipital, va acompañado del paquete neurovascular del brazo lateral a la arteria braquial, pero a la altura de la inserción del músculo coracobraquial en el húmero pasa por delante de la arteria quedándose medial respecto a ésta. Una vez allí desciende profundo al lacertus fibrosus o aponeurosis bicipital, y superficial al músculo braquial anterior (Johnson et al., 2006). Ya en el codo se sitúa medial a la arterial braquial, dando dos ramas sensoriales a la articulación del codo (Leinberry & Wehbé, 2004).

A nivel del antebrazo, el nervio mediano va dando inervación a todos los músculos superficiales anteriores, flexores y pronadores exceptuando al flexor cubital del carpo. En los músculos superficiales, en su límite proximal, el nervio mediano emite una rama interósea profunda para dar inervación a los músculos profundos salvo al flexor profundo de los dedos, y a dos divisiones mediales para los dedos anular y meñique (Leinberry & Wehbé, 2004).

**Figura 1.** *Trayecto Anatómico, Inervación Motora y Área Sensitiva Inervada por el Nervio Mediano.*



*Nota. Tomada de Paulsen & Waschke, 2010*

A la altura de la articulación de la muñeca el nervio se vuelve superficial cuando discurre entre el flexor radial del carpo y el flexor superficial de los dedos siendo una zona de fácil acceso mediante la palpación justo previo a su paso por el retináculo flexor (Johnson et al., 2006).

También aquí, hay unas ramas sensoriales consecuencia de la terminación del nervio interóseo. Cuando alcanza la mano, lo hace a través del túnel carpiano (Leinberry & Wehbé, 2004).

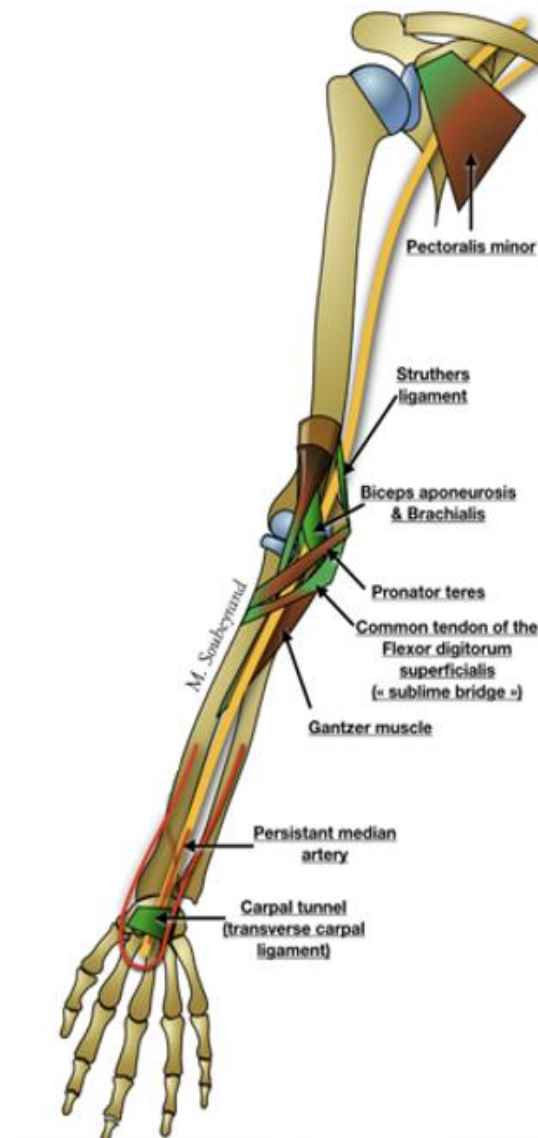
Una vez en la mano, el nervio mediano da inervación a una parte de los músculos cortos del pulgar, los lumbricales radiales y a la piel del medio palma de la mano y de la eminencia tenar (Mazurek & Shin, 2001). Además, va a dar inervación a la piel de la parte palmar de los dedos pulgar, índice y medio y la mitad radial del dedo anular (Mazurek & Shin, 2001).

### **1.3 Zonas de Compresión del Nervio Mediano**

En el descenso del nervio mediano hasta su llegada a la mano, existen varias estructuras en torno al codo y el antebrazo donde se puede comprimir el nervio mediano (Mazurek & Shin, 2001). Si bien es cierto, que el sitio más frecuente de atrapamiento de este es el túnel carpiano (Dubois de Mont-Marin et al., 2021; Seitz et al., 2007).

El primer lugar donde el nervio puede comprimirse es en el tercio distal del húmero a la altura del ligamento de Struthers (presente solo en el 1-2% de la población). Puede observarse este ligamento a 5 cm del epicóndilo medial. La compresión a este nivel puede generar dolor en la zona palmar y proximal del antebrazo, acompañada de debilidad y entumecimiento de los dedos radiales. El diagnóstico diferencial para reproducir los síntomas de la compresión a este nivel consiste en realizar una flexión resistida del codo (Mazurek & Shin, 2001).

**Figura 2.** Anatomía del Nervio Mediano y sus Posibles Puntos de Atrapamiento.



*Nota. Tomada de Soubeyrand et al., 2020*



A continuación, el nervio puede comprimirse a su paso por el *lacertus fibrosus* o expansión aponeurótica del bíceps braquial con o sin rotura parcial o completa del tendón de éste pudiéndose atrapar también (Seitz et al., 2007). Seitz et al (2007) informaron de una serie de casos de atrapamiento del nervio mediano en el *lacertus fibrosus*, cuyos síntomas se resolvieron tras su resección que liberó la presión del nervio mediano sin complicaciones. En este caso el diagnóstico diferencial para este atrapamiento consistirá en realizar una flexión en la muñeca en pronación o supinación con resistencia y el codo flexionado (Mazurek & Shin, 2001).

Sin embargo, se puede descartar un atrapamiento a nivel del borde proximal del flexor superficial de los dedos, realizando una pronación contra resistencia con el brazo apoyado sobre una mesa (Mazurek & Shin, 2001).

Posteriormente el nervio discurre entre los dos vientres musculares del pronador redondo, dando lugar al conocido “síndrome del pronador” (Dubois de Mont-Marin et al., 2021; Seitz et al., 2007). El desarrollo de un síndrome compartimental en el antebrazo, se podría considerar otra zona de posible atrapamiento del nervio mediano para tener en cuenta (Seitz et al., 2007).

Ya en su llegada a la mano, el nervio mediano puede quedar atrapado a su paso por el túnel del carpo, generando así la denominada patología del STC.

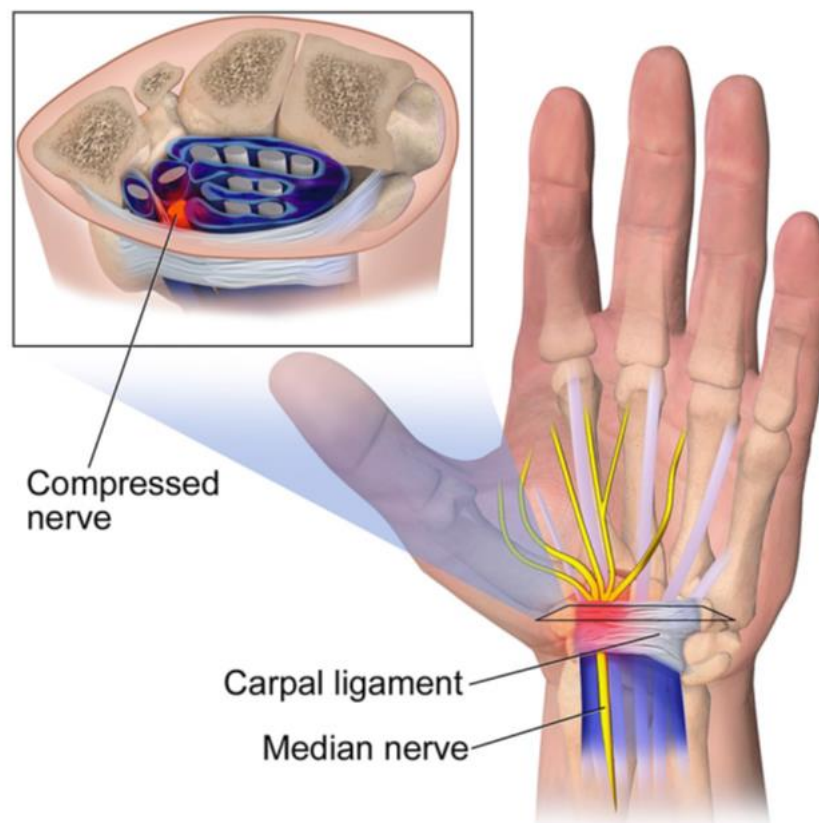
#### **1.4 Epidemiología y Clínica del Síndrome del Túnel del Carpo**

Se estima que entre el 4-5% de la población mundial padece STC, presentado una incidencia de 9,2% en mujeres y de 6% en hombres (Genova et al., 2020). Siendo el grupo de edad más afectado el comprendido entre 40-60 años (Genova et al., 2020). Si bien es cierto que se considera que el pico está en el grupo de edad comprendido entre 40-45 años (Tilley et al., 2023).

En España, la incidencia de STC es de 4,2 casos por cada 100.000 trabajadores, de los cuales un 62,8% son mujeres (Roel-Valdés et al., 2006).

El STC provoca una alteración en la función sensoriomotora de la mano cuyo desarrollo empieza con la pérdida de sensibilidad en la parte palmar y la parte dorsal más distal del pulgar, el índice, el medio y la mitad lateral del dedo anular. Posteriormente aparecerán los síntomas motores asociados al STC (Zhang et al., 2013). Ver Figura 3.

**Figura 3.** *Territorio de Inervación en la Mano del Nervio Mediano y Compresión del Nervio dentro del Túnel Carpiano*



*Nota. Tomada de Joshi et al., 2022.*

La clínica del STC aparece de manera gradual durante meses y/o años y se caracteriza por dolor generalmente intermitente, parestesias en las zonas de inervación del nervio mediano (dedos

pulgar e índice, dedo medio y la mitad radial del dedo anular) con empeoramiento nocturno, atrofia de la musculatura de la eminencia tenar, pérdida de fuerza y disminución de la coordinación motora fina en fases avanzadas, aunque los síntomas y déficits sensoriales no siempre van a aparecer en todo el territorio del nervio (Michelsen & Posner, 2002; Sevy & Varacallo, 2022). Con relación al sexo, las mujeres tienen más probabilidades de sufrir STC, aunque no tengan comorbilidades asociadas, y presentan mayor atrofia de la musculatura tenar y edema, aunque también tienen mejores resultados postquirúrgicos en comparación a los hombres (Mitake et al., 2020).

Genova et al (2020) establecen 3 etapas de evolución de los síntomas en función de su gravedad. La primera etapa, inicial, es cuando el paciente sufre síntomas nocturnos que le llegan a despertar como entumecimiento y hormigueo de la mano y dedos, y/o dolor que se extiende de la muñeca al hombro. Estos autores la definen como “braquialgia parestésica nocturna”. Cuando el desarrollo de los síntomas empeora, se habla de una segunda fase del síndrome donde la aparición de síntomas es diurna y se produce cuando se mantienen posiciones determinadas de las manos durante un largo tiempo, o al realizar actividades repetitivas con ellas como dibujar, escribir, y atornillar. Además, en esta fase el paciente empieza a tener problemas al agarrar objetos, y se le empiezan a caer. En la tercera fase de la afectación, la más avanzada, los síntomas son constantes, y llega cuando aparece la atrofia de la musculatura tenar y/o debilidad en la abducción del pulgar, y disminuye la coordinación motora fina (Genova et al., 2020; Sevy & Varacallo, 2022).

### **1.5 Factores de riesgo del Síndrome del Túnel del Carpo**

Se sabe que en la mayoría de los pacientes que sufren STC, el origen es idiopático o secundario a otras patologías (Genova et al., 2020). Aunque en la mayoría de los pacientes la

aparición del STC no tiene una causa determinada, los factores de riesgo se pueden diferenciar a nivel sistémico teniendo causas extrínsecas, intrínsecas o neuropáticas y a nivel mecánico u ocupacional (Aboonq, 2015; Genova et al., 2020; Osiak et al., 2022).

Los factores de riesgo que pueden provocar STC se van a dividir en diferentes grupos: a) Los factores idiopáticos, es decir, los que no tienen una causa específica; b) Los factores médicos que a su vez pueden dividirse en: extrínsecos, intrínsecos o neuropáticos; c) Los factores ocupacionales (Aboonq, 2015; Genova et al., 2020; Osiak et al., 2022; Joshi et al., 2022; Guan et al., 2018). **Ver tabla 1**

**Tabla 1.** *Agrupaciones de Factores de Riesgo que Causan STC*

<b>a) Factores de riesgo o causas idiopáticas</b>	Sexo – Género femenino
	Edad
<b>b) Factores médicos</b>	Factores Genéticos
	Antropométricos (tamaño del túnel carpiano)
<b>c) Factores mecánicos u ocupacionales</b>	<b>Factores extrínsecos</b>
	Alteración del contorno del túnel Deformidades post traumáticas Artritis reumatoide Niveles de actividad física
<b>b) Factores médicos</b>	<b>Factores intrínsecos</b>
	Condiciones médicas que aumentan el volumen dentro del túnel Aumento del IMC Tabaco HTA
<b>c) Factores mecánicos u ocupacionales</b>	<b>Neuropáticos</b>
	Alcoholismo Deficiencia o toxicidad de vitaminas Exposición a toxinas Diabetes
<b>c) Factores mecánicos u ocupacionales</b>	Posiciones de flexo-extensión forzadas de muñeca
	Uso excesivo de los músculos flexores de muñeca
<b>c) Factores mecánicos u ocupacionales</b>	Tareas repetitivas y uso de herramientas vibratorias
	Exposición al frío laboral
<b>c) Factores mecánicos u ocupacionales</b>	Ausencia de periodos de descanso
	Combinación de factores

*Nota. Elaboración propia*

**Factores de riesgo o causas idiopáticas:** Dentro de las posibles, **causas idiopáticas** se incluyen el sexo, la edad, los factores genéticos, antropométricos como el tamaño del túnel carpiano (Aboonq, 2015; Genova et al., 2020; Mizia et al., 2013). Garland et al. (1996) incluyeron el género femenino como factor de riesgo en sí mismo para padecer STC. Joshi et al (2022) describen que, como factor antropométrico, las mujeres tienden a tener un área de sección transversal relativa del túnel carpiano más pequeña que los hombres. Sin embargo, matizan que, desde un punto de vista más ocupacional, las mujeres tienen más presencia en ocupaciones y tareas que pueden conllevar un mayor riesgo de padecer STC (Joshi et al., 2022). A este respecto Erickson et al (2019) afirman que el sexo femenino puede ser factor de riesgo para padecer STC debido a que tienen una menor fuerza por lo que se necesita un mayor porcentaje de máxima contracción voluntaria muscular para completar las mismas tareas que los hombres. Además, respecto a la estatura suele ser menor en el sexo femenino lo que provoca que existan mayores desviaciones de muñeca requeridas en las estaciones de trabajo (Erickson et al., 2019).

Ante la aparición temprana del STC en personas jóvenes, aparición bilateral de los síntomas, o recurrencia de la enfermedad dentro de una misma familia, Osiak et al (2022), identificaron diferentes tipos de genes relacionados con la fabricación de compuestos de colágeno, enzimas encargadas de remodelar el colágeno, genes vinculados a actuar ante los efectos tóxicos del estrés oxidativo, o proteínas relacionadas con la respuesta de estrés celular que pueden hacer pensar en la predisposición por composición genética de algunos individuos a padecer STC.

**Factores médicos,** que están relacionados con procesos o enfermedades que cambien la turgencia tisular y/o generen hipertrofia del tejido conjuntivo pueden generar de manera indirecta STC (Mizia et al., 2013). Dentro de estos procesos se encuentran enfermedades metabólicas como uremia, amiloidosis, mucopolisacaridosis; cambios hormonales como trastornos menstruales,

embarazo o acromegalia; enfermedades autoinmunes inflamatorias (artritis reumatoide); enfermedades vasculares: hipertensión arterial, anomalías vasculares; reacciones alérgicas, o edema mixoide (Aboonq, 2015; Genova et al., 2020; Gooding et al., 2020; Mizia et al., 2013; Osiak et al., 2022).

Estos factores médicos se van a diferenciar a su vez en: **Extrínsecos**, que son los que van a alterar el contorno del túnel generando una disminución del espacio o una reducción de la distensibilidad del túnel. Los **intrínsecos**, que son los que van a aumentar el volumen dentro del túnel por un cambio en el equilibrio de los fluidos, y los **neuropáticos** que van a afectar directamente al nervio mediano sin necesidad de que aumente la presión dentro del túnel (Aboonq, 2015; Genova et al., 2020; Osiak et al., 2022).

#### *Factores extrínsecos:*

Entre las diferentes causas que generan alteraciones del contorno del túnel carpiano se encuentran: las estructuras anatómicas adicionales o variaciones de éstas como la arteria mediana persistente grande, los tumores pseudoneoplasmáticos y/o neoplasias, ganglios, inflamaciones y degeneraciones o hipertrofia de las vainas tendinosas (Aboonq, 2015; Genova et al., 2020; Mizia et al., 2013). Por otro lado, cualquier daño en la estructura del túnel (generando deformidades post traumáticas) como en las fracturas directas del radio en su localización distal, o fracturas del carpo, puede disminuir el volumen del túnel generando una compresión del nervio mediano y los consecuentes síntomas de STC (Osiak et al., 2022; Guan et al., 2018).

La artritis reumatoide también pueden ser el origen de padecer STC (Osiak et al., 2022; Guan et al., 2018). Cuando ocurre en la muñeca, se genera una hiperplasia sinovial que provoca una estenosis del túnel carpiano por invasión, atrapando así en nervio mediano (Guan et al., 2018). Riccò et al (2016), Lee et al (2018) y Erickson et al (2019) tienen en cuenta los niveles de actividad

física /ejercicio como un factor de riesgo no ocupacional para padecer STC. Erickson et al (2019) describen como a mayor realización de actividad física existe un efecto protector en la disminución del riesgo de STC.

*Factores intrínsecos:*

Son los factores que aumentan el volumen a ambos lados del nervio por un cambio en el equilibrio de los fluidos dentro del túnel (Genova et al., 2020; Osiak et al., 2022) que son: el embarazo, menopausia, obesidad, insuficiencia renal o cardiaca congestiva, hipotiroidismo, o el uso de anticonceptivos orales (Aboonq, 2015; Genova et al., 2020; Osiak et al., 2022).

El índice de masa corporal (IMC) y la obesidad están ligados con el STC (Newington et al., 2015). El riesgo de sufrir STC se eleva en un 8% por cada aumento de una unidad de masa corporal (Newington et al., 2015). Lores-Peniche et al (2020) informaron que dos tercios de sus pacientes con STC tenían sobrepeso u obesidad (66,6%) siendo la media de su índice de masa corporal  $27,78 \pm 5,35$  (IC 25,95-29,60). El aumento de tejido graso que tienen las personas obesas podría provocar un aumento de la presión en el túnel carpiano estresando el nervio mediano, por lo que se considera que hay un relación directa entre obesidad y STC (Guan et al., 2018).

El tabaco podría ser otro de los factores intrínsecos para la aparición del STC. Fumar tiene un efecto sobre la microcirculación local, que podría generar hipoxia local, lesión del endotelio vascular y micro trombos (Guan et al., 2018). Esto coincidiría con la teoría de la insuficiencia vascular descrita por Mackinnon (2022).

La hipertensión tiene un efecto inicial protector contra el STC (Joshi et al., 2022; Guan et al., 2018). Inicialmente, se eleva la presión arterial, lo que podría provocar una pequeña vasodilatación, compensando el aporte de sangre a la microcirculación y aliviando temporalmente los efectos de compresión del túnel carpiano. Sin embargo, a largo plazo, se puede ver afectada y

comprometida la microcirculación yendo a favor del establecimiento del STC (Joshi et al., 2022; Guan et al., 2018).

*Factores neuropáticos:*

Estos factores van a lesionar directamente el nervio mediano sin causar picos de presión dentro del túnel, y comprenden problemas como alcoholismo, deficiencia o toxicidad de vitaminas y exposición a toxinas o diabetes (Aboonq, 2015; Genova et al., 2020; Osiak et al., 2022). Genova et al (2020) informaron de que la prevaecía general de padecer STC en pacientes con neuropatía diabética es del 30%. En pacientes diabéticos la hiperglucemia provoca la inflamación de los tendones, lo que les impide deslizarse unos sobre otros como lo hacen normalmente. (Joshi et al., 2022).

Respecto al abuso del alcohol Guan et al (2018) proponen esté que podría causar degeneración axonal nerviosa y desmielinización del nervio mediano.

**Factores mecánicos u ocupacionales:** Se incluyen las actividades que obligan al uso de la muñeca en posiciones de flexo-extensión forzadas, uso excesivo de los músculos flexores de muñeca (agarre forzado), deformidades postraumáticas, tareas repetitivas o sometimiento continuo a vibraciones en la mano, principalmente si estos factores se dan en combinación entre ellos (Aboonq, 2015; Franklin & Friedman, 2015; Genova et al., 2020; Gooding et al., 2020). Newington et al (2015) exponen que *"existe un conjunto sustancial de pruebas de que la flexión/extensión de la muñeca muy repetitiva aumenta materialmente el riesgo de STC, especialmente cuando se combina con un agarre contundente"* (p.4). Esto es apoyado por otros autores (Wolny et al., 2019) que informaron como la ocupación puede ser un factor de riesgo si incluye el uso de la fuerza de agarre en combinación con una alta repetición de la actividad. Sin embargo, estos mismos autores, describieron como la fuerza de agarre realizada de manera aislada



sería un factor de riesgo menor para la aparición de STC en comparación a la repetición aislada de una actividad específica. Por otro lado, el uso regular y prolongado de herramientas vibratorias portátiles se asocia con más del doble de riesgo de padecer STC, no obstante, el uso del teclado o ratón del ordenador no mostró relación importante con la aparición de éste (Newington et al., 2015). Stjernbrandt et al (2022) muestran que la exposición laboral al frío y el frío ambiental asociados a otros factores de riesgo extrínsecos, intrínsecos o idiopáticos como edad, género, IMC, diversas enfermedades e incluso exposición a vibraciones se relacionan con la aparición de síntomas de STC. La ausencia de periodos de descanso laborales suficientes sumado a factores de riesgo biomecánicos aumentan el riesgo de desarrollar trastornos musculoesqueléticos, incluyendo STC (Bonfiglioli et al., 2007).

Debido a estos factores relacionados directamente con la ocupación del paciente que sufre STC, en 2003 fue incluido en la lista de la Unión Europea de enfermedades profesionales (Cervera et al., 2017).

## **1.6 Teorías Etiológicas del Síndrome del Túnel del Carpo**

El STC no tiene una causa determinada y el desarrollo de la patología sigue sin determinarse (Aroori & Spence, 2008). Aroori & Spence (2008) para esclarecer las alteraciones de la conducción nerviosa, así como los síntomas clínicos, exponen diferentes teorías, siendo las más comunes la teoría de compresión mecánica del nervio, la teoría de la insuficiencia microvascular y las teorías de la vibración.

### ***1.6.1 Teoría de la compresión mecánica***

Dicha teoría explica que los síntomas que percibe el paciente con STC son debido a la compresión del nervio mediano en el túnel carpiano. Los motivos por los que el nervio se encuentra comprimido pueden ser ocupacionales que impliquen el trabajo manual o agarres de herramientas durante largos periodos de tiempo, el uso excesivo de las manos, la tensión por esfuerzo, o movimientos de extensión continua de la muñeca (Aroori & Spence, 2008).

Etiológicamente el STC se puede presentar de manera crónica o aguda, siendo esta segunda menos común ya que correspondería a un aumento veloz y mantenido de la presión en el túnel del carpo, generalmente a consecuencia de un origen traumático. Sin embargo, el STC crónico es más frecuente, y puede darse durante meses y/o años (Aroori & Spence, 2008).

El túnel carpiano tiene un volumen de aproximadamente 5 ml que varían en función del tamaño de la mano, siendo menor en las mujeres (Rotman & Donovan, 2002). La presión intersticial media dentro del túnel carpiano con la muñeca en posición neutra oscila en torno a 2,5 mm Hg aumentando hasta 30 mm Hg cuando se coloca la muñeca en posiciones de flexión o extensión máxima (Michelsen & Posner, 2002). A partir de 30 mm Hg, se produce una alteración del transporte axonal dentro del nervio, y puede provocar parestesias leves en sujetos ausentes de patología (Michelsen & Posner, 2002). En el caso de los pacientes que sufren STC las presiones dentro del canal están elevadas oscilando entre 32 a 110 mm Hg (Mackinnon, 2002; Michelsen & Posner, 2002; Schwartz et al., 2022). Los cambios histopatológicos de alteraciones en las vainas de mielina se dan si hay una compresión de 50 mm Hg durante 2 minutos. Si el tiempo de compresión aumenta hasta las 4 horas, la pérdida o bloqueo de función nerviosa va a ocurrir en presiones entre 40-50mm Hg (Mackinnon, 2002).

En condiciones normales en los movimientos de flexo-extensión de muñeca el nervio mediano es capaz de deslizarse 9,6 mm en la flexión y algo menos en la extensión. En algún punto cercano al túnel del carpo, el movimiento de deslizamiento aumenta hasta 14,5 mm. Si existe compresión del nervio, deja de deslizarse, generándose así, una tracción ante un movimiento (Mackinnon, 2002).

Hay que tener en cuenta el síndrome de doble atrapamiento o “*double crush syndrome*” propuesta por Upton & McComas (1973) que sugirieron que un nivel proximal de compresión del nervio podría causar que los sitios más distales fueran susceptibles a la compresión. Se considera que el paciente afectado de STC no solo tendría compresión a nivel de la muñeca, sino que también, habría una alteración a nivel cervical de las raíces del nervio (Mackinnon, 2002; Upton & McComas, 1973).

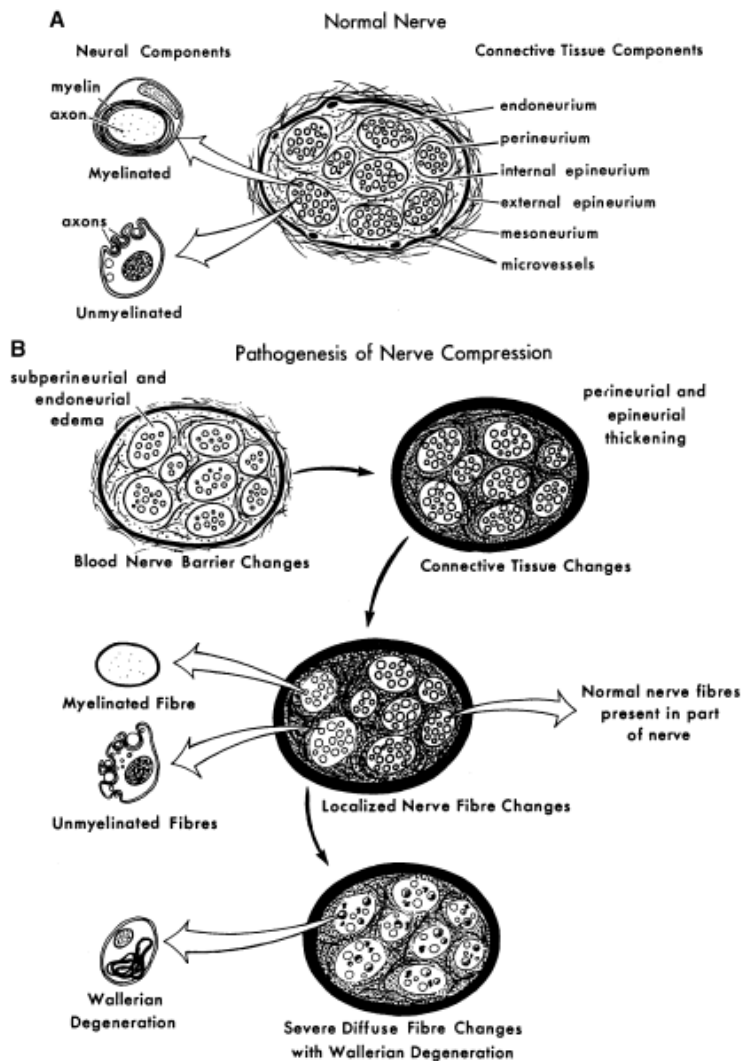
### ***1.6.2 Teoría de la insuficiencia microvascular***

Esta teoría describe como la ausencia del oxígeno y nutrientes al nervio altera su capacidad para transmitir el impulso nervioso (Mackinnon, 2002). El nervio mediano está irrigado por las arterias radial y cubital en su parte proximal al retináculo flexor, ya que la arteria mediana suele estar presente solo hasta la parte distal del antebrazo por lo que no acompaña al nervio en su paso por el túnel carpiano. Las arterias radial y cubital emiten unas ramas que descendentes que acompañarán al nervio en su paso a través del túnel carpiano para alimentar al nervio mediano. Estos vasos sanguíneos tienen una disposición en espiral para que durante el deslizamiento del nervio esté asegurado el flujo sanguíneo (Mackinnon, 2002).

Genova et al (2020) señala como con una compresión mantenida en el tiempo, el flujo de sangre al sistema capilar endoneural se interrumpe generando problemas a nivel de la barrera

hemato-nerviosa, provocando un edema endoneural, produciéndose un proceso que irá desde congestión venosa, a la isquemia para finalizar con alteraciones metabólicas locales. Según Mackinnon (2002) el proceso de compresión nerviosa incluye edema endoneural, desmielinización, inflamación, degeneración axonal, fibrosis, crecimiento axonal nuevo, remielinización y refuerzo perineural y endotelial (Ver **figura 4**).

**Figura 4.** *Patogénesis de la Compresión Nerviosa*



*Nota. (A) Diagrama esquemático que describe el nervio normal. (B) Se observan los cambios histopatológicos con compresión nerviosa crónica. Tomada de Mackinnon, 2002.*

En pacientes con STC la isquemia de las extremidades amplificará las parestesias en tres etapas: primero se eleva la presión intrafunicular de ahí se lesiona el capilar produciéndose fuga de líquido y edema, y finalmente se obstruye el flujo arterial (Genova et al., 2020). Así, con presiones externas de 20 mm Hg se produce una disminución del flujo sanguíneo de las vénulas epineurales. Si las presiones son de 30 mm Hg, se altera o inhibe el transporte axonal (tanto anterógrado como retrógrado). Si se llega a presiones de 80 mm Hg se bloquea el flujo sanguíneo intraneural (Mackinnon, 2002).

Los pacientes con STC presentan síntomas de desmielinización objetivables durante una prueba de electrofisiología, es decir, una latencia prolongada, por la alteración del flujo sanguíneo e isquemia en las fibras nerviosas (Mackinnon, 2002). Los síntomas de STC como el hormigueo, entumecimiento, dolor y pérdida aguda y reversible de la conducción nerviosa, son secundarios a la isquemia del segmento nervioso afectado (Aroori & Spence, 2008). En función de la gravedad de la lesión, los cambios en los nervios y los músculos pueden ser reversibles. (Ver **tabla 2**)

### ***1.6.3 Teoría de la vibración***

Numerosos estudios defienden que la exposición a vibraciones es un factor de riesgo para padecer neuropatía periférica (Mackinnon, 2002; Newington et al., 2015; Genova et al., 2020). Esta teoría defiende que el uso extendido en el tiempo de herramientas vibratorias puede generar síntomas de STC por la aparición de edema epineural en el nervio mediano en los días consecutivos uso de este tipo de herramientas. Cambios que también se pudieron observar tras un traumatismo mecánico, isquémico o químico (Aroori & Spence, 2008).

Mackinnon (2002) comenta que en un primer momento se producirá edema intra-neural que provocaría una desmielinización del nervio, donde finalmente aparecería una lesión axonal.

Mackinnon (2002) describe cinco grados de alteración de la conducción nerviosa, que van desde la ausencia de lesión del nervio (grado I) hasta la sección completa de este (grado V). Dentro de estos grados, del I al III, serían compatibles con la presencia de STC como se muestra en la **tabla 2**.

**Tabla 2.** Grados de Alteración del Nervio

<b>Grados</b>	<b>Lesión Nervio</b>	<b>Fisiología</b>	<b>Función Nerviosa</b>	<b>EMG</b>	<b>Recuperación</b>	<b>Aplicación en diagnóstico de STC</b>
<b>Grado I</b> Neurapraxia	NO	Bloqueo Conducción Nerviosa	Integra	Latencia Prolongada	Completa	<b>Compatible STC</b>
<b>Grado II</b> Axonotmesis	SI	Amplitud disminuida	Alterada	Fibrilaciones y amplitud disminuida	Capacidad de recuperarse por completo.	<b>Compatible STC</b>
<b>Grado III</b> Axonotmesis con tejido cicatricial endoneural	SI	Amplitud disminuida	Alterada	Fibrilaciones	NO es completa	<b>Compatible STC grave</b>
<b>Grado IV</b>	SI	Bloqueo Conducción Nerviosa Completo	Alterada	Potenciales de fibrilación de denervación	Sin posibilidad de recuperación	NO aplicable en STC
<b>Grado V</b> Neurotmésis	SI	Sección Nervio Completa	Alterada	No evidencia de potenciales de actividad a la contracción muscular	NO recuperación	No aplicable en STC

*Nota. Modificada de Mackinnon, 2002.*

### 1.7 Diagnóstico Clínico del Síndrome del Túnel del Carpo

La clínica del STC aparece de manera gradual durante meses y/o años, y siendo previo el déficit sensitivo al motor. Se caracteriza por dolor intermitente, parestesias en las zonas de inervación del nervio mediano (dedos pulgar e índice, dedo medio y la mitad radial del dedo anular) con empeoramiento nocturno, atrofia de la musculatura de la eminencia tenar, pérdida de

fuerza y disminución de la coordinación motora fina en fases avanzadas, aunque los síntomas y déficits sensoriales no siempre van a aparecer en todo el territorio del nervio (Michelsen & Posner, 2002; Sevy & Varacallo, 2022).

Osiak et al (2022) informan que el diagnóstico es en su mayoría clínico ante la aparición de los síntomas compatibles con STC. Según estos autores las pruebas diagnósticas se requerirán ante la duda de la patología o cuando se necesitan medidas más objetivas ante la posibilidad de recurrir a tratamientos más invasivos como la cirugía. Sin embargo, Hegmann et al (2018) manifiestan que algunos médicos basan su diagnóstico principalmente en los signos y síntomas que presenta el paciente, mientras que otros lo hacen solo basándose en las pruebas objetivas. Hegmann et al (2018) señalan: *“Los síntomas musculoesqueléticos a menudo son desproporcionados con respecto a la fisiopatología. Los síntomas tienden a correlacionarse tanto o más con el estrés, la angustia y las estrategias de afrontamiento menos eficaces que con la fisiopatología. Este escenario hace que sea relativamente inexacto y poco fiable utilizar únicamente los síntomas para diagnosticar o estimar el grado de fisiopatología.”* (p.3). En general, el diagnóstico del STC es complejo, ya que no existe un consenso internacional, respecto a si el diagnóstico del STC debe fundamentarse en su presentación clínica o datos electrofisiológicos (Hegmann et al., 2018).

Küçükakkaş & Yurdakul (2019) describen como solo las pruebas de provocación (Phalen, Tinel y Durkan) no son suficientes para establecer un diagnóstico válido de STC, apoyando así la necesidad de realizar un diagnóstico combinando la manifestación de los signos clínicos junto con las pruebas electrodiagnósticas.

Sluiter et al (2001) publicaron una propuesta de criterios diagnósticos que unificaban la identificación de síntomas, junto a la realización del examen físico STC. Aunque los autores

matizan que también se pueden tener en cuenta las pruebas de conducción nerviosa (Sluiter et al., 2001). Los criterios eran:

- ✓ Presencia de síntomas en el momento de la exploración o al menos en 4 días de los últimos 7 días.

- ✓ Presencia de dolor o parestesias intermitentes (incluida los síntomas nocturnos) en al menos dos de los dedos pulgar, índice y medio.

- ✓ Presencia de al menos una de las siguientes pruebas positivas: prueba de compresión en flexión, prueba de compresión del carpo, signo de Tinel, signo de Phalen, discriminación entre dos puntos o la abducción resistida del pulgar.

Respecto a la prueba de compresión del carpo o signo de Durkan (Joshi et al., 2022), algunos autores describen como esta prueba presenta una sensibilidad de entre 0,71-0,77 y una especificidad de 0,20-0,22 para diagnosticar STC (Joshi et al., 2022; Zhang et al., 2020). La prueba consiste en colocar la mano en supinación con la muñeca extendida, mientras el examinador presionará sobre el área del tendón palmar activando los síntomas (Joshi et al., 2022; Zhang et al., 2020).

El Signo de Tinel, fue descrito en 1915 por Paul Hoffman y Jules Tinel como signo de Hoffman-Tinel, actualmente conocido como signo de Tinel (Ho & Braza, 2022). Ho & Braza (2022) definieron la "sensación de alfileres y agujas" provocada al golpear un nervio proximalmente, con la parestesia resultante experimentada en la zona cutánea distal correspondiente. La prueba consiste en la percusión o golpeteo sobre el ligamento anular del carpo. Es positivo cuando se provocan síntomas en la misma distribución del nervio mediano a la altura del túnel carpiano (Genova et al., 2020; Osiak et al., 2022). Se considera que el signo de Tinel



tiene una sensibilidad entre 0,40-0,47 y una especificidad entre 0,56-0,59 (Küçükakkaş & Yurdakul, 2019; Zhang et al., 2020).

El Test de Phalen, fue descrito por primera vez por Phalen en 1951 (Phalen, 1951). Consiste en la flexión de ambas muñecas poniendo la cara dorsal de las manos juntas una contra la otra con flexión de los codos y abducción de los brazos. La flexión de la muñeca se mantiene el máximo posible buscando los 90° durante 60 segundos, o hasta que aparezcan síntomas (entumecimiento o parestesia) en la misma distribución del nervio mediano. La aparición de signos significa un resultado positivo de la prueba. En pacientes con compresión grave los síntomas aparecen a los 20 segundos (Alanazy et al., 2021; Genova et al., 2020; Osiak et al., 2022). Zhang et al (2020) y Joshi et al (2022) describen de una sensibilidad de entre 0,50-0,55 y una especificidad de 0,33 en la prueba de Phalen.

Finalmente, la prueba de compresión en flexión consiste en la flexión de la muñeca junto con la compresión manual directamente sobre el túnel del carpo (Zhang et al., 2020). Es también conocida como prueba de Phdurkan y resulta de la combinación de la prueba de Phalen junto con la prueba de Durkan (Zhang et al., 2020).

### **1.8 Diagnóstico Electromiográfico del Síndrome del Túnel del Carpo**

La electromiografía se considera el “gold standar” en el diagnóstico del STC al evaluar la función del nervio mediano junto con los síntomas descritos por el paciente (Zuniga & Keir, 2019). Esta prueba puede confirmar las disfunciones que presenta el nervio mediano cuando se comprime modificándose así la transmisión de los impulsos nerviosos (Zuniga & Keir, 2019). Joshi et al (2022) matizan como conducciones más lentas, presencia de respuestas distales retrasadas por la inervación del nervio en dos o tres dedos, la alteración de los potenciales de acción de la unidad motora o una mayor actividad espontánea en el músculo, son rasgos compatibles con un

diagnóstico positivo de STC. Zuniga & Keir (2019) afirman que “...el aumento de las latencias sensoriales y motoras son los primeros signos observables de STC, seguidos de una disminución de la velocidad de conducción nerviosa y de la amplitud del potencial de acción muscular compuesto (PAMC)” (p.3). A través de la electromiografía se puede precisar la gravedad del STC que presenta el paciente. A modo de ejemplo, una situación severa, acompañada de un descenso importante de la velocidad de conducción, significaría una desmielinización del nervio cuando el musculo tenar está denervado (Zuniga & Keir, 2019).

En pacientes sintomáticos con STC, la alteración sensorial manifestada en un retraso de la conducción se da en más del 90% de los casos y ocurre antes que la deficiencia motora (Zuniga & Keir, 2019). En situación de normalidad, en el miembro superior la conducción nerviosa es de entre 50 y 70m/s y las amplitudes del PAMC oscilan entre 2 y 20mV. En los estudios del nervio mediano a nivel motor se aconseja una velocidad de conducción de 49m/s en su límite inferior en cualquier edad y un límite de amplitud distal de 4,1 mV (Zuniga & Keir, 2019). Considerándose patología en presencia de valores inferiores a 49m/s en la velocidad de conducción o de 2mV en amplitudes del PAMC (Zuniga & Keir, 2019).

Por otro lado, los resultados de las pruebas electromiográficas dependen de la experiencia y habilidad del evaluador, a la hora de preparar al paciente (ubicación y distancia de los electrodos), y al realizar la técnica (Zuniga & Keir, 2019). Alanazy et al (2020) y Küçükakkaş & Yurdakul (2019) describen una sensibilidad superior al 85% y una especificidad por encima del 95%. La importancia de las pruebas de electro-diagnóstico es fundamental, Kanaka et al (2020) describen cómo sin ellas, hay un diagnóstico fallido del STC en casi un 14% de las pruebas realizadas.

Zhang et al (2020) en su estudio comparan los resultados de las diferentes pruebas de provocación con los resultados de los estudios electro-diagnósticos (ver **tabla 3**). Para un

diagnóstico favorable de STC requerían un resultado positivo en cada una de las pruebas de provocación. Además, el porcentaje de resultados positivos verdaderos de cada prueba de provocación fue más alto para las pruebas con un electro-diagnóstico moderado de STC (Zhang et al., 2020).

**Tabla 3.** Comparación de los Diferentes Tests de Diagnóstico en su Valor Positivo o Negativo, con los Resultados de Estudios Electro-Diagnósticos

Resultados	Resultado Estudio Electrodiagnóstico	
	Positivo	Negativo
<b>Signo de Tinel</b>		
Positivo	36 ms	4 ms
Negativo	40 ms	5 ms
<b>Signo de Phalen</b>		
Positivo	38 ms	6 ms
Negativo	38 ms	3 ms
<b>Signo de Durkan</b>		
Positivo	54 ms	7 ms
Negativo	22 ms	2 ms
<b>Signo de Phdurkan</b>		
Positivo	64 ms	8 ms
Negativo	12 ms	1 ms

\* ms = milisegundo

*Nota. Tabla modificada de Zhang et al (2020)*

En un metaanálisis, Roomizadeh et al (2019) detallan diferentes escalas de clasificación electrofisiológica para evaluar a la gravedad del STC. En la **tabla 4** se puede ver la clasificación de Padua para el STC determinada en 5 grados de gravedad:

**Tabla 4.** Clasificación de Padua

<b>Grado 1</b>	<b>Mínimo</b>	Solo pruebas segmentarias o comparativas anormales.
<b>Grado 2</b>	<b>Leve</b>	Entecimiento de la velocidad de conducción del nervio sensorial del dedo/muñeca con latencia motora distal normal.

<b>Grado 3</b>	<b>Moderado</b>	Disminución de la velocidad de conducción del nervio sensorial del dedo/muñeca con latencia motora distal.
<b>Grado 4</b>	<b>Grave</b>	Ausencia de potencial de acción del nervio sensorial, y latencia motora distal anormal.
<b>Grado 5</b>	<b>Extremo</b>	Ausencia de potencial de acción del nervio sensorial, y potencial de acción muscular compuesto.

*Nota. Tabla modificada de Roomizadeh et al (2019)*

### 1.9 Ecografía en el Síndrome del Túnel del Carpo

La ecografía es el método de diagnóstico por imagen más habitual, y se usa como complemento o alternativa de los estudios de conducción nerviosa (Roomizadeh et al., 2019; Zuniga & Keir, 2019). La medición del nervio con ecografía se puede hacer a la entrada (altura escafoides-pisiforme) o salida (altura ganchoso-trapecio) del nervio en el túnel carpiano, siendo la entrada la zona más sensible y fiable para la evaluación del STC (Roomizadeh et al., 2019). La ecografía muestra el área transversal del nervio mediano aumentada a la altura del pisiforme, previo a que se aplane en el punto comprimido (Osiak et al., 2022). Joshi et al (2022) y Osiak et al (2022) explican la aparición del engrosamiento del nervio y aplanamiento de este dentro del túnel del carpo, así como ensanchamiento y engrosamiento del retináculo flexor como características diagnósticas del STC con ecografía.

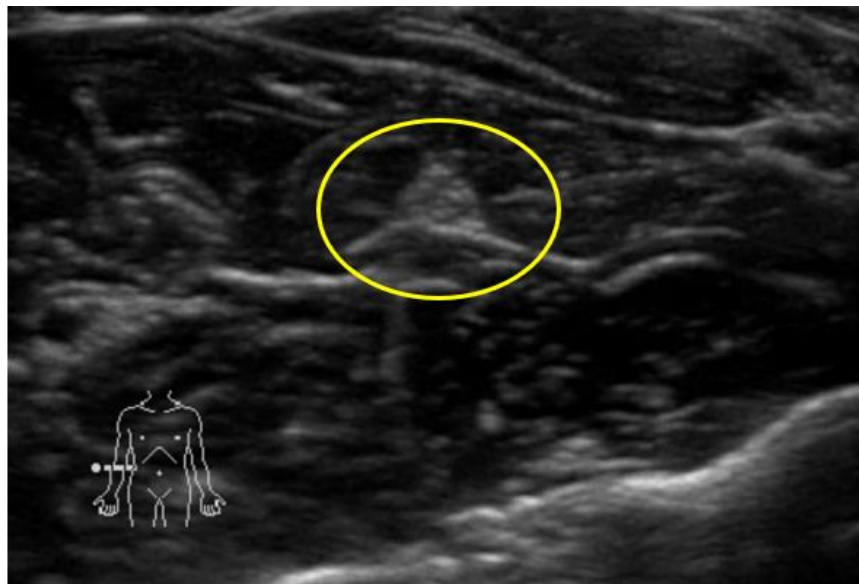
Roomizadeh et al (2019) defienden la ventaja de la ecografía de ver las imágenes en tiempo real e in situ y, además, no es una técnica invasiva para el paciente y asequible económicamente. (Ver **figura 5**). Estos mismos autores señalan como la electromiografía es una técnica eficaz para el diagnóstico diferencial en pacientes con clínica de STC.

El dato que informa de un diagnóstico positivo de STC en ultrasonografía es la imagen del área transversal del nervio mediano engrosada en  $10 \text{ mm}^2$ . La sensibilidad diagnóstica del STC a través de este dato es del 97% (Roomizadeh et al., 2019). En cambio, Osiak et al (2022) informan

de que un área transversal de  $9\text{mm}^2$  o más tiene una sensibilidad del 87,3% y una especificidad del 83,3%.

Roomizadeh et al (2019) muestran unos valores en los resultados de la medición con ultrasonido adjudicando una proporción de engrosamiento del área transversal del nervio a la gravedad del STC. Los autores clasifican como leve a un engrosamiento de  $11,64\text{ mm}^2$ , moderado un engrosamiento de entre  $13,74\text{ mm}^2$  y grave para un engrosamiento de  $16,8\text{ mm}^2$ . Además, Roomizadeh et al (2019) explican como la realización y fiabilidad de esta técnica dependen en gran parte de la experiencia y habilidad de la persona que la realiza. Osiak et al (2022) hablan de una sensibilidad del 77,6 % y una especificidad del 86,8% respecto al diagnóstico del STC con ecografía.

**Figura 5.** *Imagen Ecográfica Real del Nervio Mediano a la Altura del Antebrazo*



*Nota. Elaboración propia*

## 1.10 Tratamiento del Síndrome del Túnel del Carpo

En base a la intensidad y/o gravedad de los síntomas, los tratamientos pueden ser conservadores o invasivos (Fernández-De-Las-Peñas et al., 2020). Dentro de los tratamientos **conservadores** existen diferentes opciones como fármacos, programas de educación al paciente, férulas rígidas de descarga, infiltraciones, terapia manual o liberación del túnel carpiano combinadas con un programa de ejercicios de deslizamiento de tendones/nervios (Arcury et al., 2015; Fernández-De-Las-Peñas et al., 2020; Lewis et al., 2020; Howell et al., 2022; Schwartz et al., 2022; Karjalainen et al., 2023).

Por otro lado, dentro de los tratamientos **invasivos**, el tratamiento quirúrgico presenta un elevado coste sanitario e influye en el grado de satisfacción de la atención recibida, y aunque sigue siendo el tratamiento de elección no siempre es aceptado por el paciente (Ingram et al., 2018). Shi et al (2020) defienden que tanto el tratamiento conservador como el quirúrgico son efectivos para el tratamiento del STC, teniendo la cirugía un beneficio superior moderado respecto al tratamiento conservador.

Si bien es cierto, que los pacientes que reciben terapia manual con maniobras de desensibilización y ejercicios presentan efectos similares respecto al estado funcional, y gravedad de los síntomas que los que reciben cirugía para el STC (Fernández-de-las-peñas et al., 2020). En la misma línea, Shi et al. (2020) muestran como los pacientes tratados con solo cirugía presentan pequeñas mejoras en comparación a los que reciben fisioterapia, pero la cirugía se asocia a mayores efectos secundarios y complicaciones que un tratamiento más conservador.

En una revisión sistemática Karjalainen et al (2023) compararon la efectividad del uso de férulas (tratamiento conservador) con múltiples tratamientos (corticosteroides, ejercicio, vendaje rígido o blando, inyecciones de plasma rico en plaquetas) incluyendo el efecto placebo, y diferentes

propuestas de uso de la férula. Estos autores concluyeron que en cualquiera de las situaciones en las que se use la férula, hay una baja evidencia de su beneficio, aunque existen pequeñas mejorías, de poca relevancia clínica, en los síntomas y en la función de la mano (Karjalainen et al., 2023).

Lewis et al (2020) indican que los programas de educación al paciente, junto con el uso de férula nocturnas y ejercicios domiciliarios tienen resultados beneficiosos en pacientes que están en lista de espera para intervención quirúrgica reduciendo las opciones de cirugía y mostrando aumento de los niveles de mejoría y satisfacción percibida a las seis semanas de comenzar el programa.

Zaralieva et al (2020) expone que con el fin de evitar la cirugía se realizan programas que combinan fisioterapia y rehabilitación con educación del paciente. Dentro de esta educación al paciente se les enseña a realizarse algunas técnicas de masaje de corta duración y baja intensidad en casa. Si estos programas no resultan eficaces, suele ser indicación de cirugía. Respecto al tratamiento con ondas de choque extracorpóreas, Chen et al (2022) informaron en su metaanálisis que el tratamiento de ondas de choque extracorpóreas en combinación con la férula nocturna en el STC tenía poca eficacia respecto a la disminución de síntomas y en la recuperación funcional ya que la duración terapéutica del tratamiento era limitada. Karjalainen et al (2023) exponen que, aunque existe una evidencia baja, seis meses de uso de férula puede ser mejor que el tratamiento de ondas de choque extracorpóreas. Sin embargo, en contraposición Zaralieva et al (2020) muestran como en las primeras etapas del STC y en pacientes jóvenes con STC por sobrecarga ocupacional, las ondas de choque extracorpóreas son particularmente eficaces. Este resultado va en la línea de Zhang et al (2023) que en su estudio concluyen que las ondas de choque extracorpóreas combinadas con movilización nerviosa tienen un efecto positivo en el tratamiento del STC.

### **1.11 Alteración en las Actividades de la Vida Diaria**

Clínicamente la falta de fuerza en la pinza, y la percepción de dificultad y torpeza en el agarre de cosas y en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), son síntomas que expresa la persona que padece STC (de La Llave-Rincón et al., 2011). Los pacientes que sufren dolor crónico con características neuropáticas, como pueden ser los que padecen STC, por un lado van a tener un dolor más intenso y de mayor duración, pero también sienten limitada la funcionalidad, los niveles de actividad física, deterioro en su puesto de trabajo, trastornos en cantidad y calidad del sueño, menor calidad de vida, , afectación psicosocial y un uso mayor de los recursos y servicios sanitarios (Mann et al., 2019; Tanriverdi et al., 2019; Wong et al., 2018).

Al agarrar un objeto, una persona sana es capaz a través de mecanismos de retroalimentación y control anticipatorio de acomodar eficaz y eficientemente la fuerza de los dedos a las cualidades de los objetos (Afifi et al., 2012). Sin embargo, estas fuerzas de adaptación de la mano al objeto pueden verse alteradas ante cambios sensitivos y motores dando como resultado la pérdida de eficacia del movimiento y generando incompetencia a la hora de realizar las AVD tan sencillas como levantar un vaso de agua (Afifi et al., 2012).

Los pacientes con STC describen problemas de agarre en la pinza, sensación de torpeza, dificultad para la manipulación fina al agarrar pequeños objetos, e incluso la caída de estos (Fernández-De-Las-Peñas et al., 2009; Zhang et al., 2013). Además, Tekavec et al (2021) apoyan que la alteración en las extremidades superiores produce cambios de la función que afectan a las AVD del paciente que lo padece. Coenen et al (2013) describen como pacientes con STC referían dificultades en la manipulación de productos como tapas de botellas, latas, cubiertos, y monedas Incluso, la realización de acciones como vestirse, hacer la compra o realizar las tareas del hogar se



veían comprometidas al sufrir un trastorno en la mano, provocando dependencia por parte de los pacientes (Coenen et al., 2013).

Tareas básicas de la conducción como girar la llave del coche, agarrar el volante o cambiar la marcha, se tornan complicadas en pacientes con trastornos funcionales en las manos (Coenen et al., 2013). De la misma manera el hecho de tener problemas en las funciones de las extremidades superiores les provoca limitaciones en la vida social (amigos y familiares) ya que los pacientes manifiestan la imposibilidad de realizar actividades de ocio (andar en bici o moto), alterándose su independencia social (Coenen et al., 2013).

En un estudio cualitativo, Mansilla et al (2019) describen como la falta de función y el dolor son los motivos fundamentales para plantearse la cirugía. El 70% de los entrevistados explicaron que tenían dificultades a la hora de realizar las tareas del hogar, laborales y de ocio. Tenían dolor y dificultad en las tareas que implicaban movimientos finos de las manos. Estas limitaciones funcionales fueron significativas en un 80% de los casos, y generaban gran sentimiento de incapacidad y dependencia a las pacientes.

Otro estudio cualitativo (Newington et al., 2019), mostraba como pacientes sometidos a cirugía de liberación STC admitían tener dificultades con la función de la mano, precisando ayuda de sus familias al realizar las AVD como ducharse, lavarse y secarse el pelo, atarse los zapatos o cocinar. Esto provoca que los pacientes busquen estrategias para compensar la falta de función como el uso de la mano no dominante, ya que ven comprometida su calidad de vida en las primeras semanas tras la cirugía. Newington et al (2019) también describen como los pacientes tras la cirugía, precisaban de tener un regreso progresivo con un aumento gradual de las funciones de la mano sobre todo en el ámbito laboral, ya que algunas actividades como usar maquinaria manual, abrir frascos o usar la grapadora no podían realizarlas por falta de destreza o fuerza. Tekavec et al

(2021) informan que pacientes trabajadores, en su mayoría carpinteros, con síntomas diarios neurosensoriales también referían tener alteradas sus AVD. Sin embargo, Mansilla et al (2019) observaron que sus pacientes, en un periodo corto tras la cirugía, volvían a recuperar parte de autonomía funcional, pero a pesar de ello más de 1/3 no volvieron a su puesto de trabajo.

En pacientes con STC la disminución de la fuerza de agarre y del pellizco genera un deterioro funcional de la extremidad superior en la realización de actividades cotidianas, y se relaciona directamente con la calidad de vida de los pacientes (Núñez-Cortés et al., 2020). Además, la fuerza de prensión se considera un valor predictivo para el regreso al trabajo tras la cirugía de STC (Núñez-Cortés et al., 2020). De la Llave-Rincón et al (2011) comprobaron que, respecto a las personas sanas, los pacientes que padecen STC describen déficits en la capacidad de control motor fino y agarre en pinza, así como sensación de torpeza durante sus actividades de la vida diaria con dificultad para agarrar objetos pequeños. Además, Fernández-De-Las-Peñas et al (2009) encontraron en pacientes con STC leve o moderado en un solo lado, manifestaron debilidad bilateral, en el control motor fino y en la fuerza de agarre teniendo esta situación una relación opuesta respecto a la duración de los síntomas y la intensidad del dolor. Es decir, la capacidad de agarrar va a estar limitada en pacientes que sufren STC respecto a personas sanas (Núñez-Cortés et al., 2020; De la Llave-Rincón et al., 2011; Fernández-De-Las-Peñas et al., 2009). También, estos autores (Núñez-Cortés et al., 2020; De la Llave-Rincón et al., 2011; Fernández-De-Las-Peñas et al., 2009) defienden que, siguiendo el modelo de adaptación al dolor (Fernández-De-Las-Peñas et al., 2009), puede existir una estrategia de protección ante la bilateralidad en las alteraciones de los niveles de fuerza de agarre en pinza junto con el control motor fino. Esto se traduciría en que se adaptaría la musculatura agonista reduciendo su actividad para limitar la velocidad y la fuerza cambiando así la estrategia motora incitada por el dolor que sufre el paciente. Coenen et al (2013)

respalda esta teoría, y describen como pacientes con STC, ven frenadas sus actividades en cuanto a la velocidad de realización de estas, al tener limitaciones en sus manos.

Tekavec et al (2021) informan que el uso de herramientas que requieren grandes fuerzas de agarre junto con vibraciones mantenidas y posiciones forzadas de la muñeca, suponen un desafío ergonómico importante para los pacientes con STC por lo que hay más probabilidades de atrapamiento del nervio. Así mismo, aseguran que esta situación tiene un efecto negativo tanto en la salud del paciente como en la alteración de la función de los miembros superiores, que no suele desaparecer con la pausa del mecanismo que los llevó a esa condición.

Zhang et al (2013) explican que en agarres de dos y/o tres dedos con afectación por el STC, los pacientes realizaban una fuerza de agarre parecida a la que realizaban los sujetos sanos. Sin embargo, existía un entumecimiento del primero y segundo dedo en casi su totalidad, cuando las fuerzas de agarre eran exageradas. Por lo tanto, se comprueba que ante afectaciones de STC, los pacientes deben ejercer, ante el trabajo manual, mayores fuerzas para compensar la falta de eficacia al realizar la fuerza del agarre en pinza. En esta línea Afifi et al (2012) describen de una adaptación efectiva de la fuerza a la textura del objeto en pacientes con STC. En estos casos, las fuerzas de agarre eran ineficientes ya que las fuerzas aplicadas eran superiores a las necesarias para llevar a cabo esa acción de forma eficiente. El intento de ser efectivos aumentando la fuerza para evitar la caída del objeto y mantenerlo contra gravedad, no funcionaba.

Zhang et al (2011) apuntan que los pacientes con STC tienen más problemas para discriminar objetos menos pesados, aun cuando eran capaces de ajustar de manera apropiada la fuerza para el agarre de objetos más pesados. Coenen et al (2013) describen que aquellos pacientes que tienen una lesión en la mano se encuentran con mayor dificultad para coger objetos más

pesados, y tienen además una limitación de su autonomía laboral y doméstica por lo que aumentan sus niveles de estrés.

Otra consecuencia de los trastornos en la función de las manos o extremidades superiores es la necesidad de cambiar o buscar sus alternativas en las actividades deportivas, recreacionales o culturales (como tocar un instrumento musical) realizadas en grupo (Coenen et al, 2013). Respecto a las relaciones sexuales y de pareja, algunos de los afectados describieron problemas en las relaciones sexuales a consecuencia de los trastornos en la función de la mano (Coenen et al, 2013). Arcury et al (2015) informan como el dolor al sufrir STC genera disfunción del sueño, y esto afectaba al rendimiento en las tareas domésticas y laborales, al sentirse los pacientes cansados, lentos y apáticos llegando a faltar a su puesto de trabajo. Otras disfunciones descritas son la limitación en la atención de sus hijos menores a consecuencia del dolor, o la dificultad para el propio autocuidado; vestirse, desvestirse o peinarse (Arcury et al., 2015).

### **1.12 Justificación del Estudio**

Algunas áreas de la salud (neurología, neurocirugía, medicina comunitaria o salud pública) han publicado trabajos (Peters et al., 2002; Jack, 2006; Nakarada-Kordic et al., 2018; Whiffin et al., 2022) que avalan la necesidad de incluir la perspectiva de pacientes, familiares y profesionales en la práctica clínica, y los beneficios de aplicar diferentes diseños cualitativos en las ciencias médicas y de la salud. Por ejemplo, en neurología (Peters et al., 2002), neurocirugía (Whiffin et al., 2022), medicina comunitaria (Nakarada-Kordic et al., 2018) y salud pública (Jack, 2006).

La experiencia del dolor presenta un gran impacto en la vida de las personas y presenta diferencias en base a la cultura, contexto, y creencias influyendo en la aceptación y seguimiento de tratamientos (Klem, et al., 2021b; Yoshikawa et al., 2020). Siendo preciso describir y analizar

la perspectiva de las pacientes respecto a su dolor y estrategias de manejo del STC (Klem, et al., 2021a; MacDonald & Chalk, 2011).

Además, estudios previos informaron que las mujeres y los hombres presentan diferentes respuestas en el procesamiento del dolor y cómo esas diferencias pueden afectar las estrategias de tratamiento (Gazerani et al., 2021; Ghazisaeidi et al 2023). La experiencia de tener STC es individual, y la investigación cualitativa puede brindar una visión más holística que puede ser más significativa para las mujeres (Creswell & Poth, 2018; Mogil, 2020).

Existen pocos estudios cualitativos, que analicen la experiencia de los pacientes con STC, además, en la actualidad, no existe ningún estudio cualitativo que describa la experiencia de pacientes mujeres con STC en relación con el tratamiento no quirúrgico, y las motivaciones para seleccionar uno u otro tipo de tratamiento.

Algunos estudios previos se han centrado en explorar su experiencia respecto a la mejora de los síntomas y los efectos secundarios tras los tratamientos recibidos (Klokkari & Mamais, 2018), la expectativa sobre el tratamiento quirúrgico recibido (Mansilla et al., 2020), creencias y estrategias para manejar el STC entre trabajadores inmigrantes (Arcury et al., 2015), y el impacto del tratamiento STC al volver al trabajo (Newington et al., 2019). Pero, actualmente la literatura cualitativa respecto al STC sigue siendo escasa. Aspectos como el significado y aceptación de la enfermedad, mitos y estrategias de los pacientes para manejar el dolor, la elección del tratamiento, la toma de decisiones, y su relación con los profesionales sanitarios durante el tratamiento, y la adaptación de su actividad a la limitación (en casa y el trabajo) y la descripción de la perspectiva de las pacientes con STC, están pendientes de estudiar.



## **2. Pregunta de Investigación y Objetivos**





## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.**

Las preguntas en investigación cualitativa no se construyen en forma de hipótesis (Carpenter & Suto, 2008). En los diseños cualitativos se plantean preguntas focalizadas en el fenómeno o evento a estudio o vivido por un grupo de personas (Creswell & Poth, 2018). En la presente tesis, las preguntas que guían la investigación serán;

- A) ¿Cuál es la experiencia de las mujeres que padecen STC respecto al manejo de sus síntomas y limitaciones?
- B) ¿Cuál es la experiencia de las mujeres que padecen STC respecto a las estrategias que desarrollan en su vida diaria?
- C) ¿Cuál es la perspectiva de las mujeres con STC sobre el proceso de diagnóstico?
- D) ¿Cuál es la perspectiva de las mujeres con STC respecto a los diferentes tratamientos, sus expectativas, y las razones para aceptar o rechazar los tratamientos?
- E) ¿Cuál es la perspectiva de las pacientes con STC con su relación con los profesionales sanitarios?
- F) ¿Cuál es la experiencia de las mujeres con SCT sobre la aparición de dificultades en su trabajo, y el efecto en su situación económica?

Es por ello, que los objetivos de esta tesis son:

Objetivo 1: Describir y explorar las experiencias de mujeres que padecen STC respecto al manejo de síntomas y limitaciones.

Objetivo 2: Describir y explorar las experiencias de mujeres que padecen STC respecto a las estrategias que desarrollan en su vida diaria.

Objetivo 3: Describir la perspectiva de las pacientes con STC sobre el proceso del diagnóstico.

Objetivo 4: Describir la perspectiva de las pacientes con STC respecto a los diferentes tratamientos, sus expectativas, y las razones para aceptar o rechazar los tratamientos.

Objetivo 5: Describir la perspectiva de las pacientes con STC con su relación con los profesionales sanitarios.

Objetivo 6: Describir y explorar la experiencia de las mujeres con SCT sobre la aparición de dificultades en su trabajo, y el efecto en su situación económica.

# **3. Material y Métodos**



### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

En la presente tesis se siguieron las recomendaciones internacionales para investigaciones cualitativas en ciencias de la salud, establecidas por *The Standars for Reporting Qualitative Research- SRQR* (O'Brien et al., 2014) (**Anexo 1**) y para estudios cualitativos realizados utilizando entrevistas en profundidad de *The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research- COREQ* (Tong et al., 2007) (**Anexo 2**) (<https://www.equator-network.org>).

#### 3.1. Diseño

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico (Creswell & Poth, 2018; Klem, et al., 2021b; Matua & van der Wal, 2015) basado en la propuesta de Husserl (Kim et al., 2020; Klem, et al., 2021b) con el fin de describir y analizar la experiencia vivida en las mujeres que sufren STC.

Husserl (1859-1938) fue uno de los precursores de la fenomenología descriptiva, un diseño cualitativo procedente de la filosofía (Klem, et al., 2022a). La fenomenología se basa en el estudio de la experiencia individual, y en el cambio que produce la vivencia, la experiencia. La fenomenología se utiliza cuando se pretende analizar la experiencia vivida de un fenómeno particular, como el caso de una enfermedad, lesión o tratamiento (Klem, et al., 2021b)

Según Neubauer et al (2019), para Husserl, la pregunta crítica de una investigación fenomenológica era “¿*Qué es para un individuo saber o ser consciente de un fenómeno?*” (p.9). La fenomenología permite analizar individualmente las experiencias y perspectivas de las personas en diferentes contextos, y momentos temporales (Creswell & Poth, 2018; Korstjens & Moser, 2017). Matua & Van Der Wall (2015) señalan como la fenomenología permite examinar críticamente las experiencias que se dan por supuestas, revelando sus significados y esencias ocultas, que los cuidadores pueden utilizar. Además, Neubauer et al (2019) la fenomenología es: “... *un enfoque de*

*investigación que busca describir la esencia de un fenómeno explorándolo desde la perspectiva de quienes lo han experimentado. El objetivo de la fenomenología es describir el significado de esta experiencia, tanto en términos de qué fue experimentado y cómo se experimentó.” (p.2)*

Dentro de la fenomenología existen dos grandes corrientes; la fenomenología descriptiva y la interpretativa (Matua & van der Wal, 2015). La presente tesis, ha utilizado la fenomenología descriptiva basada en Husserl (Giorgi, 2012; Matua & van der Wal, 2015). La fenomenología descriptiva busca describir y analizar la experiencia de las personas, en base a su experiencia y percepción de su vivencia, evitando la interpretación del investigador (Matua & van der Wal, 2015). Intenta, aprehender la “imagen casi real” de un fenómeno. Según Husserl, el investigador buscará la información real, verdadera, incorruptible, desprovista de juicios, creencias, ideas o conocimientos previos, o como él lo denominó “*epoché fenomenológica*” (Matua & van der Wal, 2015). Por lo tanto, el investigador ha de silenciar todo el conocimiento previo al fenómeno de estudio para estar abierto a percibir los elementos del fenómeno manteniendo su profundidad, extensión y riqueza (Matua & van der Wal, 2015). En esta línea, Giorgi (2012) matiza que en la descripción ha de realizarse tal y como aparece, como es narrada por las personas entrevistadas. Mientras la fenomenología interpretativa, se basa en la propuesta de Heidegger, Gadamer y Ricoeur y se caracteriza por buscar un enfoque que logre una comprensión más profunda de la experiencia, descubriendo los significados ocultos en dicha experiencia, y teniendo en cuenta el contexto del participante. (Matua & van der Wal, 2015). La atención se centra en el individuo para el que la experiencia tiene significado, es “crear conciencia de un fenómeno” (Matua & van der Wal, 2015). La fenomenología interpretativa busca “*interpretar las experiencias y los fenómenos a través de la experiencia del individuo a través de su mundo*” y, además, destaca como esas interpretaciones van a repercutir en las propias elecciones que hace el individuo (Neubauer et al.,

2019). Mientras que la fenomenología descriptiva pretende “*describir las cosas en sí mismas*” desde una perspectiva ausente de creencias y suposiciones (Neubauer et al., 2019).

### **3.2. Justificación del Método**

La presente tesis se realizará bajo un paradigma interpretativo y metodología cualitativa (Carpenter & Suto, 2008), el recomendado para analizar la perspectiva de personas en contextos concretos (Creswell & Poth, 2018). El paradigma interpretativo señala la necesidad de comprender e interpretar el mundo desde la perspectiva de las personas. Además, también sostiene que la investigación debe intentar comprender el significado y la importancia del mundo desde la perspectiva de quienes viven en él (Pope & Mays, 2020).

Moser & Korstjens (2017) definen la investigación cualitativa como: “*La investigación de fenómenos, generalmente de manera profunda y holística, a través de la recopilación de materiales narrativos ricos utilizando un diseño de investigación flexible. La investigación cualitativa tiene como objetivo proporcionar información y comprensión profundas de los problemas del mundo real y, a diferencia de la investigación cuantitativa, no introduce tratamientos, manipula ni cuantifica variables predefinidas. La investigación cualitativa abarca muchos diseños diferentes, que sin embargo comparten varias características clave.*” (p.271). Además, Creswell & Poth (2018), citando a Denzin y Lincoln definen que: “*La investigación cualitativa es una actividad situada que ubica al observador en el mundo. La investigación cualitativa consiste en un conjunto de prácticas interpretativas y materiales que hacen visible el mundo. Estas prácticas transforman el mundo. Convierten el mundo en una serie de representaciones, que incluyen notas de campo, entrevistas, conversaciones, fotografías, grabaciones y notas personales. En este nivel, la investigación cualitativa implica un enfoque interpretativo y naturalista del mundo. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian*

*las cosas en su entorno natural, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en términos de los significados que las personas les dan.” (p.41)*

Con la metodología cualitativa se pretende aprovechar la riqueza de la información y de los datos aportados por los participantes, el entorno, el contexto y la interrelación entre ellos, para obtener resultados que permitan ayudar a comprender los motivos por los que las personas actúan en situaciones tales como salud, enfermedad y discapacidad (Klem et al., 2021b; Moser & Korstjens, 2017). Los diseños cualitativos van a permitir interpretar los fenómenos dentro de lo que significan para cada persona, comprendiendo la perspectiva y experiencia que viven desde el “cómo” y el “por qué” (Klem et al., 2021b). Estos diseños ofrecen la posibilidad de profundizar en el entendimiento de los problemas del mundo real (Moser & Korstjens, 2017).

### ***3.2.a. Aplicación de la investigación cualitativa en Fisioterapia***

La utilización de la metodología cualitativa en fisioterapia, permite aplicarla como método único a la hora de investigar, o aplicarla formando parte de diseños mixtos para combinarla con investigación cuantitativa (Klem et al., 2021b). En fisioterapia, la metodología cualitativa permite abordar factores psicosociales que influyen en el paciente y que pueden tener influencia en la elección y adherencia a los tratamientos de fisioterapia (Klem et al., 2021b). Neubauer et al (2019) describen: *“Comprender la realidad de un fenómeno, es comprender el fenómeno tal como es vivido por una persona.”* (p.3). De este modo, los profesionales de la salud deben utilizar metodologías que les permitan entender fenómenos como el dolor, la enfermedad y/o la discapacidad, para poder comprender la realidad que viven los pacientes y sus familias (Klem, et al., 2021b).



Klem, et al (2021b) muestran el uso de metodología cualitativa en la práctica clínica de especialistas en lesiones y enfermedad musculoesquelética, debido a que ayuda a entender los comportamientos de búsqueda de tratamiento, las percepciones de los pacientes sobre las barreras y los facilitadores del regreso a la actividad, y mejora la comunicación de los profesionales con los pacientes.

Cuando se habla de la calidad de la atención que recibe el paciente, se debe tener en cuenta la asociación de 3 áreas: la seguridad del paciente, efectividad clínica y la **experiencia del paciente** (Varela Rodriguez et al., 2022). Varela et al (2022) definen como experiencia del paciente: *“La suma de todas las interacciones, configuradas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente, a lo largo de la continuidad del cuidado.”* (p.48). Por lo tanto, conocer la experiencia vivida por el paciente ante un fenómeno, permite entender sus expectativas, en relación con las consecuencias físicas de la enfermedad en la persona, la asistencia que recibe, y la calidad de esta asistencia. Además, permite comprender la emoción que provoca la enfermedad y/o los tratamientos en el paciente, el impacto de la enfermedad y los tratamientos que recibe en su entorno social y laboral, y las creencias y valores que acompañan al paciente (Varela Rodriguez et al., 2022).

La aplicación cualitativa en ciencias de la salud, y/o en fisioterapia, es una gran herramienta de investigación que ayuda a los profesionales a aproximarse a la realidad de los pacientes y sus familias. Jack & Phoenix (2022) en relación con la investigación cualitativa y salud, describen que los fenómenos a estudio en ciencias de la salud se pueden incluir en los siguientes dominios:

- ✓ Necesidades o problemas de atención médica.
- ✓ Procesos asociados con la búsqueda, el acceso o el uso de la atención médica.
- ✓ Documentación de la experiencia de salud, bienestar, enfermedad o discapacidad.

- ✓ Exploración de las trayectorias asociadas con la recuperación, rehabilitación adaptación o transición.
- ✓ Comportamientos y experiencias de los proveedores de atención (tanto profesionales como informales).
- ✓ Valores, ética, educación, prácticas profesionales de los profesionales de la salud (o estudiantes).
- ✓ Desarrollo de políticas y programas.
- ✓ Atención médica y practica basada en la evidencia.

### **3.3. Proceso de Reflexividad: Bracketing y posicionamiento del investigador**

Es necesario establecer previamente al inicio de la investigación el rol del investigador, y su proceso reflexivo, donde se describan como el investigador puede influir en el campo y los participantes, y como estos pueden influir sobre el (Carpenter & Suto, 2008). Dentro de los elementos del propio investigador que puede influir en el estudio se encuentran sus ideas preconcebidas, antecedentes profesionales, creencias, suposiciones, relación con los participantes o motivos que le han llevado a realizar el estudio. Por eso es preciso, establecer el posicionamiento del investigador en el estudio (O'Brien et al., 2014; Tong et al., 2007). La investigación cualitativa debe mostrar evidencia de reflexividad del investigador (O'Brien et al., 2014). El posicionamiento en la presente tesis se estableció previamente señalando los puntos clave en un formulario específico.

En investigación cualitativa, siempre se influye de alguna manera en el proceso de investigación, y a su vez el investigador es influido por el contexto y las personas que estudia (Korstjens & Moser, 2017). Por eso, Husserl, dentro de la fenomenología descriptiva, señalaba

como era preciso recoger los datos evitando su interpretación por parte del investigador (Neubauer et al., 2019). Según Husserl, era necesario “retener” o “sostener” (bracketing) el conocimiento previo que poseía el investigador para con el fenómeno a estudiar (Gearing, 2004). Matua & van der Wal (2015) describen como en la fenomenológica descriptiva, se espera que los investigadores se desprendan y mantengan en suspenso todo su conocimiento personal relacionado con el fenómeno. Por esa razón en fenomenología se recomienda utilizar (en un primer momento) entrevistas no estructuradas en la recogida de datos, para evitar dirigir a los participantes hacia áreas que no sean de su interés o no sean relevantes para ellos (Gearing, 2004).

Existen diferentes maneras en las que un investigador puede llevar a cabo el proceso de reflexividad (Dowling, 2007; Klem, et al., 2021a):

✓ Documentando, evaluando y expresando claramente el proceso de toma de decisiones ocurrido en durante el desarrollo del estudio, es decir, con el posicionamiento del investigador. Describir el marco teórico, la pregunta de investigación, las notas de campo y los diarios reflexivos del investigador.

✓ Reflexionando sobre cómo se da forma al proceso de investigación y los resultados.

En la presente tesis para cumplir con los criterios de reflexividad y de bracketing fenomenológico se aplicó:

- Descripción del posicionamiento previo del investigador. Ver **tabla 5**.
- Elaboración y registro de un diario de campo-notas reflexivas de la investigadora a lo largo de la tesis, durante la recogida de datos. Ver **Anexo 3**.
- Aplicación de entrevistas no estructuradas en la primera toma de contacto y recogida de datos con las participantes, sin guía de preguntas que dirigiesen a los propios intereses de la investigadora. Ver apartado de recogida de datos de la presente tesis.

**Tabla 5.** *Posicionamiento del Investigador.*

<b>Marco teórico previo</b>
El enfoque de elaboración de la tesis se basó en un paradigma interpretativo. Desde esta perspectiva, la acción humana es significativa y el objetivo de la investigación es captar o comprender cómo las personas interpretan o dan sentido a los fenómenos sociales.
<b>¿Qué quiere investigar?</b>
La experiencia vivida de las personas con STC desde todas las áreas de su vida que pueden estar afectadas por esta (familia, trabajo, ocio, diagnóstico, tratamientos...)
<b>Participantes que puedan dar información de primera mano de la experiencia vivida de sufrir STC</b>
Los principales participantes serán las personas diagnosticadas de STC
<b>Las ideas preconcebidas o creencias de los investigadores respecto a la experiencia de vivir con STC</b>
Las personas que padecen STC a menudo tienen a su alrededor una serie de factores subjetivos como el entorno social, la pareja, sus creencias y valores, que no se pueden controlar, pero que si pueden influir en el tratamiento que reciben y en la experiencia de vida con el STC.
<b>Las experiencias previas de los investigadores</b>
Los pacientes con STC tienen variedad de tratamientos, pero existen muchos motivos por los que eligen llevar a cabo uno u otro. Desde la experiencia de la investigadora, gran parte de esos pacientes buscan ayuda en otras disciplinas y, además, hay algunos aspectos de su experiencia con la enfermedad que no se examinan ni se tratan como qué supone para las

---

pacientes vivir con el STC, cual es el grado de afectación en su vida diaria, social o laboral, o la implicación en términos de economía, que puede suponer un diagnóstico de STC.

---

### **Motivación para desarrollar esta investigación**

---

Conocer el STC a través de la experiencia de mujeres en primera persona. Describir y comprender su punto de vista sobre aquellos asuntos que considere relevantes para su vida y así mejorar la asistencia sanitaria y el tratamiento de fisioterapia.

---

### **Relación previa con los participantes del estudio**

---

No existía ninguna relación previa de los investigadores con los participantes en el estudio.

---

*Nota. Elaboración propia*

---

## **3.4. Participantes**

### **3.4.a. Criterios de inclusión y exclusión**

#### ***Criterios de inclusión:***

- Los pacientes incluidos fueron mujeres de 18 a 65 años, que no recibieron tratamiento quirúrgico y con diagnóstico de STC según criterios clínicos y electromiográficos.
- Los criterios clínicos incluían parestesia y/o dolor en el territorio inervado por el mediano, test de Tinel y test de Phalen positivos (Genova et al., 2020). Estos criterios clínicos fueron aplicados desde el servicio de neurología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
- Los criterios electro-diagnósticos consideraron déficit en la conducción motora y sensitiva del nervio mediano según criterios establecidos por la Sociedad Americana de Electromiografía, Academia Americana de Neurología y Academia Americana de Medicina Física y Rehabilitación (2002). Ver **tabla 6**. Los criterios electromiográficos fueron aplicados desde el servicio de neurofisiología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

**Tabla 6. Criterios Electromiográficos.**

Criterios
1.- Resultado anormal de los resultados de los estudios de la conducción nerviosa (ECN) sensorial del nervio mediano a 13 cm-14 cm de la muñeca, comparándolo con el resultado de la valoración del ECN sensorial en otro nervio adyacente.
2.- Si existe una distancia de conducción > 8cm con un resultado normal en el ECN sensitivo medio inicial de la muñeca se sugiere alguno de los estudios complementarios propuestos a continuación: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Comparar en la muñeca a una distancia de conducción de 7 cm a 8 cm la conducción del nervio sensorial mediano o mixto con la conducción del nervio sensorial cubital usando la misma referencia de la muñeca.</li><li>✓ Comparar en la muñeca la conducción sensorial mediana a través con la conducción sensorial radial o cubital en la misma referencia del mismo miembro afectado.</li><li>✓ Comparar la conducción del mediano a la altura del túnel carpiano con ECN sensoriales o mixtos de un punto proximal (antebrazo) o distal (dedo) en el mismo miembro.</li></ul>
3.- ECN motor del nervio mediano del músculo tenar, y de otro nervio del miembro con sintomatología para añadir la medición de la latencia distal.
4.- ECN suplementario: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Comparando la latencia distal del mediano motor (segundo lumbrical) con la del cubital motor (segundo interóseo)</li><li>✓ Ver el índice de latencia terminal motora del mediano</li><li>✓ Ver la conducción del nervio motor mediano entre la muñeca y la palma</li><li>✓ Encontrar el bloqueo de conducción del potencial de acción muscular compuesto del nervio motor mediano (PAMC) en la relación de amplitud muñeca-palma</li><li>✓ Encontrar el bloqueo de conducción del potencial de acción del nervio sensorial mediano (PANS) en la relación de amplitud muñeca-palma teniendo en cuenta el segmento corto (1 cm) de conducción incremental del nervio sensorial mediano a través del túnel carpiano</li></ul>
5.- Electromiografía con aguja (EMG) de algunos músculos inervados por las raíces espinales de C5 a T1, donde se añadirá un músculo tenar inervado por el nervio mediano del miembro sintomático.

*Nota. Modificada de Sociedad Americana de Electromiografía, Academia Americana de Neurología y Academia Americana de Medicina Física y Rehabilitación, (2002).*

### **Criterios de exclusión**

Se excluyeron a pacientes con:

- edad inferior 18 años y superior a 65 años
- tratamiento previo con cirugía y/o esteroides
- trauma en el miembro superior
- diagnóstico de diabetes mellitus u otras enfermedades que expliquen los síntomas
- enfermedad musculoesquelética (artritis reumatoide, distrofia simpático-refleja, fibromialgia)

#### ***3.4.b. Estrategia de muestreo***

Las estrategias de muestreo se dirigen a reclutar a personas que hayan experimentado el fenómeno de interés. En esta tesis se aplicó un muestreo por propósito o intencional (Klem, et al., 2022b; Moser & Korstjens, 2018), en el que se seleccionaron a los participantes con información relevante sobre el STC (Carpenter & Suto, 2008; Moser & Korstjens, 2018). En investigación cualitativa el uso del muestreo por propósito (no probabilístico) es la opción más empleada ya que permite seleccionar aquellos pacientes que puedan ofrecer riqueza en la información deseada ya que han experimentado de primera mano la vivencia a estudiar (Creswell & Poth, 2018; Moser & Korstjens, 2018).

#### ***3.4.c. Tamaño de la muestra***

En estudios cualitativos no existe una fórmula para el cálculo previo del tamaño muestral, al no existir intención de extrapolar los resultados o calcular significación estadística (Carpenter & Suto, 2008; Creswell & Poth, 2018; Saunders et al., 2018). Lo que se busca es comprender la perspectiva y el comportamiento las personas que viven o se exponen a situaciones y/o fenómenos complejos (Creswell & Poth, 2018). teorías (Carpenter & Suto, 2008).

En la presente tesis, para determinar cuándo terminar de recoger los datos y por tanto el reclutamiento de participantes, se siguió el criterio de redundancia de la información y/o saturación de los datos (Saunders et al., 2018). Saunders et al. (2018) definen la redundancia de datos, cuando en la obtención de nuevos datos la información obtenida previamente se repite y, además, ya existe una comprensión completa de la perspectiva del participante. En esta tesis se alcanzó en la participante número 18 incluida. Esto significa que el contenido de las entrevistas analizadas presentó narraciones o resultados repetitivos, que ya habían aparecido previamente, por lo que no fue necesario continuar con la recolección de datos y/o la inclusión de más participantes (Carpenter & Suto, 2008; Creswell & Poth, 2018).

El concepto de saturación teórica es originario de la teoría fundamentada, aunque ha sido integrado en diferentes diseños cualitativos, y al alcanzarlo se considera alcanzada la finalización del muestreo y, en consecuencia, de recogida de datos (Saunders et al., 2018). Hennink & Kaiser (2022) describen como la saturación es el principio más habitual para evaluar la idoneidad de las muestras intencionales en la investigación cualitativa.

#### ***3.4.d. Reclutamiento***

Los pacientes con STC, procedían del estudio "Efectividad de la Aplicación de Neuro modulación Percutánea Eco guiada en Pacientes con Síndrome del Túnel del Carpo", que se estaba desarrollando en el momento de la captación de la muestra, en el Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación, y Medicina Física de la Universidad Rey Juan Carlos, junto con el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. El estudio estaba dirigido por el Profesor César Fernández de la Peñas, dentro del Grupo de investigación de alto rendimiento en Terapia Manual, Punción Seca y Ejercicio Terapéutico de la Universidad Rey Juan Carlos (TMPSE). Se adjunta el permiso del profesor Fernández de las Peñas para el reclutamiento de los pacientes desde su estudio



(Ver Anexo 4). El estudio "Efectividad de la Aplicación de Neuro modulación Percutánea Eco guiada en Pacientes con Síndrome del Túnel del Carpo", obtuvo la aprobación del CEIC del Hospital Fundación Alcorcón (Anexo 5), y del CEI de la Universidad Rey Juan Carlos (Anexo 6).

### 3.5. Recogida de Datos

Para la presente tesis se utilizaron entrevistas no estructuradas, entrevistas semiestructuras, notas de campo y diarios reflexivos de la investigadora.

**Tabla 7.** *Instrumentos de Recogida de Datos Utilizados.*

	Fase 1	Fase 2
Entrevistas no estructuradas	Participantes 1-4	
Entrevistas semiestructuradas		Participantes 5-18
Notas de campo y diario reflexivo	Participantes 1-4	Participantes 5-18

*Nota. Elaboración propia*

Para obtener datos de experiencias, la herramienta de recogida de datos en fenomenología son las entrevistas individuales en profundidad (Creswell & Poth, 2018; Klem, et al., 2022b; Moser & Korstjens, 2018).

Las entrevistas individuales pueden considerarse una conversación con un propósito (Klem, et al., 2022b). Además, las entrevistas pueden realizarse de manera presencial (cara a cara), telefónica o en línea, y siguen un proceso flexible en su desarrollo (Carpenter & Suto, 2008).

#### 3.5.a. Tipos de entrevistas y preguntas utilizadas

En este trabajo la recogida de datos o información se realizó a través de entrevistas en profundidad en dos fases:

##### Primera Fase:

Se utilizaron entrevistas no estructuradas donde se lanza una pregunta abierta que permite obtener una "imagen" amplia de lo que está sucediendo (Moser & Korstjens, 2018). Esto se realizó

en las participantes 1-4. Las entrevistas no estructuradas en esta tesis comenzaron con la pregunta de apertura: ¿Cuál es su experiencia con STC? y/o ¿Qué es lo más relevante para usted? Estas preguntas no estructuradas, permitían cumplir el bracketing fenomenológico, evitando dirigir a los participantes hacia áreas de interés de la investigadora (Gearing, 2004; Neubauer et al., 2019).

Moser & Korstjens (2018) señalan respecto a la recogida de datos cualitativos, como un proceso no estructurado, y flexible. También, Creswell & Poth (2018) sugieren que las preguntas principales van a comenzar dando respuesta a los interrogantes “qué”, “cómo” o “por qué”, con el objetivo de ahondar en el fenómeno de estudio sin ninguna barrera en toda su amplitud.

Posterior a su aplicación, se analizaron las primeras 4 entrevistas, para identificar las áreas/grupos de interés de las participantes y así poder construir la guía de preguntas (para la segunda fase), basada en la perspectiva y experiencias de las participantes. Esta guía reflejaba el contenido relevante desde la perspectiva de las pacientes, no desde la investigadora (Creswell & Poth, 2018).

Segunda Fase:

Partiendo de la guía de preguntas elaborada durante la realización de la primera fase, se aplicaron entrevistas semiestructuradas para completar la recogida de datos e información del resto de las participantes (entrevistas 5-18) (Ver **tabla 8**).

**Tabla 8.** *Guía de Preguntas Semiestructuradas*

<b>ÁREA ESTUDIO</b>	<b>PREGUNTA</b>
<b>Enfermedad</b>	¿Cómo es vivir con el STC? ¿Cuál es su experiencia de tener STC? ¿Qué es lo más relevante para usted?
<b>Vida Diaria discapacidad estrategias</b>	¿Qué impacto tiene el STC en su día a día? ¿Qué es lo más relevante para usted en su vida diaria? ¿Qué síntomas/signos son los más relevantes en su día a día? ¿Cómo afecta el STC a su vida? ¿Usa estrategias para adaptar (las limitaciones) del STC en su día a día?

<b>Diagnóstico</b>	<p>¿Podría describir el proceso del diagnóstico del STC?          ¿Cómo empezó a darse cuenta de que le pasaba algo? ¿Qué fue lo que desencadenó buscar ayuda/opinión profesional?          ¿Qué fue lo más relevante de todo el proceso del diagnóstico?</p> <p>¿Cómo es y cómo cree que influye la relación sanitario-paciente?</p>
<b>Tratamiento y curación</b>	<p>¿Qué tipos de tratamiento ha recibido? ¿Qué expectativas/que espera de los tratamientos? ¿Qué sería para usted un buen tratamiento? ¿Qué expectativas (que espera) de curación tiene usted? ¿Qué sería para usted un buen resultado?</p>
<b>Contexto sociolaboral</b>	<p>¿Ha notado algún cambio en su trabajo? ¿Qué ha sido lo más relevante? ¿Le ha costado reincorporarse? En relación con el STC ¿Cómo es su relación con su jefe/a y sus compañeros/as? ¿Cómo puede influir el dinero en esta enfermedad? En relación con el STC y su entorno ¿Cómo es se comporta la gente de su entorno respecto a su enfermedad?</p>
<b>Mitos y creencias</b>	<p>¿Tenía usted alguna creencia o saber popular sobre el STC? ¿Qué le han contado en su medio social, vecinos, amigos, familiares sobre el STC? ¿Ha donde ha buscado información sobre el STC? ¿Por qué? ¿Ha tenido algún conocido que haya tenido STC? ¿Ha habido alguna información que le hayan dado los profesionales que haya desmentido/eliminado algún conocimiento/creencia previa que usted tuviera del STC?</p>

---

*Nota. Elaboración propia*

Como aconseja Malterud (2001), para establecer el contexto y la transferibilidad de los datos obtenidos a otros contextos similares, se llevó a cabo una recogida de datos sociodemográficos y clínicos de los participantes donde se incluía edad, lado del dolor, intensidad de dolor en el momento de la entrevista, tiempo de diagnóstico, duración de los síntomas profesión, tratamientos realizados.

### **3.5.b. Condiciones de la entrevista**

En la presente tesis, el lugar donde se desarrollaron las entrevistas fue en una sala privada de la Universidad Rey Juan Carlos.

Preparar el contexto y el entorno de la entrevista es importante para asegurar la calidad de la información obtenida. Pope & Mays (2020) recomiendan y describen el contexto, adecuado, para que la conversación se realice en las mejores condiciones posibles. Entre las medidas se encuentran: buscar un lugar privado y libre de ruidos, evitar lugares públicos, excepto si el entrevistado se siente más cómodo y así lo desea.

En la realización de las entrevistas se tuvieron en cuenta los criterios establecidos por Valles Martínez (2003):

- ✓ No direccionar: Intentar que las respuestas de los participantes surjan desde la libertad y la espontaneidad sin ser inducidas o forzadas.
- ✓ Especificidad: Que el participante de respuestas concretas, que no sean genéricas o difusas.
- ✓ Amplitud: Profundizar en la variedad de evocaciones experimentadas por el participante
- ✓ Profundidad y contexto personal: Conseguir profundizar en las respuestas de las pacientes para determinar si la experiencia tuvo significación, y explorar así también su contexto personal y/o social.

El orden de las preguntas se adaptó en función de las respuestas que las participantes iban dando, y añadiendo las preguntas necesarias sobre el transcurso de la conversación para indagar más en temas o aspectos que los participantes consideraban importantes según su experiencia (Moser & Korstjens, 2018).

En la presente tesis, las entrevistas se grabaron previa obtención del consentimiento de las participantes, con el objetivo de recoger de manera precisa la información y poder transcribirla

correctamente y así, junto con las notas de campo del investigador, tener una fuente de información registrada. Las grabaciones de las entrevistas se realizaron con la grabadora del móvil, con la opción de modo avión. Ver **anexo 3**. Ficha de recogida de datos, notas de campo y diario reflexivo

Pope & Mays (2020) sugieren que las entrevistas cualitativas generalmente deben grabarse para que puedan transcribirse para un análisis detallado. El entrevistador debe decidir un método de grabación (grabadora de audio y/o cámara de video digital) y verificar que el equipo esté funcionando y completamente cargado (o tenga las baterías de repuesto necesarias) de antemano. El total de las 18 entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas literalmente acumulando un tiempo total de 484 minutos de entrevista. Siendo 138 minutos las entrevistas no estructuradas de la primera fase del estudio y 346 minutos las entrevistas semi estructuradas de la segunda fase del estudio. Ver **tabla 9** y **tabla 10**.

**Tabla 9.** *Características de la Recogida de Datos*

Fase	Estrategia de muestreo	Participantes	Recogida de datos		Tiempo Entrevistas (minutos)	Frecuencia de la entrevista
			Tipo entrevista	Documentos		
1	Por propósito	1-4	No estructuradas	18	138	1 entrevista (n = 4)
2	Por propósito	5-18	Semi estructuradas + Guía de preguntas	Notas de investigador	346	1 entrevista (n = 15)
<b>Total</b>		18			484	18 entrevistas individuales

*Nota. Elaboración propia*

**Tabla 10.** *Datos de las Entrevistas y Material Documental Obtenido.*

<b>Código</b>	<b>Lugar</b>	<b>Duración (min)</b>	<b>Entrevista tipo</b>	<b>Material extra</b>	<b>Compañía</b>
<b>P1</b>	URJC	58	No estructurada	Vídeo abriendo una lata	No
<b>P2</b>	URJC	21	No estructurada	-	No
<b>P3</b>	URJC	32	No estructurada	-	No
<b>P4</b>	URJC	24	No estructurada	-	No
<b>P5</b>	URJC	26	Semi estructurada	Mail con información adicional	No
<b>P6</b>	URJC	29	Semi estructurada	-	No
<b>P7</b>	URJC	28	Semi estructurada	-	No
<b>P8</b>	URJC	30	Semi estructurada	-	No
<b>P9</b>	URJC	33	Semi estructurada	-	No
<b>P10</b>	URJC	22	Semi estructurada	-	No
<b>P11</b>	URJC	23	Semi estructurada	-	No
<b>P12</b>	URJC	22	Semi estructurada	-	No
<b>P13</b>	URJC	24	Semi estructurada	-	No
<b>P14</b>	URJC	24	Semi estructurada	-	No
<b>P15</b>	URJC	23	Semi estructurada	-	Si
<b>P16</b>	URJC	18	Semi estructurada	-	No
<b>P17</b>	URJC	27	Semi estructurada	Información adicional al confirmarme la recepción del audio, vía correo electrónico	No
<b>P18</b>	URJC	19	Semi estructurada	-	No

*Nota. Elaboración propia*

No hubo un tiempo límite establecido en cada entrevista, se contabilizó el tiempo, desde el comienzo de la entrevista con el aviso formal del entrevistador a la participante, hasta la finalización formal. No se computó el tiempo posterior de verificación de los datos generados por

los participantes, ni la entrada ni la salida del punto de reunión. Moser & Korstjens (2018) recomiendan una duración de entre 30 y 90 minutos por cada entrevista.

Durante la entrevista se señaló a las participantes, que la investigadora tomaría notas en el cuaderno de campo para registrar aspectos de la comunicación verbal y no verbal como el tono al hablar, la postura corporal, el énfasis en algunas partes, la gesticulación y aspectos claves de la entrevista.

Al finalizar la entrevista se envió el archivo de audio obtenido, con el propósito dar a las participantes la oportunidad de ampliar la información, aclarar algunos de los datos proporcionados durante la entrevista y refinar aspectos para profundizar aún más su experiencia. También, se les ofreció la posibilidad de concertar una nueva sesión con la investigadora para discutir sus perspectivas sobre el proceso de entrevista y la recogida de datos. Sin embargo, ninguna de las participantes hizo comentarios adicionales. Además, se las invitó a qué, en el caso de recordar cosas o querer aportar nueva información, enviaran un audio utilizando el aplicativo WhatsApp, o un correo electrónico con dicha información adicional. Solo tres de las participantes ampliaron la información con un vídeo mostrando su dificultad para abrir una lata y dos correos electrónicos ampliando algunos datos respecto al aumento de síntomas en el trabajo en una finca de la familia y al usar la batidora. Además, le ha empeorado el descanso nocturno debido a la sintomatología (P5). P17 informaba que se olvidó de decir la dificultad que tenía a la hora de peinarse (hacerse trenzas) o maquillarse, derivado de la posición en alto de los brazos durante mucho tiempo. El envío de la entrevista grabada forma parte de la validación por participantes (*member checking*). Ver apartado de rigor metodológico.

### **3.5.c. Condiciones del entrevistador**

Antes de comenzar la entrevista se señaló que el objetivo principal era conocer la experiencia de las participantes, y se les instó a expresarse con libertad. Ante todo, se le explicó que la intención no era juzgarla ni opinar sobre su experiencia. Se volvió a recordar el objetivo del estudio y las condiciones éticas de la tesis

En estudios cualitativos es preciso que el investigador comunique al entrevistado las normas y formato de la entrevista y que puede esperar de la misma (Carpenter & Suto, 2008). Además, el investigador se coloca en una posición neutra para la entrevista sin demostrar jerarquía ninguna para evitar que haya interferencias en la comunicación. Pope & Mays (2020) señalan que un buen entrevistador debe estimular al entrevistado a hablar haciendo preguntas, pero respetando su espacio y escuchando atenta y profundamente. “*La escucha atenta implica pensar en lo que no es dicho, así como lo que se dice*”. Además, el entrevistador tiene que estar atento a la comunicación no verbal (cambios de tono, gestos, postura, expresión facial). Tiene que estar reflexivo a sabiendas que las particularidades suyas y del entrevistado como la clase social, etnia, sexo y edad pueden influir en el resultado de la entrevista (Pope & Mays, 2020).

### **3.5.d. Notas de Campo del investigador**

La recogida de notas de campo durante la entrevista forma parte del proceso de documentación de los diseños cualitativos. Las notas deben recogerse según sucede la conversación respetando el orden cronológico y de manera concreta (Creswell & Poth, 2018; Mack et al., 2005). Además, deben contener los elementos de la comunicación verbal y no verbal destacables, así como información sobre el entorno físico donde se lleva a cabo la entrevista (Mack et al., 2005). Posteriormente, (preferiblemente en las 24 horas siguientes) estas notas deben ser revisadas por la investigadora (Mack et al., 2005).



En la presente tesis se recogieron 18 notas de campo del investigador, una por cada participante y entrevista realizada.

### **3.6. Análisis de los Datos**

Para la presente tesis se utilizó la propuesta de análisis cualitativo de Giorgi (Giorgi, 1997). Este análisis se caracteriza por ser inductivo, es decir, no se predeterminan las áreas a estudio (Moser & Korstjens, 2018).

#### ***3.6.a. Manejo de los datos y transcripción***

El análisis comienza con la organización de los datos (Moser & Korstjens, 2018). En los diseños cualitativos, dentro del proceso de manejo de datos, es necesario transcribir las entrevistas, siendo la persona idónea para realizarla la misma que realizó la entrevista (Creswell & Poth, 2018; Pope & Mays, 2020). Es por ello por lo que la investigadora fue transcribiendo literalmente todas las entrevistas, añadiendo en cada caso las anotaciones recogidas en su cuaderno de campo, almacenando así toda la información disponible incluido el contexto e información no verbal del participante (Mack et al., 2005; Moser & Korstjens, 2018).

Al finalizar cada entrevista se transcribieron íntegramente palabra por palabra para elaborar el texto necesario para proceder al análisis. La transcripción se realizó siguiendo las recomendaciones de Bassi Follari (2015).

Bassi Follari (2015) basándose y adaptando el trabajo de Jefferson, realizó una propuesta de código de transcripción. Dichas normas de transcripción elaboradas por Bassi Follari (2015) consisten en:

- **Reducir** la gama de factores verbales, no verbales, paraverbales y contextuales de la forma escrita, atendiendo a las necesidades de la investigación que transforma el lenguaje hablado en

texto escrito. En este tipo de investigaciones el lenguaje en sí mismo, no es la objetivo, cobrando especial relevancia las pausas, y el lenguaje no verbal.

- **Mantener las convenciones**, es decir, “favorecer la legibilidad de las transcripciones, evitando el uso de símbolos intercalados en las palabras usando los signos de puntuación de modo convencional” (Bassi Follari, 2015) (p.12).
- **Facilitar el acceso**, es decir, cambiar los símbolos por otros más accesibles en un teclado convencional para el idioma castellano. Por ejemplo, Bassi Follari (2015) propone el cambio del símbolo £ por ☺ para indicar cuando se dice algo entre risas.
- **Eliminar** símbolos que nos supongan una gran ventaja para el análisis o se puedan reemplazar por otros más accesibles.

A continuación, en la tabla 11 se muestra la propuesta de adaptación de los códigos de transcripción de Bassi Follari (2015).

**Tabla 11.** *Propuesta de Adaptación de los Códigos de Transcripción de Bassi Follari (2015)*

<b>Símbolo</b>	<b>Uso</b>
[ ]	Solapamiento de hablantes. Se debe indicar el inicio y el final del solapamiento, con el cuidado de que los extractos en los que se produce el solapamiento queden uno arriba del otro. Los corchetes de cierre pueden indicar un cese simultáneo del solapamiento por parte de los/las hablantes o el momento en que uno/a de ellos/as deja de hablar.
=	No hay espacio de tiempo entre los dichos de los/las hablantes o de un/a mismo/a hablante. También, puede utilizarse para señalar interrupciones
(3) (5)	Pausas destacadas, en cantidad de segundos. Son aquellas pausas que puedan tener alguna significación para el análisis.
<b><u>Subrayado</u></b> <b>Subrayado de palabras o sílabas</b>	Énfasis en una palabra o sílaba (no para gritos o modificaciones de la entonación).
::: <b>Serie de dos puntos</b>	Alargamiento de un sonido. Puede producirse al final o al medio de una palabra e incluye vocales y consonantes. La cantidad debe ser, como mínimo, dos pares de dos puntos (:::), para no producir

	confusión con el uso convencional (gramatical) de los dos puntos (:).
↓↑	Cambios en la entonación. Colocar las flechas antes y después del extracto con entonación cambiada, para indicar su inicio y final.
<b>MAYÚSCULAS</b>	Volumen elevado de voz (respecto de lo habitual para un/una hablante dado/a). Habitualmente utilizado para señalar gritos.
◦	Murmullos o volumen menos elevado de lo habitual para un/una hablante dado/a. Se señala el inicio y el final del extracto de volumen reducido. Se aconseja usar uno u otro de forma consistente —no los dos alternativamente— a lo largo de toda una transcripción.
< habla acelerada >	Habla más acelerada o rápida de lo habitual en un/a hablante dado/a.
> habla lenta <	Habla más pausada de lo habitual en un/a hablante dado/a.
-	Corte repentino de una palabra. Usar sólo en el caso de palabras sin terminar por voluntad del hablante (no por la interrupción de otro/a hablante, en cuyo caso se debe utilizar el signo igual o los corchetes).
☺	Habla «entre risas» o, como se dice en nuestro medio, el habla de una persona cuando está «tentada de risa».
☹	Uso para señalar tristeza. El extracto entre sollozos o llanto se abre y se cierra con ☹. Nótese que es habla y no sollozos o llanto solos. En ese caso, se señalaría como lenguaje no verbal: ((llora)), ((solloza)), ((gime))
(incomprensible, 4)	Extractos de habla no audibles o no comprensibles, por las razones que sean, según los siguientes criterios:
Paréntesis con la palabra incomprensible y la duración en segundos del extracto inaudible o incomprensible	<ul style="list-style-type: none"> <li>i) Escribir «incomprensible» dentro del paréntesis</li> <li>ii) Escribir una coma y, luego, el número de segundos de habla ininteligible o inaudible</li> <li>iii) Escribir otra coma y, entre signos de pregunta, lo que uno cree escuchar, a modo de hipótesis</li> </ul>
(( ))	Información no verbal o contextual. Se puede consignar cualquier información relevante, tanto del comportamiento no verbal del/de la hablante como del contexto de interacción (información disponible en los archivos de audio o video, o en las notas de los entrevistadores). Será preferible, por ejemplo, escribir ((solloza)) o ((llora)), a ((se emociona)) o
(x)	x minúscula. Balbuceo, duda, tartamudeo o habla incipiente.
..., cursivas, ‘, —, -, — ll, (), [ ], etc.	Se utilizan según su forma convencional y se intercalan con el resto de los símbolos aquí presentados. En caso de conflicto o aparición de una cantidad «excesiva» de símbolos en un extracto y a fines de facilitar la lectura de las transcripciones, se recomienda priorizar el uso de símbolos gramaticales.
<b>Puntos suspensivos, cursivas,</b>	

**apóstrofe, raya,  
guion, comillas,  
paréntesis,  
corchetes, etc.**

---

*Nota. Modificada de Bassi Follari (2015)*

Se presenta un ejemplo de transcripción realizada, aplicando las recomendaciones de Bassi Follari (2015). Ver **anexo 7**. Ejemplo de transcripción. La transcripción de las entrevistas y el análisis de estas se fue realizando según avanzaba el muestreo. En investigación cualitativa el proceso de recogida de datos y análisis es simultáneo, tras realizar una entrevista, se transcribe y analiza. Este proceso se denomina proceso iterativo (Klem, et al., 2022b; Moser & Korstjens, 2018) (**figura 6**). En palabras Klem, et al (2022b): *“Además del muestreo simultáneo, la recopilación y el análisis de datos, existe un movimiento constante entre los datos sin procesar, los códigos, las categorías y los temas. Esto a menudo se conoce como un enfoque "iterativo" para el análisis. Esto permite a los investigadores asegurarse de que los hallazgos estén basados en las narrativas de los participantes e informa si las ideas emergentes se pueden explorar mejor ajustando el programa de entrevistas y las características de los participantes que reclutan”*. (p.9)

La transcripción se lleva a cabo palabra por palabra con el fin de que sea lo más precisa posible y refleje la experiencia tal y como fue. La transcripción es el documento marco donde el investigador debe acudir para ir familiarizándose con el fenómeno a estudio (McLellan et al., 2003; Moser & Korstjens, 2018). Moser y Korstjens (2018) describen que: *“Para poder dar sentido a los datos cualitativos, debe sumergirse en los datos y 'vivir' los datos. En este proceso de incubación, busca en las transcripciones el significado y los patrones esenciales, y trata de recopilar hallazgos legítimos y perspicaces. Te familiarizas con los datos leyendo y releendo las transcripciones cuidadosa y concienzudamente, en busca de una comprensión más profunda.”* (p.15).

**Figura 6.** Descripción del Proceso Iterativo de Recogida de Datos



*Nota. Elaboración propia.*

### **3.6.b. Propuesta de análisis de datos cualitativos**

Patton (2015) especificó que: *“usar un software no es un requisito para el análisis cualitativo. Uses o no un software, el verdadero trabajo analítico se lleva a cabo en tu cabeza “*. (p.531). En la presente tesis, no se recurrió al uso ningún software de análisis cualitativo para el manejo y análisis de los datos. Para el análisis se utilizó un libro de codificación en Word para organizar y compartir el proceso de codificación.

En esta tesis, para el análisis de los datos cualitativos se utilizó el método del marco temático utilizando el modelo propuesto por Amadeo Giorgi (Giorgi, 1997; Kim et al., 2020). Este modelo distingue cinco etapas del procesamiento de datos: 1) recopilación de datos; 2) lectura, previa transcripción literal de las entrevistas; 3) desglose de las descripciones en unidades separadas para identificar las unidades de significado relevantes para el fenómeno en estudio; 4) organización y listado de datos desde la perspectiva de la disciplina mediante un proceso de codificación y, finalmente, 5) síntesis y resumen de datos comunicarlos a la comunidad científica.

Siguiendo la propuesta de análisis de Giorgi (Giorgi, 1997; Kim et al., 2020), en la presente tesis, en cada fase se realizó:

**Etapa 1:** se llevó a cabo durante la recopilación de datos a través de entrevistas no estructuradas y semiestructuradas (ver apartado recogida de datos).

**Etapa 2:** consistió en la transcripción palabra por palabra completa de cada una de las entrevistas, y se recopilaron las notas de campo del investigador para realizar un análisis cualitativo (ver apartado manejo de los datos y transcripción). Posteriormente se procedió a la lectura, y relecturas de las transcripciones, para contextualizar las narraciones, sacar la esencia de la entrevista desde la perspectiva de las pacientes.

**Etapa 3 y 4:** tras la lectura de la transcripción literal se identificaron los párrafos y fragmentos de texto con información relevante en relación con el fenómeno de estudio (vivir con STC). En esta etapa se aplicó la codificación de los textos. Esta codificación consistió en identificar en cada uno de los fragmentos de texto relevantes, unidades de significado o códigos. Estas unidades de significado mantenían el lenguaje y términos que usaban las participantes y que eran un reflejo de su experiencia (Carpenter & Suto, 2008). Posteriormente, esas unidades de significado se agrupaban en grupos de significado común. De esta manera, se formaron grupos de unidades significativas, es decir, grupos con contenidos similares (Carpenter & Suto, 2008; Norlyk & Harder, 2010). Finalmente, estos grupos de significado común, a su vez podían construir temas o subtemas, que describían la experiencia de vivir con un STC. Para llegar a los subtemas y temas, se realizaron en la presente tesis, reuniones entre investigadores, para analizar los grupos de significado identificados, sus posibles agrupaciones en base a la información que contenían. En caso de discrepancias entre investigadores, se decidían los temas por consenso. Para el análisis no se utilizó software cualitativo para analizar los datos. Para el análisis se utilizó el programa Word y Excel para construir una tabla/matriz donde se registraron las unidades de significado y posteriormente se realizó las agrupaciones. En el **anexo 8** se presenta el resumen del libro de

codificación del análisis donde se muestran las unidades de significado, los grupos de significado comunes, y los temas identificados.




**Etapa 5:** Consistió en la síntesis y presentación de los resultados a la comunidad, sustentada con los fragmentos de las narrativas de los participantes (O'Brien et al., 2014; Trillos-Chacón et al., 2021). Para poder presentar los resultados obtenidos, en la presente tesis se han utilizado diagramas o mapas conceptuales según la propuesta de Kinchin et al (2010). Kinchin et al (2010) describen los mapas conceptuales como herramientas gráficas para organizar y representar el conocimiento. Gracias a los mapas conceptuales se puede obtener información y destacar puntos clave escondidos, en ocasiones, en las entrevistas. Además, pueden apoyar el análisis de datos destacando relaciones y/o patrones dentro de la información, pero no cuantifican o calculan significación estadística (Kinchin et al., 2010). Existen tres tipos de mapas conceptuales en forma de radio de rueda (*Spoke*), en forma de cadena (*Chain*) y en forma de relaciones (*Network*) (ver **Figura 7**). El diagrama tipo *Spoke* es descriptivo y muestra elementos relacionados en torno a un elemento más central. Es flexible y susceptible de cambio en el transcurso del aprendizaje del fenómeno. El diagrama tipo *Chain*, muestra los resultados en cadena, de manera sucesiva, y puede tener tantos niveles como conceptos se encuentren. Son estructuras activas que se suelen usar en conjuntos específicos de acciones en secuencia. Y, por último, el diagrama conocido como *Networking*, se compone de varios niveles y su estructura incluye complejas relaciones, diferentes perspectivas e incluso de ideas contradictorias (Kinchin et al., 2010)..

La elaboración de diagramas y/o mapas conceptuales pueden realizarse, durante o después de la recogida de datos, o en el análisis (Kinchin et al., 2010). Durante el análisis estos diagramas exponen resultados preliminares que ayudan y sugieren la necesidad de nuevos datos. Es por ello,

que se deben realizar formatos flexibles que se puedan adaptar durante la recogida de datos (Miles et al., 2014).

En la presente tesis se utilizó el diagrama tipo *Spoke*, para mostrar los resultados descriptivos obtenidos.

**Figura 7. Tipos de Mapas Conceptuales**

	SPOKE	CHAIN	NETWORK
Structure			
Hierarchy	single level	as many levels as concepts (but often these are unjustified)	several justified levels
Additions	additions to the central concept does not interfere with others	cannot cope with additions near the beginning of the sequence	additions and deletions have varying effects as 'other routes' are often available through the map
Deletions	generally have no effect on the overall structure unless the central (organising) concept is deleted (which leads to complete collapse)	disrupt the sequence below the deletion	
Links	often simple	often compound (making sense only when the map is read as a whole)	often rich and complex showing deep understanding
General	these structures indicate 'learning readiness'  they are flexible and amenable to change in the course of learning	these structures are 'active'  they are common to enterprise or to clinical practice where specific sets of actions must be carried out in sequence	these structures are 'scholarly'  they often include alternative view-points and even contradictory ideas

*Nota. Tomada de Using Concept Mapping to Enhance the Research Interview (Kinchin et al., 2010). © Kinchin 2010.*



### 3.7. Calidad y Rigor

Esta tesis siguió las recomendaciones internacionales SRQR (O'Brien et al., 2014) (**Anexo 1**), y COREQ (Tong et al., 2007) (**Anexo 2**), para asegurar el rigor y la calidad metodológica de la tesis. Además, se siguieron los criterios de Guba y Lincoln (1985) para estudios cualitativos, para mantener la veracidad y el rigor de la información obtenida (Korstjens & Moser, 2018) (ver **tabla 12**).

**Tabla 12.** *Criterios de Calidad*

<b>Criterio</b>	<b>Técnicas realizadas y procedimientos de aplicación</b>
<b>Credibilidad</b> <i>(credibility)</i>	<p>Triangulación de investigadores: cada entrevista fue analizada por dos investigadores. Se realizaron reuniones de equipo en las que se compararon los análisis y se identificaron categorías y temas.</p> <p>Triangulación de los métodos de recolección de datos: se realizaron entrevistas no estructuradas y semiestructuradas, y notas de campo.</p> <p>Verificación del paciente (<i>member checking</i>): Se pidió a las pacientes que confirmasen el contenido de sus entrevistas. A todos los participantes se les ofreció la oportunidad de revisar las entrevistas grabadas. Ninguna paciente hizo comentarios adicionales.</p>
<b>Transferibilidad</b> <i>(transferability)</i>	<p>Descripciones detalladas del estudio realizado, detallando las características de los investigadores, pacientes, estrategias de muestreo y procedimientos de recolección y análisis de datos.</p>

---

**Dependabilidad** (*dependability*) Auditoría de investigador externo: un investigador externo evaluó el protocolo de investigación, centrándose en aspectos relacionados con los métodos aplicados y el diseño del estudio. Un investigador externo verificó específicamente la descripción del árbol de codificación, los temas principales, las narrativas de los pacientes, la identificación y trazabilidad de las narrativas y las descripciones de los temas.

**Confirmabilidad** (*confirmability*) Triangulación de investigadores, verificación de pacientes y triangulación en la recogida de datos.

Se fomentó la reflexividad del investigador a través de informes reflexivos y descripción del estudio.

Además, para asegurar que los resultados procedían de las participantes y de sus entrevistas, todos los fragmentos de texto (narraciones) utilizados en la presente tesis se acompañarán del código del participante de donde se obtuvo, para verificar la trazabilidad de los resultados).

---

*Nota. Elaboración propia*

El criterio de **credibilidad** (*credibility*) o validez interna de un estudio cualitativo (Creswell & Poth, 2018; Korstjens & Moser, 2018), hace referencia a la confianza en la verdad de los resultados de la investigación (Korstjens & Moser, 2018). Korstjens & Moser (2018) señalan como estrategias para garantizar la credibilidad a la participación prolongada, la observación persistente, la triangulación y la verificación de miembros. La **transferibilidad** (*transferability*) o validez

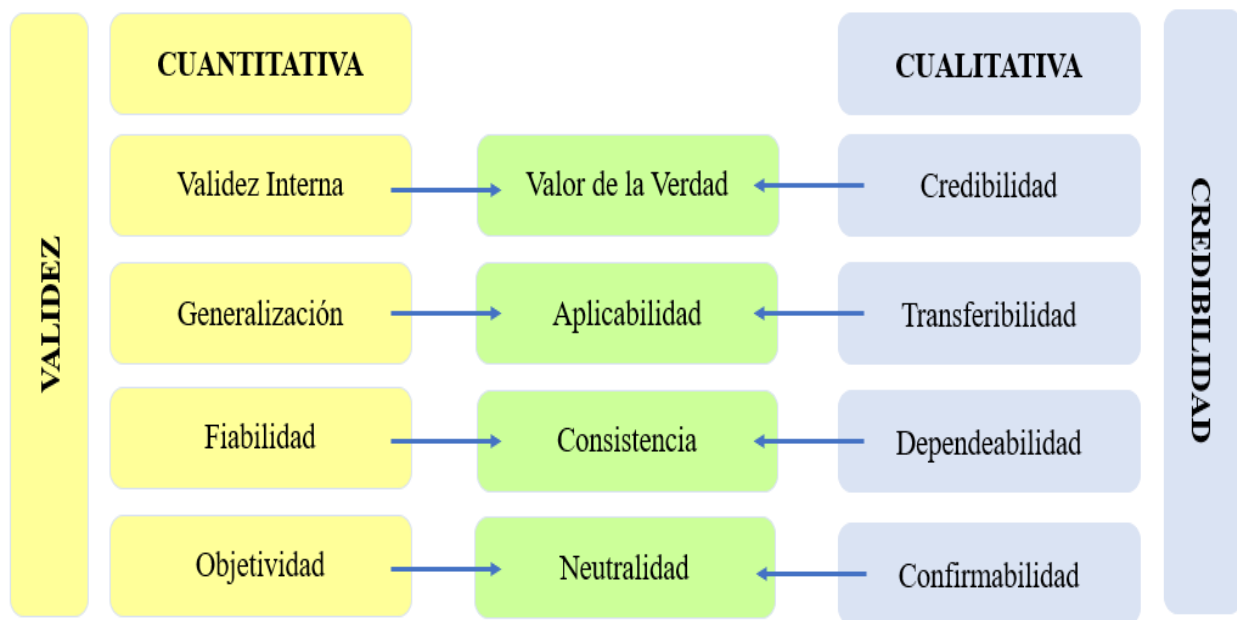
externa, consiste en como los resultados se pueden aplicar a pacientes con características similares en un entorno/contexto similar al de la presente tesis (Klem et al., 2022c; Korstjens & Moser, 2018). Para asegurar la transferibilidad se puede hacer una amplia descripción. Es un tipo de validez externa (Lincoln & Guba, 1985). Para lograrlo se puede, además de describir el comportamiento y las experiencias del participante, describir también su contexto ya que hace que el comportamiento y las experiencias sean significativas para una persona ajena (Korstjens & Moser, 2018). El criterio de **dependeabilidad** (*dependability*) o fiabilidad y/o consistencia del estudio cualitativo, muestra la imparcialidad o la honradez del estudio (Creswell & Poth, 2018; Korstjens & Moser, 2018). Se establece a través de una autoría externa con el fin de verificar si el proceso de análisis de la investigación está en línea con los estándares aceptados para un diseño en particular (Creswell & Poth, 2018; Korstjens & Moser, 2018). Por último, la **confirmabilidad** (*confirmability*) o neutralidad u objetividad del estudio (Peters et al., 2002; Korstjens & Moser, 2018). La confirmabilidad establece que los datos e interpretaciones de estos derivan expresamente de los datos obtenidos sin que se distorsionen de la realidad (Peters et al., 2002). La interpretación debe basarse en los datos, no en los puntos de vista del investigador (Korstjens & Moser, 2018). Para garantizar la confirmabilidad deben aportarse los registros del desarrollo de la investigación en forma de notas tomadas durante el proceso en las reuniones llevadas a cabo por el equipo investigador, el proceso de reflexibilidad del investigador, el muestreo, los materiales utilizados y el proceso de gestión de los datos (Korstjens & Moser, 2018).

Creswell & Poth (2018) manifiestan que los resultados deben establecerse reconociendo cada narración con su participante correspondiente para así darles credibilidad, esto se conoce como la trazabilidad de los resultados. Por ejemplo, en la presente tesis al participante (P) 7 que

realizo una sola entrevista (E) se le identificó como: P7E1 y a continuación se añadió la fecha de la entrevista.

Puesto que el propósito de la investigación cuantitativa y cualitativa es diferente, los criterios de calidad que se deben aplicar a un tipo u otro de investigación también deben cambiar (Peters et al., 2002). Mientras una de las propuestas para la evaluación de la investigación cualitativa se lleva a cabo a través de la credibilidad, transferibilidad, dependeabilidad y confirmabilidad, la investigación cuantitativa presenta otros criterios de evaluación, siguiendo los criterios de fiabilidad, validez, objetividad y generalización. (Peters et al., 2002) (ver **figura 8**).

**Figura 8.** *Criterios de Calidad en Investigación Cualitativa vs Cuantitativa*



*Nota. Modificada de Peters et al., 2002.*

### 3.8. Consideraciones Éticas

Este estudio siguió los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Además, se ajustó a la legislación vigente, incluyendo la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y el Real Decreto 223/2004. Se obtuvo el permiso del Comité de Ética e Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos (nº de registro interno: 0806202014020) (**anexo 9**). Además, a todas las participantes se les entregó una hoja de información del estudio y firmaron el consentimiento informado antes de realizar las entrevistas (**anexo 10**).

- Además, en la presente tesis se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas (Kang & Hwang, 2021; Morse, 2007; Pope & Mays, 2020): No se ha usado ningún tipo de dato personal o de identificación fuera del propósito de los objetivos de este estudio. Se manejaron los datos personales siguiendo las indicaciones de Reglamento europeo general de Protección de Datos, Reglamento (UE) 2016/679 (art. 13.3). No se cedieron los resultados a terceros. A cada participante se le dio un código numérico de identificación previo a la entrevista para no tener que usar ningún dato identificativo del participante. El mismo código se usó para las narraciones y documentos aportados por las participantes.
- Durante todo el estudio se mantuvo la confidencialidad y anonimato de todas las participantes (Kuper et al., 2008). En ningún caso se publicaron datos en los que se pudiese identificar algún dato personal de las participantes.
- La participación fue voluntaria y en cualquier momento se podía abandonar la investigación.
- A ninguna de las personas del estudio se las sometió a procedimientos o técnicas que pudieran provocar cualquier tipo de lesión o daño.
- El proceso de contacto consistió en que la investigadora de la presente tesis se presentaba a los participantes del estudio en la primera sesión del estudio de "Efectividad de la Aplicación de

Neuro modulación Percutánea Eco guiada en Pacientes con Síndrome del Túnel del Carpo”. Les explicaba el objetivo del estudio, la metodología y las consideraciones éticas, y se cerraba una cita para la entrevista el segundo día que acudían a la sesión del estudio, con el fin de minimizar los desplazamientos de las pacientes a la universidad.

- Siguiendo las indicaciones de Kuper et al (2008) en el caso de reacción emocional negativa por parte de la participante (lagrimas, tristeza...) se procedía a parar la entrevista, y se ofrecía la posibilidad de no seguir para evitar cualquier daño emocional. En esta tesis no se dio esta circunstancia.
- Siguiendo las sugerencias de Pope & Mays (2020) se pidió a las participantes, antes de comenzar la entrevista, la posibilidad de grabarla para transcribirlas y obtener la información detallada. En esta tesis no hubo ninguna negativa al respecto.
- A todas las participantes se les envió, al finalizar la entrevista, el audio de esta.
- La investigadora no tenía ninguna relación e implicación con las participantes reclutadas.
- Las participantes firmaron el consentimiento informado (**anexo 10**) donde permitía a la investigadora realizar la entrevista y analizar su contenido.
- La investigadora se comprometió a mantener la confidencialidad de todo el proceso y resolver cualquier tipo de duda que surgiera en las participantes.
- Se informó que la tesis se realizó sin ánimo de lucro y no estaba financiada o apoyada por empresas privadas u organismos que pudieran provocar conflicto de interés.

## **4. Resultados**





## 4. RESULTADOS

El estudio empezó el 28 de noviembre de 2019 y finalizó el 2 de febrero de 2021 (15 meses). El apartado de resultados se dividirá en diferentes apartados: a) datos sociodemográficos y clínicos de las pacientes; b) codificación, temas y subtemas; c) desarrollo de los temas.

### 4.1. Datos Sociodemográficos y Clínicos de las pacientes

Dieciocho pacientes mujeres con STC fueron reclutadas, con una edad media de 40,06 años (DE 9,86) y edades comprendidas entre 22 años y 56 años. Las participantes presentaron una evolución en el tiempo de los síntomas de 23,33 meses (DE 11,62), todas presentaron síntomas nocturnos, 44,44% (n=8) presentaron síntomas al conducir, y una mediana de intensidad del dolor al realizar la entrevista, medida de 0 a 10, de 4,83 (DE 1,54). Ver **tabla 13**. Datos sociodemográficos y clínicos.



**Tabla 13.** *Datos Sociodemográficos y Clínicos*

	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tiempo diagnóstico (meses)</b>	<b>Duración síntomas (meses)</b>	<b>Lado afectado</b>	<b>Intensidad dolor en entrevista</b>	<b>Tipo de trabajo</b>	<b>Tratamientos antes del reclutamiento</b>
<b>P1</b>	47	Mujer	48	48	Derecha	7	Dependiente ropa	Férula, muñequera, kinesiotaping, y fisioterapia
<b>P2</b>	36	Mujer	12	18	Bilateral	5	Cocinera	Muñequera rígida y estiramientos
<b>P3</b>	43	Mujer	6	7	Izquierda	6	Ama de casa y empujada del hogar	-
<b>P4</b>	24	Mujer	12	24	Bilateral	5	Encargada de tienda	-
<b>P5</b>	35	Mujer	24	24	Derecha	5	Trabajos esporádicos	Férula e infiltración
<b>P6</b>	40	Mujer	7	36	Derecha	6	Empleada de hogar	-
<b>P7</b>	32	Mujer	12	24	Derecha	5	Camarera	Férula y ejercicio
<b>P8</b>	50	Mujer	18	24	Bilateral	3	Matrona	Férula
<b>P9</b>	22	Mujer	5	12	Bilateral	5	Dependiente ropa	Férula y ejercicio
<b>P10</b>	54	Mujer	6	6	Bilateral	8	Servicios en cocinas	Férula, baños de parafina y ejercicio
<b>P11</b>	45	Mujer	18	24	Bilateral	3	Dependiente ropa	-
<b>P12</b>	43	Mujer	5	5	Bilateral	6	Empleada de hogar	Férula, paracetamol e infiltración
<b>P13</b>	32	Mujer	18	18	Derecha	3	Óptico	Férula, fisioterapia y ejercicio
<b>P14</b>	29	Mujer	12	36	Izquierda	5	Dependiente de ropa	Vendajes
<b>P15</b>	47	Mujer	24	30	Bilateral	6	Personal administrativo en universidad	Férula, fisioterapia, antiinflamatorio y ejercicio
<b>P16</b>	56	Mujer	24	30	Bilateral	3	Informática	Férula
<b>P17</b>	49	Mujer	3	18	Bilateral	3	Masajista	Férula y antiinflamatorios
<b>P18</b>	37	Mujer	18	36	Bilateral	3	Peluquera	Férula, fisioterapia y medicación

*Nota.* Elaboración propia



## 4.2. Codificación, Temas y Subtemas

Después de analizar el material obtenido en las entrevistas y la documentación aportada por los pacientes. Se identificaron 1682 Unidades de Significado (US)/Códigos tras el análisis de todo el material obtenido de las entrevistas y documentos escritos aportados. Estos códigos se agruparon en 28 categorías. A su vez estas categorías se reagruparon hasta obtener 13 subtemas, que se agruparon en 6 temas definitivos, que describen la experiencia de vivir con STC. **Ver tabla 14** de temas y subtemas identificados.

**Tabla 14.** *Temas y Subtemas Identificados*

<b>Temas y subtemas identificados</b>	
<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>
<b>Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC</b>	Viviendo con STC Disparadores de la clínica Disparadores laborales de la clínica
<b>Tema 2. Aparición de dificultades y repercusiones funcionales</b>	Afrontando las limitaciones Superando sus limitaciones diarias
<b>Tema 3. El impacto de la enfermedad en el trabajo</b>	Relaciones laborales Enfrentando las limitaciones laborales Economía y STC
<b>Tema 4. La búsqueda de atención médica</b>	Buscando ayuda y esperando el diagnóstico Relacionándose con los médicos
<b>Tema 5. Manejo terapéutico</b>	Manejo del dolor Probando opciones terapéuticas no quirúrgicas Expectativas de tratamiento
<b>Tema 6. La cirugía no es una opción</b>	

*Nota.* Elaboración propia

Los resultados se describen y se acompañan de fragmentos de las narraciones originales obtenidos de las transcripciones de cada entrevista. Esto se realizó para facilitar la trazabilidad e

identificación de los resultados obtenidos, ya que las narrativas enriquecen y justifican los resultados cualitativos (O'Brien et al., 2014).

### **Tema 1: Viviendo las manifestaciones clínicas del STC**

El presente tema va a describir la experiencia de las participantes con el STC, qué información tenían antes de sufrir la enfermedad. Se va a mostrar que síntomas padecen las participantes, que situaciones o gestos los activan, donde se localizan y cuál es su evolución. Figura 9.

**Figura 9.** Mapa Conceptual del Tema 1.



*Nota. Elaboración propia*

## **Subtema: Viviendo con STC**

Este subtema, describe los síntomas que las mujeres sufren, y como definen al STC. La clínica principal referida por ellas fue el dolor, la pérdida de fuerza, el hormigueo y adormecimiento de dedos y manos, agarrotamiento y bloqueo de la mano al cerrar los dedos y con dificultad para abrir la mano.

*“... hago las cosas normales, pero sí que es verdad que hay cosas como sujetar que se me duermen las manos me impiden un poquillo hacer ciertas cosas” (P4)*

*“...Pues sí tengo mis días y mis momentos de dolor, hay veces que se me sube un dolor hacia el hombro y muchas veces que, si tengo el brazo, por ejemplo, levantado [...] y cuando llevo un rato así con el brazo así levantado se me pone bastante dolor aquí arriba en el hombro y lo tengo que bajar” (P5)*

*“...me va subiendo por el brazo, y ahí es cuando ya noto una tirantez demasiado molesta, a veces es solamente la muñeca, pero es que siento que se me duerme” (P9)*

Esta sintomatología aparecía en todos los contextos de las participantes, familiar, social (ocio) y laboral, y le acompañaba 24 horas al día, con mayor o menor intensidad. Esto provocaba que apareciesen dificultades en cualquier momento y lugar en su vida diaria.

Algunos de los adjetivos utilizados para describir al STC fueron: frustrante, agobio, horrible, incómodo, con rabia y con desesperación.

*“... Pues, es últimamente un poco frustrante, porque yo soy una persona muy activa y me estoy dando cuenta que hay muchas cosas que no puedo hacer; y que sí las hago pues las tengo que hacer con el dolor” (P1)*

*“... es horrible porque ya estás acostumbrada hacer tus cosas y al no poder hacerlas, imagínate. Y siento que va más porque cuando empecé fue como muy despacio, pero es que ahora*

*me va avanzando [...] No sé, no sé si lo asimilas o te acostumbras, pero es que es incómodo, incómodo, es que es fatal...*” (P6)

Las mujeres narraron como a pesar del dolor, la pérdida de fuerza, y otros síntomas tiene que seguir con su vida, no tienen otra opción, hay muchas personas que precisan de sus cuidados o atención, como sus hijos/as o cuidar de personas dependientes o discapacidad (e.g. padres/madres enfermos):

*“... Yo sigo haciendo las cosas porque las semanas que yo trabajo por la tarde, yo por la mañana estoy en casa, mis hijos en el instituto y mi marido trabajando, pues ni la comida se va a hacer sola, ni se va a fregar el suelo solo, ni se va a limpiar el baño solo, ni se van a hacer las camas solas... eso no se va a hacer solo, entonces...”* (P1)

*“...Mi hija tiene tres años y la tengo que bañar y me supone dolor de brazo y que no use bien la mano. Pero tengo que hacerlo, depende de mí.”* (P14)

Las participantes señalaron que la localización de los síntomas se produjo en ocasiones desde el hombro y el brazo, siendo la mano donde se focalizan la mayoría de la sintomatología. Dentro de la mano, señalan el dedo gordo, índice y corazón como los más afectados. De todas las participantes cinco de ellas refirieron la localización de la sintomatología solo en la mano derecha (27,77%), dos solo en la mano izquierda (11,11%), y el resto refirió sintomatología bilateral (61,11%). Ellas narran como con el tiempo al final las dos manos se ven afectadas. Por un lado, la mano afectada no la utilizan por el dolor y pérdida de fuerza y, por otro lado, la mano no afectada, por el sobreuso, termina presentando lesiones y/o sobrecarga, con dolor, fatiga y tensión muscular.



*“... Lo típico que aprietas mucho la mano, hay veces que lo tengo que dejar y empezar con la mano izquierda, aunque no me apañe e intento hacer ciertas cosas con la mano izquierda para no forzar la mano derecha.” (P5)*

*“... Al llevar todo el peso aquí (mano derecha) lo notaba bastante el dolor, pero sí que me afectaba, lo tenía que intentar practicar con la mano izquierda que me costaba mucho con las dos manos...” (P7)*

Las participantes narraron que el padecer STC les suponía una alteración emocional o le afecta psicológicamente debido al impacto de la patología en sus vidas. Algunas mujeres explicaron como esta situación supone una alteración importante a nivel anímico.

*“...me está cambiando. Me estoy haciendo una vieja gruñona, es insoportable” (P1)*

*“... cuando lo estás viviendo es que es fatal, como que te afecta el psicológicamente, te afecta” (P6)*

*“... entonces creo que un poco irritable no mucho, pero sí que con ciertas cosas que son pequeñas si noto que me irrito más...” (P7)*

*“... Que me veo incapacitada, en una palabra. Y eso me hace pues que, a lo mejor, yo qué sé, estar de malhumor. [...]la mano derecha es que se me engarrota y es que no puedo, me quedo ahí como nerviosísima” (P10)*

### **Subtema: Disparadores de la clínica**

Los disparadores de los síntomas se relacionaron con movimientos y posturas de la mano, la muñeca y/o el antebrazo y brazo mantenidas o no en el tiempo, realizadas o no repetidamente, como: apoyar la mano (hacer ejercicio físico y/o yoga, apagar el despertador), al agarrar y sostener objetos (coger una jarra de agua, una vaso, el manillar de una bici o moto, batidora), al girar la

muñeca (lavar o colocar platos, abrir con la llave, conducir), al realizar movimientos finos o de precisión con los dedos (dibujar, escribir, lavarse los dientes), realizar movimientos repetidos prolongados con los dedos (manejar ratón, teclear ordenador, cortar con tijeras), al coger peso (levantar objetos y transportarlos, coger la bolsa compra, coger y levantar a sus hijos/as), al mantener posturas de la mano y/o brazo durante largo tiempo o haciendo movimientos repetitivos prolongados (empaquetar, doblar ropa, reposición de objetos y productos), o al utilizar ambas manos para sostener, mover, girar objetos o realizar tareas (lavar y peinar se el pelo, utilizar secador de pelo, maquillarse, coger olla llena de agua, coger y sostener hijos/as y animales de compañía).

*“... En verano las prendas son más ligeras, pero el hecho de doblar yo noto que... en determinados momentos me es incómodo. Ahora con los abrigos, el otro día le tuve que decir a mi compañera, que habían venido muchos abrigos, voy a colocar medias, coloca tú los abrigos porque yo no puedo con todas esas perchas.” (P1)*

*“... Sobre todo es el agarrar cosas como me lavo los dientes y agarrando el cepillo de dientes se me duerme la mano. Estoy en un sitio de voluntaria de animales al estar haciendo fuerza con la mano se me duerme la mano. Al dormir siempre se me duerme la mano. En realidad, cuando sujeto cosas es cuando se me duermen las manos.” (P4)*

*“... Cuando ya llevo un tiempo haciendo cosas cotidianas, me empieza a doler toda la mano, cualquier cosa que sea coger. Por ejemplo, una botella de 5 litros de agua la llevo nada, un segundo y ya me empieza a doler, o sea, coger bolsas lo mismo. Es sobre todo relacionado con el peso o en según cómo estoy con la postura ...” (P9)*

Algunas mujeres refirieron que los síntomas se acentuaban por la tarde-noche dificultando el sueño, con el cambio de temperatura brusco (sobre todo con el frío) y cuando no realizaban

descansos y trabajaban de manera continuada. Hubo casos que narraron como el embarazo intensificó todos los síntomas (P8).

*“... Pues cuando estaba embarazada al conducir con los brazos así [pone como gesto del volante] los notaba adormecidos o cuando ya tenía los niños y me ponía través de la cuna, o cuando le bañaba en la bañera se me quedaban dormidos los brazos.” (P8)*

Por otro lado, paradójicamente, algunas mujeres, narraron como al practicar yoga, y/o pilates para fortalecer la mano, disparó los síntomas de manera intensa.

*“...Me gusta hacer ejercicio entonces lo siento más a la hora de hacer ejercicio, de hacer alguna postura... me incomoda bastante [...] algunos de yoga qué hago, o isométricos.” (P7)*

### **Subtema: Disparadores laborales de la clínica**

Las pacientes refirieron como realizar determinadas actividades y gestos durante su trabajo les disparó la clínica. Entre las situaciones destacaron: coger mucho peso rápidamente, sobrecargar sus manos con objetos, acumular objetos y pesos durante tiempo prolongado en su trabajo, acumular muchos días seguidos de trabajo sin descanso, no programar descanso de las manos durante la jornada laboral.

*“... tengo más molestias en función de lo que haya estado haciendo en el trabajo o si he tenido que estar cogiendo más perchas con abrigos o menos, o si he tenido que estar doblando un tipo de ropa” (P1)*

*“... Mi vida ya no es normal porque trato lo posible de no hacer esfuerzos, de no cargar cosas pesadas, cosas que me generen dolor. Porque es volver a casa del trabajo y sé que no voy a poder hacer nada con las manos.” (P17)*

Especial consideración fue la exposición al frío de las neveras o agua del grifo que incrementó el dolor y/o entumecimiento.

*“... Se me queda la mano agarrotada [...] y con el frío sí que lo noto un poco más...(P2)*

*“... Y me afecta bastante como el frío, y me afecta como para más el dolor [...] Sí. Sí, totalmente los cambios de temperatura han hecho que aumente el dolor” (P12)*

Por otro lado, entre los gestos que provocaron la clínica se encontraban los movimientos finos en actividades que precisaban de una mayor precisión. Estos movimientos les provocaron adormecimiento de los dedos. Otros movimientos que desencadenaron la clínica en el trabajo fueron, movimientos de agarre, de cortar con tijeras o con cuchillos, limpiar, fregar o levantar el brazo y/o que precise flexión forzada de la muñeca (doblar ropa):

*“... estoy cortando algo y se me queda la mano en esa posición, agarrotada, es muy frustrante y limitante.” (P2)*

*“...Me gusta mucho hacer manualidades...a lo mejor cortando con las tijeras se me dormían las manos y no le daba importancia estaba muchas horas cortando con las tijeras y pensaba que era por esto, pero claro ahora ya es siempre por las noches. Antes era esporádicamente y no le dabas importancia, pero ahora, ya sí que es toda la noche” (P3)*

*“...Ya ahora escribir con el lápiz imposible. Ya es imposible, me empezó el dolor en la palma de la mano y más que todo aquí entre estos dos dedos entre el índice y el corazón. Solo escribía garabatos.” (P17)*

Para terminar este tema, la figura 10, muestra un mapa conceptual de los disparadores de la clínica independientemente del contexto laboral.

**Figura 10.** Mapa Conceptual Subtema: disparadores de la clínica

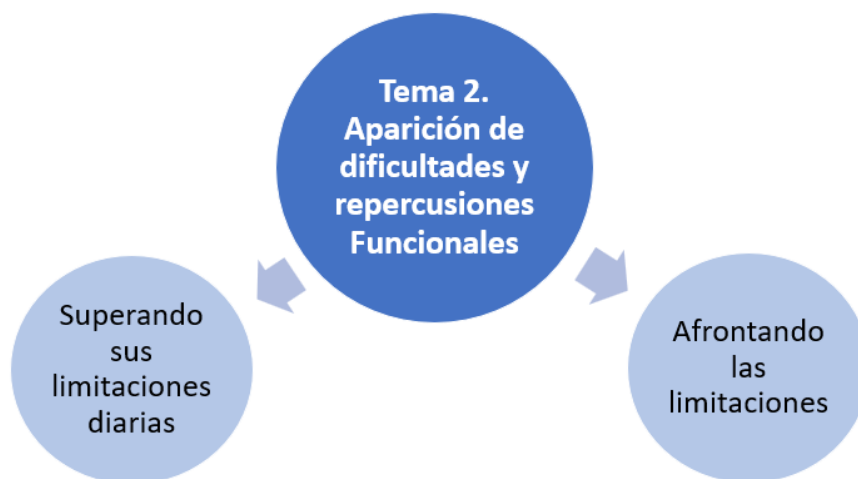


*Nota. Elaboración propia.*

## Tema 2: Aparición de dificultades y repercusiones funcionales

El presente tema va a describir los efectos que produce la clínica en las participantes durante el manejo de sus manos y cómo se enfrentan a las dificultades que el STC les provoca. Por otro lado, se va a explicar cuán de importante es para las participantes recurrir o no al apoyo o asistencia por parte de las personas de su entorno en la realización de sus actividades. **Ver figura 11.**

**Figura 11.** Mapa Conceptual del Tema 2.



*Nota. Elaboración propia*

### Subtema: Afrontando las limitaciones

Se describieron las limitaciones que sufren las mujeres con STC en su vida diaria. Estas limitaciones aparecían durante el cuidado del hogar, al manejo de utensilios y herramientas, al comunicarse, al conducir, hasta afectar a su trabajo.

*“... A mí lo que más me afecta es la incapacidad. Si, si, si a mí me preocupa mucho más, cualquier cosa que sea incapacitante que dolorosa. O sea, si a mí me doliera la mano, cuando*

*voy a abrir el frasco, pero le pudiera abrir no sería tan frustrante como que fuera a abrir el frasco y no le pueda abrir, aunque no me duela.” (P1)*

Algunas mujeres refirieron como a corto plazo, el STC no suponía un problema o no percibían una influencia determinante en su vida. Pero, la mayoría de las participantes narraron que presentaban dificultades diarias derivadas de los síntomas del STC. Uno de los cambios más relevantes, fue la pérdida de autonomía e independencia y precisar de ayuda.

Dentro de las limitaciones presentaban dificultad en la apertura de objetos (botes, botellas, frascos, latas, etc.):

*“... Hay muchas cosas simples que no puedo hacer, como abrir un bote de cualquier cosa. Parece simple, pero si tengo que abrirlo necesito estar con alguien porque si no, no puedo.” (P1)*

*“... Pues abrir una lata, o cortar a lo mejor una paletilla de jamón, o cortar es simplemente al hacer el este, pues se me queda la mano como entumecida y no la puedo mover.” (P2)*

Además, tener que hacer alguna tarea rápidamente, agravaba la dificultad para abrir o manejar utensilios. En muchas ocasiones los objetos se les caían de las manos, y no eran capaces de coger y/o levantar peso como bolsas de compra, sillas, mover muebles, etc.:

*“... me va avanzando porque hay veces cuando se me queda sin fuerzas y se me caen las cosas porque es que no puedo, por eso, coger una taza de café no puedo cogerla con una mano, tiene que ser con las dos, porque se me resbala.” (P6)*

*“Bajar las bolsas de basura, significa preparar la bolsa, cerrarla, y dejarla preparado para que mi hija u otra persona a bajen. No tengo fuerza para hacerlo yo.” (P12)*

*“...no puedo ni levantar un cacharro. Estaba cocinando y levantar una cacerola para moverla en la mesa no podía, era incapaz.” (P14)*

Aquellas tareas que no podían hacer, o le provocaba síntomas, eran abandonadas y dejaban de hacerlas. Por ejemplo, el dolor que acompañaba al gesto de abrir una lata es suficiente para que desistiesen de realizar esa acción. Sienten que esas tareas les perjudicaban y podían empeorarles el STC:

*“... Me gusta en los domingos tomarme el zumo para la comida y claro el estar ahí exprimiendo la naranja hay veces que lo tengo que dejar.” (P5)*

*“... Se que si lo hago luego lo voy a pagar, porque luego me dolerá más. Por eso hay cosas que dejo de hacerlas para que no me empeoren la enfermedad.” (P11)*

Se llega al extremo de abandonar tareas cotidianas como estrujar una bayeta, exprimir una naranja, planchar, llenar una jarra de agua, usar el secador de pelo, bañar a sus hijas, y usar cazuela con agua. Esto les provocaba mucha rabia y frustración, y les hace sentirse “inútiles” en su propia casa:

*“... Es frustrante, porque soy una persona muy activa y hay muchas cosas que no puedo hacer sola; y sí las hago tengo que pedir ayuda o hacerlas con dolor.” (P1)*

*“... es una sensación de... como que te invalida a veces. Eso me da un poquito de rabia, pero bueno es lo que hay.” (P9)*

*“...hay cosas que no puedo hacer entonces las hacen ellos [su familia], y las hacen mal y entonces me quejo. En cierto modo he estado como desquitando esa rabia, y ese agobió con ellos.” (P17)*

A pesar de describir que no vivían “una gran discapacidad”, las limitaciones a las que se enfrentaban eran múltiples, frecuentes y cotidianas. Son tantas las dificultades a las que se enfrentaban (y que necesitaban ayuda), que para algunas tareas siempre debía de estar presente algún miembro de la familia con ellas:



*“... yo no dejo de hacer mis cosas, pero si alguna vez estoy jodida con la mano y sí que se lo comento y yo que esté en lugar de hacerlo yo todo me ayudan un poco.” (P4)*

*“... No es algo que me afecte profundamente, o precise ayuda total, pero con el tiempo hay cosas que dejo de hacerlas y pido ayuda. Para cocinar ya es normal que haya alguien conmigo siempre, sino no cocino.” (P5)*

*“... Ellas se dan cuenta de que ahora tengo que pedir ayuda a mis compañeras de trabajo.” (P11)*

Dentro de las situaciones que las mujeres narraron como limitantes por la enfermedad, se encontraban, conducir, bañar a sus hijos/as o nietos/as, y usar las manos para poder expresarse:

*“Soy muy expresiva con las manos y hasta eso, que es tan sencillo me cuesta.” (P1)*

*“Luego mi hija tiene tres años [...]A veces yo las quiero bañar y yo estoy con dolor de brazo y no la puedo bañar, por qué no, o sea, porque la mano no la puedo usar bien.” (P14)*

*“...al conducir, por ejemplo, el volante al conducir, tienes que estar como más centrado y no apoyar nada porque se te duermen las manos.” (P11)*

### **Subtema: Superando sus limitaciones diarias**

Este subtema describe como las mujeres desarrollan estrategias y formas de superar las limitaciones diarias y/o compensarlas.

Para la apertura de tarros, frascos, botellas utilizaban cubiertos como cucharas y cuchillos. El mecanismo más frecuente era su uso como palanca para eliminar el vacío y facilitar su apertura, o cortar el tapón de la botella (en caso de botellas de plástico o de brick):

*“... Tengo que utilizar un cuchillo para dar golpes e intentar que esa primera fuerza que tienes que hacer para abrir un tarro se me facilite e incluso con el golpe del cuchillo salte el vacío y se abra solo, porque si no... es que no lo puedo hacer. (P1)”*

*“... Yo busco alternativas... cojo el cuchillo por abajo, que haga el efecto este del vacío y nada y lo abro. ¿Qué no puedo? me desespero y cojo otra cosa. O sea, como tampoco me pongo abrir muchos botes, de las veces que lo he hecho he dicho paso y cojo otra cosa” (P9)*

*“Yo busco alternativas, para abrir un bote de mayonesa, cojo el cuchillo y lo pongo debajo de la tapa para quitar el vacío, plof, y así lo abro.” (P11)*

Una de las estrategias utilizadas fue pedir ayuda. Las participantes no pedían ayuda en casa inmediatamente. Antes de pedir ayuda, intentaban realizar la tarea, se tomaban más tiempo y se esforzaban. Cuando desistían, solicitaban ayuda. Las razones para pedir ayuda más frecuente era levantar y transportar peso, abrir botes, latas o botellas. Otras veces, directamente no intentaban realizar la tarea y esperaban a que algún miembro de la familia lo hiciera por ella.

*“... a mí me asusta muchísimo tener que depender de los demás. Evito pedir ayuda. Dentro más resuelta o menos resuelta que pueda llegar a ser, a mí la gente me ha necesitado, más que yo a los demás. Entonces yo no quiero tener que necesitar a nadie. A mí eso me asusta mucho” (P1)*

*“... No, porque me gusta ser muy independiente, entonces no me gusta que estén pendiente de mí, y más a esta edad que tengo 22 años. O sea, me gusta siempre he sido muy independiente, entonces no me gusta decir oye mira perdona me haces esto” (P9)*

*“... De la compra prefiero dar tres paseos y cargármelo. O en el carro de la compra. O si no espero al día siguiente, que se puede ir con mi marido mi hijo pues ya está. Esta es la estrategia que normalmente estoy haciendo.” (P10)*

Aunque en el caso de dos de las participantes (P11 y P13), contrariamente al resto, no les supuso un problema solicitar ayuda directamente a las personas de su entorno.

*“... No me supone problema pedir ayuda, pero me es frustrante no poder hacer las cosas ... sé que si lo hago lo voy a pagar porque luego me va a doler más” (P11)*

Una estrategia utilizada en algunas participantes (P6) fue no compartir su experiencia con la familia, por miedo a no ser entendidas o ser juzgadas.

*“... A mi marido no le dije nada de que tenía esto de lo del brazo, porque digo yo ¿me va a juzgar? Digo me va a decir un montón de cosas, entonces digo yo, para no escuchar mejor no digo nada.” (P6)*

*“... Yo no, yo pido ayuda. Al principio en mi casa no me creían, me dice mi marido es que eres vaga ... haz deporte” (P14)*

Para coger y transportar peso, la primera medida es evitarlo. Cuando no se podía evitar, se intentaban utilizar medios alternativos como carritos con ruedas, pedir ayuda, cargar menos peso, y/o coger objetos más ligeros. En los momentos puntuales de pérdida de fuerza brusca, utilizaban la mano no afectada para sostener y ayudar a la mano afectada a soportar el peso. Esto llega a realizarse incluso para levantar una taza de café:

*“... Cuando me quedo sin fuerzas se me caen las cosas. Para coger el café o beber algo uso siempre las dos manos, porque se me cae.” (P6)*

*“... Cuando no puedo llevar peso, pido ayuda o cargo menos peso o me ayudo con la izquierda.” (P13)*

*“... Lo voy pasando, pero la destreza que tienes en la mano izquierda no es lo mismo, también te está limitando un poco el trabajo que puedes realizar con esa mano. He ido adiestrando también la mano izquierda a la hora de trabajar con ella.” (P15)*

Una de las estrategias más narradas fue “hacer todo” y “compensar” con la mano no afectada, o utilizar las dos manos o los antebrazos. El objetivo era evitar que la mano afectada se sobrecargase y empeorase e ir incorporando progresivamente el uso de la mano no afectada. Un ejemplo era soportar el peso de la compra en el antebrazo, no con la mano:

*“... Para llevar la compra prefiero dar tres paseos y cargármelo aquí [señala antebrazo]. A veces me duele tanto que casi no lo siento, de tantas veces que lo uso [señala antebrazo].” (P10)*

*“... Si claro, de eso se trata... Si yo estoy sola y yo no puedo busco la manera de hacerlo. O, aunque a mí me duela, ¿sabes qué hago? Qué si yo sé que cogiéndolo así me duele, uso esto (señala el antebrazo) y lo llevo de aquí. De momento uso eso, el brazo, como dices tú... No he llegado al límite de decir yo no puedo ni con eso, no puedo moverla...” (P14)*

**Figura 12.** Mapa Conceptual Estrategias Diarias



*Nota. Elaboración propia*

Al conducir, las mujeres narraron como conducían más despacio, realizaban las maniobras (aparcar) de forma más lenta porque no podían manejar (girar) el volante, y evitaban movimientos bruscos. Incluso al tirar del freno de mano utilizaban ambas manos. En caso de que las estrategias no funcionasen y temían por su seguridad, dejaban de conducir:

*“...hace poco también me paso que venía conduciendo muchas horas nada... normalmente los viajes largos hacemos mitad y mitad. Mitad mi marido y mitad yo. Veníamos de Burgos [...]no llegaba a una hora y antes de la mitad del camino se me empezaron a dormir las manos. Empezó mi marido <ahora mismo te bajas del coche, te cambias y conduzco yo>” (P1)*

*“... Nota dificultad al meter marchas, y tirar del freno de mano. Siento que no tengo fuerzas. Incluso al conducir lo hago con las dos manos para compensar la falta de fuerza o el dolor en una de las manos, porque con una sola no puedo. Por eso muchas veces cuando voy con el coche le digo a mi novio que conduzca. “(P9)*

### Tema 3: El impacto de la enfermedad en el trabajo

En relación con el ámbito laboral, el presente tema va a describir la información sobre el STC que aportan las participantes en su trabajo, y cómo es la relación con compañeros y jefes respecto a ellas. Se va a mostrar como hacen frente a las limitaciones laborales producidas por el STC. Además, se van a explicar los efectos que produce el STC en la economía de las participantes. Ver figura 13.

**Figura 13.** Mapa Conceptual del Tema 3



*Nota. Elaboración propia*

#### **Subtema: Relaciones laborales**

En el medio laboral las pacientes tuvieron que adaptarse y modificar su forma de trabajar y su relación con compañeros y superiores/as. En un primer momento, optaron por no informar de su estado por miedo al rechazo, al cambio de puesto o perder su trabajo.

La clínica que sufrían las participantes les ocasionó limitaciones en sus puestos de trabajo. Al principio las participantes evitaron pedir ayuda a sus compañeros/as en la realización de sus actividades laborales. Pero posteriormente se vieron obligadas a pedir ayuda y/o negociar las condiciones y/o adaptación de su trabajo con compañeras y superiores/es. La ayuda más habitual ofrecida por sus compañeras era cancelar la realización de sus tareas que implicaban cargar peso o agarrar con fuerza objetos grandes.

*“... Pues me tienen que dejar cortado el pan, porque el pan se corta al momento, y no tenemos máquina ni nada que es un hotel y al final tienes que cortar muchas barras de pan a mano... (P2)*

*“... Y mis compañeros me decían no te preocupes que te ayudo y claro eso tampoco es, no es cuestión de que me ayudes siempre. [...] Pero claro, ofrecerse mi compañera que somos dos, como estamos tan mal de personal doble trabajo en todos los sentidos entonces ya vi que no era solución” (P10)*

*“...No, no, no porque cosas puntuales pues pido ayuda, si es para cargar peso o algo así o, por ejemplo, cuando etiquetamos que tengo que hacer así, pues eso lo hace mi compañero y yo hago otra cosa, así que solo eso.” (P13)*

Esta ayuda, con el tiempo podía provocar conflictos con los compañeros y/o los jefes:

*“... Mi jefe fue comprensivo y lo entendió y me mandó a otro departamento, pero me quedaba sola y el trabajo que teníamos que hacer entre tres pues al final lo acababa haciendo yo sola que es otra forma de forzar.” (P1)*

*“Hay compañeros que sí que te ayudan y hay compañeros que lo ven como un trabajo extra que no les corresponde.” (P1)*

*“... claro es que tengo perder mucho tiempo cortándote las barras de pan”, es que claro es que lo ven como un trabajo extra que no les corresponde” (P2)*

Muy pocas participantes (P2, P14) describieron conflictos con sus superiores/es. Por lo general, los superiores intentaron adaptar el trabajo a su enfermedad evitando que la paciente pidiese “la baja laboral” y abandonara el trabajo.

*“Mi jefa me decía que no me preocupase, que siguiera viniendo, que no me esforzaré, que me organizaré como quisiera; pero que no me fuera.” (P6)*

### **Subtema: Enfrentando las limitaciones laborales**

Para adaptarse al trabajo, las participantes intentaron alternar días de descanso entre los días de trabajo para poder recuperarse. Además, variaban de puesto de trabajo para cambiar de tareas/actividad y evitar movimientos repetitivos y de larga duración con la mano afectada. También hacían las tareas más despacio, cargaban los objetos en un carro evitando levantar peso, y programaban periodos de descanso durante el turno de trabajo.

*“... No, no simplemente lo que hago es recostarme y tratar la manera de dormir, y con el descanso pues se me pasa, y así puedo seguir” (P6)*

*“... Hombre cuando te está doliendo bastante, tienes que dejarlo y tienes que descansar hasta un poquito que se te vaya pasando el dolor, pero luego lo puedes volver a retomar. Digamos que periodos de días no, periodos de minutos o un descanso de una hora, dos horas puedes tomártelo... lo recuperas luego y ya puedes seguir trabajando” (P15)*

*“... Trato de programar las citas que no me sean tan seguidas, y darme un tiempo como para poder respirar, descansar, estirar las manos... entonces mientras yo pueda agendarme las*



*citas trato de que no me sean consecutivas, pero cuando me las agendan, como ayer, me agendaron 3 seguidas, entonces cuando termina el día termino hecha polvo.” (P17)*

Las pacientes reconocieron que no deberían trabajar con síntomas o cuando tenían crisis, pero dejar de acudir a su puesto de trabajo no era una opción viable para muchas de ellas. Incluso, cuando sentían que la clínica empeoraba, no se planteaban recibir un tratamiento que pudiera hacerles ausentarse del trabajo o estar de baja médica. Esta situación era descrita en las pacientes que eran dueñas de su negocio y en régimen de autónomo.

*“...Como autónoma no me no me planteo darme la baja para nada, aunque sea muriéndome, me voy arrastrando para la peluquería.” (P18)*

*“... estoy trabajando con dolor, pero tengo que seguir, soy la propietaria” (P18)*

EL STC además de la clínica, provocaba dificultades en la correcta ejecución del trabajo cuando era de tipo manual. Las limitaciones aparecían mientras agarraban objetos, manipulaban ropa, o hacían fuerza al realizar determinados movimientos, o levantando peso (en trabajos como dependientas de ropa, peluquería). Otro tipo de limitaciones eran la imposibilidad de abrir o destapar objetos como latas, botellas o botes y la necesidad de poner más energía para poder hacerlo (en trabajos de la hostelería como cocineras o camareras y empleadas del hogar).

Esto provocaba el desarrollo de estrategias en el medio laboral como-cargar menos peso en cada viaje, coger cosas menos pesadas, y realizar el trabajo de manera mucho más lenta. Otra estrategia muy utilizada fue colocarse una venda que limitaba la flexión de la muñeca y así tener menos clínica, aún sin tener confirmación por un profesional sanitario.

*“...Pues yo creo que levantar peso. El levantar peso eso sí que lo trato de evitar mucho, aunque si lo hago porque me toca, pero tratar eso, de levantar menos peso” (P12)*

Por otro lado, otras participantes también usaban las vendas como estrategia para visibilizar su enfermedad, y evitar la incomprensión de las personas de su entorno (laboral y familiar). Lo utilizaban para que comprendiesen su situación y se dieran cuenta de que no exageraban los síntomas, y de este modo mostraban que no puede hacer ciertas tareas o presentaban alguna dificultad:

*“... Usar la venda a veces es una tontería. Pero las cosas que no se ven, no se entienden o no se lo creen. Para la gente como no ve el dolor, no existe. A menos que me esté quejando a todas horas que me duele. Si ven a alguien con una venda en la cabeza lo primero que preguntan es ¿Qué te ha pasado? Y te intentan ayudar.” (P1)*

*“... ha habido días que no necesitaba llevar la muñequera y la he llevado puesta, para que la gente fuera consciente que no todas las cosas las puedo hacer igual que las hacía antes...” (P1)*

### **Subtema: Economía y STC**

Todas las pacientes describieron como la economía era un factor clave en STC. Por un lado, limitaba sus posibilidades de tratamiento al no poder adquirir algunos dispositivos o productos como medicinas, servicios (fisioterapeuta) y/o férulas:

*“... pues bueno mira 20 € una férula más las vitaminas estas... qué son 20 vitaminas para 20€ días y valen 22 € y te las tienes que tomar durante 2 meses... bueno vamos a poner 20€ ...total 100 € ahora mismo de un golpe pues claro ahora mismo no estoy trabajando... entra solamente un sueldo en casa.” (P3)*

*“...Cuando me dieron las pruebas solo me dieron dos opciones que me pusiera unas férulas o que a lo mejor tendría que llegar a la operación entonces eso es lo más impactante de todo el camino [...]Operarme no quiero, pero las férulas no las he adquirido” (P4)*

*“... Ahora no me puedo permitir comprar las férulas, estoy esperando un poco más.” (P12)*

Además, muchas pacientes narraron como preferían evitar la cirugía, porque aceptar la cirugía significaría aceptar la baja médica, dejar su trabajo, y perder el 100% del sueldo. Algunas pacientes narraron que no escogieron la cirugía como tratamiento por tener miedo de posibles secuelas que les provocasen más limitaciones y problemas para volver a su trabajo.

*“... Todo depende de la economía que tengas, yo no me puedo permitir arriesgarme a quedar mal tras la operación, preciso del trabajo, no puedo arriesgarme ni dejar de ir.” (P12)*

*“... Lo único que espero es que no me tengan que operar. No puedo perder mi trabajo. Además, me tocaría encargarme de todo en casa. No descansaría seguiría trabajando y forzando la mano.” (P14)*

#### **Tema 4: La búsqueda de atención médica**

En relación con la búsqueda de ayuda profesional, nuestras participantes, no acudieron a profesionales de terapia ocupacional, y/o fisioterapeutas, para buscar ayuda y/o incorporar estrategias que las ayudasen a superar las limitaciones. La aplicación de las estrategias para adaptarse no siguió un consejo de un profesional de la salud, estaba basado en información no contrastada que obtuvieron de su entorno social (familiar y laboral), o de compartir su experiencia con personas que tuvieron o padecían SCT. Ver figura 14.

**Figura 14.** *Mapa Conceptual del Tema 4*



*Nota. Elaboración propia*

#### **Subtema: Buscando ayuda y esperando el diagnóstico**

Nuestras participantes narraron como el primer profesional al que acudieron buscando un diagnóstico fue el médico de atención primaria. Este profesional era percibido como el filtro profesional, para ser derivadas a un médico especialista de la sanidad pública. La mayoría de las participantes fueron derivadas a traumatólogos y neurólogos, y en raras ocasiones, al reumatólogo.

Entre los motivos para buscar ayuda destacaban; la clínica repetitiva, el aumento de intensidad del dolor y duración en el tiempo, traumatismo en la mano, e imposibilidad de adaptar el puesto de trabajo a sus necesidades:

*“... Consulté porque ya tenía unos dolores, que por la noche me despertaba del dolor, sobre todo en estos 3 dedos que tengo aquí y ya en el trabajo decía: pues no tengo fuerza, no... y entonces decidí ir al médico de cabecera.” (P2)*

*“...me fue rápido avanzando, cuando fui para la doctora ya se me caían las cosas. Hasta que no se me caían las cosas no fui al médico, ya llevaba como seis meses que me está pasando, y yo no quería venir pero como ya me está pasando todo esto que se me caen las cosas me preocupó más.” (P6)*

*“... entonces decidí ir al médico, porque no podía aguantar, y me costaba cada vez más hacer las cosas” (P10)*

Nuestras participantes describieron como el retraso en el diagnóstico se produjo, por un lado, por su demora en buscar ayuda profesional, y, por otro lado, por la demora del sistema sanitario en la derivación a un especialista médico y realizar las pruebas diagnósticas:

*“...esto pasó como 4 o 5 meses, y ahora me han dado la cita para junio del año que viene. O sea que, la lista de espera muy grande y que, si luego decido de operar que la lista de espera es de más de un año, así que de momento con paciencia y tranquilidad...” (P2)*

*“...primero tuve que esperar a que el médico de primaria me mandase al neurólogo, unos 3 meses, luego fue la cita del especialista para hacerme la prueba del EMG, unos 6-8 meses, y ya cuando hicieron todo, pues un año casi para el diagnóstico desde que pedí ayuda.” (P15)*

Respecto al diagnóstico y a las opciones terapéuticas (necesidad de cirugía), la información fue percibida por las participantes como poco clara y algo confusa:

*“... El diagnóstico no ha sido claro, no sé si tengo que operarme. El trauma me dijo que no está para operar, que tome vitaminas y me ponga una férula y en 3 meses valorará... ¿el qué?”*  
(P3)

*“... Te pones un montón de ideas en la cabeza y dices ¿de qué es?, vas al médico y el médico, claro te manda hacer unos análisis, te mando hacer esto y lo otro y luego te manda al hospital, luego el hospital pues te manda un montón de cosas, pero nada...”* (P6)

*“... El neurólogo, me dio el alta porque me hicieron una resonancia y no tenía nada. El traumatólogo me hizo otro EMG, y dijo que no había empeorado tanto como para que yo tuviera esos dolores.”* (P18)

Una vez realizado el diagnóstico, el único tratamiento que se ofreció a las participantes, en casos graves fue la cirugía, y en presencia de menos gravedad, tratamientos menos invasivos como férulas nocturnas, medicación, estiramientos, y fisioterapia. También se propuso tratamientos invasivos como las infiltraciones. En el caso de la cirugía, a pesar de ser la opción más planteada por los médicos especialistas, a su vez, fue la más rechazada por nuestras participantes:

*“... Ella [la doctora] iba a que le dijera si me iba a operar o no. Yo le dije que no. Ella me dijo que renunciaba a la operación que pasaba nota al médico de cabecera y que si empeoraba la situación clínica pues que me volviera otra vez a mandar.”* (P1)

*“...operarme no quiero, no te pueden asegurar que todo funcione después de la cirugía...”*  
(P4)

*“... inicialmente no es para cirugía, si el dolor se me hace más agudo, me van a hacer unas infiltraciones... que obviamente yo quiero evitarlas.”* (P17)

### **Subtema: Relacionándose con los médicos**

La mayoría de las participantes señalaron como a la hora de demandar más información de los médicos de atención primaria y los especialistas respecto al posible origen del STC y de medidas para evitar su empeoramiento o progresión, no se les proporcionó ninguna información concreta:

*“...tampoco han dado mucha información. No te explican de la patología, que puede haberlo provocado, que tengo que evitar, no te lo explica” (P15)*

En ocasiones surgieron conflictos con los médicos, al reclamar las participantes, un informe médico, para presentar en los servicios de riesgos laborales de la empresa, y poder confirmar una adecuación del trabajo o pedir la baja laboral:

*“... no me daba ni un papel escrito con lo que me pasaba. Y lo necesito porque lo tengo que llevar a la empresa. Si me doy de baja porque no aguanto más el dolor, la empresa tiene que saber que esto me lleva doliendo mucho tiempo” (P1)*

Nuestras participantes destacaron como no participan en la toma de decisiones o en la posibilidad de que les ofrezcan más opciones terapéuticas. El médico de antemano decidía por ellas. La decisión siempre es tomada por los médicos, sin dar opción a cambios:

*“...ni siquiera el medico me ha propuesto que haga ejercicios o que vayas a un fisioterapeuta. Nadie te da opciones, bueno si, una, la de siempre, cirugía, y ya han decidido por ti.” (P2)*

Nuestras participantes destacaron factores que afectan a la relación con el médico, como: la falta de escucha de las necesidades/preguntas de las pacientes, limitar la elección del tratamiento a dos únicas opciones (aceptar o rechazar la cirugía), no dar otras posibilidades no quirúrgicas de tratamiento, falta de tiempo durante la consulta del especialista, y no dar tiempo ni opción a preguntar por el paciente:

*“...la doctora que me atendió no me escucho. Solo quería que le dijese si me iba a operar o no. Al decirle que no, me dijo que renunciaba a la operación, que avisaba al médico de primaria y que si empeoraba la situación clínica que volviera.” (P1)*

*“... El trato con el traumatólogo fueron 3 minutos. No te da tiempo a preguntar, no te da tiempo a decir nada.” (P3)*

*“... tampoco sé mucho porque la persona que me atendió estaba ahí sentada en una silla, lejos de ella y ni te miran ni nada ...” (P18)*



## Tema 5: Manejo terapéutico

Se detalla como nuestras mujeres buscan la manera de compensar y aliviar el dolor para seguir realizando sus actividades diarias. Además, se describen que recursos no farmacológicos utilizan las participantes para aliviar el dolor producido por el STC, qué recursos terapéuticos disponen, cuales rechazan, y cuáles son sus expectativas de curación o control de los síntomas. Ver figura 15.

**Figura 15.** Mapa Conceptual del Tema 5



*Nota. Elaboración propia*

### Subtema: Manejo del Dolor

Para el alivio del dolor, las mujeres realizaban estiramientos de mano y dedos, utilizan muñequeras o vendas, se aplicaban masajes en la mano afectada, y se aplicaban frío y/o calor. Además, en caso de venir acompañado de pérdida de sensibilidad en la mano, narraron como

movían y sacudían las manos, abrían y cerraban los dedos, bajaban el brazo y la mano afectada por debajo de la cintura, intentaban relajarse, meditar, aumentar los descansos y dormir.

*“... Cuando se me están durmiendo las manos y estoy sujetando algo, aplico en la mano frio un momentito y se me despiertan. A veces también estoy un rato moviendo los dedos, pero tarda mucho más.” (P4)*

*“... vas buscando hasta que ya te resulta insoportable, y ya tienes que dejarlo directamente. Vas moviendo la muñeca, vas moviendo el codo, o sea, vas buscando para poder ir terminando aquello que quieres terminar, pero hay un momento en el que ya no puedes y tienes que dejarlo.” (P15)*

Este manejo era aplicado en cualquier momento del día, incluso de noche. Si durante la noche aparecían, las mujeres se levantaban, cambiaban de posición, y aplicaban estas estrategias hasta que se los síntomas desaparecían o remitían lo suficiente para dejarlas conciliar el sueño de nuevo.

El uso de masajes en las manos, y la aplicación del frio era frecuentes, varias veces al día, con o sin síntomas, cuando se despiertan y cuando van a acostarse. Refirieron que era una estrategia que funcionaba. Otras participantes utilizaban el calor.

*“... Cuando en la mesa tengo algo frío y se me están durmiendo las manos, pues lo pongo un momentito en el frío y es ahí cuando se me despiertan más rápido. Si muevo los dedos también se despiertan, pero tarda mucho.” (P4)*

*“... Yo usaba frio, pero se me adormecían las manos, entonces me dijeron que procurase poner paños calientes, para favorecer la circulación.” (P17)*

El uso de vendas y muñequeras era controvertido entre las participantes. Por un lado, algunas mujeres utilizaban estos dispositivos cuando los síntomas eran muy intensos. Se los

colocaban en el momento de levantarse y las mantenían durante todo el día. Se vendaban muy fuerte, para que “aguantase todo el día”, llegando incluso a vendarse hasta el brazo para limitar los movimientos y disminuir el dolor. Además, era muy frecuente su uso sin recomendación médica. A veces en sustitución de la férula rígida, también apostaban por el uso de una muñequera blanda, una venda o un kinesiotape:

*“... La muñequera es así de rígida y me inmoviliza la mano y luego por aquí... ya te digo que al principio cuando me la pongo sí que me duele un poco, pero yo creo que es eso porque me la estira y no me permite hacer juego de muñeca ni nada, pero luego claro cuando llevo un rato con ella sí que me ayuda.” (P2)*

*“... Yo con la venda día y noche. ¿Me siento mal? Me pongo la venda. Ahora he empezado a trabajar, y el dolor es más intenso. Pues con mi venda. Es lo único. No tomo medicamento.” (P14)*

### **Subtema: Probando opciones terapéuticas no quirúrgicas**

Se describen las diferentes propuestas de tratamiento no quirúrgico en relación con el STC. Una de las propuestas de tratamiento más utilizada fue la férula de uso nocturna. La férula era prescrita por el médico especialista y de primaria, aunque en ocasiones las participantes la adquieren por recomendación del farmacéutico, de terceras personas o por su cuenta:

*“... La férula me la puse justo cuando empecé con los síntomas hace un año y medio. ¿Por prescripción de quién? De la farmacia, y me ayuda bastante.” (P13)*

*“... Cuando el médico me recomendó usar la férula, ya llevaba usándola unas semanas. Me lo aconsejó mi vecina que tiene los mismo, y la farmacéutica del barrio”. (P17)*

Las participantes narraron como a pesar de que tiene indicaciones de uso nocturno, se colocaban la férula durante el día. El criterio para su uso diurno era la presencia de dolor. La mayoría de las participantes narraron que, al ponerse la férula por primera vez, les molestaba, y era incómoda, pero con el tiempo sintieron alivio, la clínica disminuyó, y la presencia de la clínica nocturna como calambres, dolor y adormecimiento mejoraron permitiéndoles descansar:

*“...en cuanto me la pongo me duele, porque como te obliga a llevar estirada la mano, pero luego siento alivio, cada vez que puedo me la pongo” (P2)*

La utilización de la férula prescrita puede demorarse, porque las participantes tuvieron dificultades de adquisición, debido a la falta de recursos económicos.

*“... la doctora me dijo que era bueno que consiguiera [las férulas] para que durmiera. Pero con lo que trabajo no me llega para cubrir las necesidades diarias, entonces no las he podido comprar.” (P12).*

En otras ocasiones, la demora se debe a que querían probar otras alternativas de tratamiento como la fisioterapia:

*“... yo creo que eso va a ser para mí súper incómodo [la férula] ... creo que va a ser súper incómodo entonces primero pruebo si me va bien con la fisioterapia y si va bien esto que me ahorro... entiéndeme si me las tengo que comprar, las compro, pero es que no sé ...dormí un día con una que me dejaron y no dormí a gusto entonces...” (P3)*

*“...la doctora me dijo que era bueno, para que durmiera. Pero con lo que gano en el trabajo, tengo para cubrir las necesidades entonces no las he podido comprar. He decidido probar primero el tratamiento del fisio.” (P12)*

Por otro lado, la fisioterapia fue la opción privada más utilizada, en pocas ocasiones el médico derivó a las participantes al fisioterapeuta del sistema público, y cuando lo hicieron tenían limitado el catálogo de técnicas:

*“... entonces primero pruebo si me va bien con la fisioterapia (antes de otras opciones)”*  
(P3)

*“... Estuve yendo a fisios. Primero al de la Seguridad Social, pero me dijo que no les permiten profundizar en el tratamiento, eran ejercicios muy livianos... decidí irme al privado”*  
(P15).

En la fisioterapia, las participantes narraron como utilizaron ejercicios, fortalecimiento muscular, estiramientos, corrientes eléctricas, descarga de la musculatura, y terapia manual.

Dentro de las opciones farmacológicas se les recetaron analgésicos, antiinflamatorios, y en pocas ocasiones vitaminas. Aunque la mayoría de las participantes refirieron poca o ninguna mejoría con la medicación. Muchas de nuestras participantes reclamaron la falta de un tratamiento médico específico y alternativo, cuando su gravedad no era suficiente como para someterlas a cirugía:

*“...las opciones son muy limitadas, cirugía si estas mal, y si no estas muy mal a aguantarse y esperar que empeore. No me dijo nada en concreto.”* (P4).

*“... No, no, no me han dicho nada, pero la verdad que no. A mí me gustaría tenerlos los tratamientos sin cirugía, sí.”* (P6)

En el STC, nuestras participantes percibieron el consumo de medicamentos como un riesgo, y es mejor evitarlos debido a que no tienen un efecto claro:

*“... las pastillas te curan una cosa y te descomponen cuatro cosas, así que es mejor evitarlas, [...] te lo dan porque claro algo te va a aliviar, pero no es recomendable”* (P6)

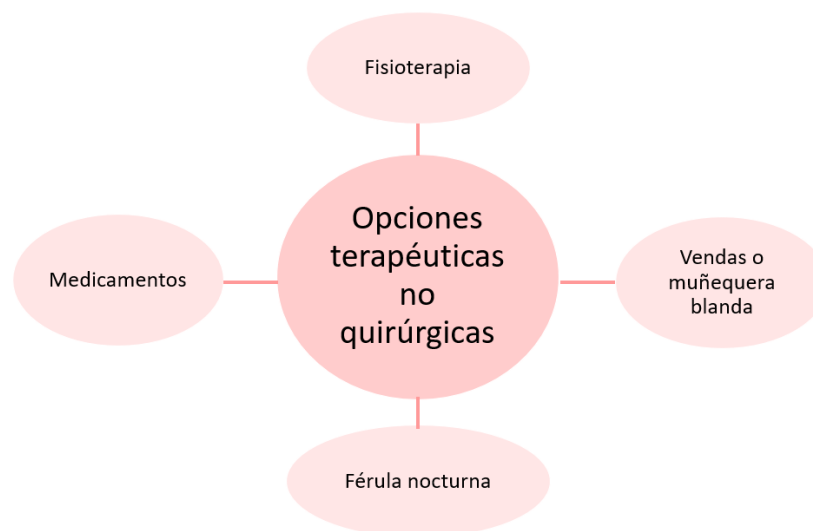
Nuestras participantes rechazaron y evitaron las medidas invasivas como las infiltraciones. La razón es el dolor. No entendían que, para eliminar su dolor por el STC, tuvieran que recibir más dolor para administrar el tratamiento (infiltraciones):

*“... si el dolor se me hace más agudo, me van a hacer infiltraciones que me dará más dolor. Obviamente yo quiero evitarlas” (P17)*

En otras ocasiones, no querer infiltrarse se debía a que seguían las recomendaciones de terceras personas de su entorno que les recomendaban evitar las infiltraciones porque no eran “buenas”:

*“...Voy a un fisio particular para evitar otra infiltración porque me dijeron que no eran buenas... no sé muy bien para que no son buenas, pero no me volví a infiltrar.” (P1)*

**Figura 16.** Mapa Conceptual Subtema: probando opciones terapéuticas no quirúrgicas



*Nota.* Elaboración propia

### **Subtema: Expectativas del tratamiento**

Para nuestras participantes tener un buen resultado de tratamiento, significaba disminuir el dolor, y hacerlo desaparecer, mejorar la funcionalidad de su mano en actividades como escribir, coger objetos y desempeñar su trabajo con normalidad, descansar y poder dormir, y adoptar posiciones corporales (haciendo actividad física) donde pudieran apoyar las manos sin dolor:

*“... Lo que un buen tratamiento es... que te alivie, que al menos alivia un poco el dolor o que ya no puede sentir molestias al hacer ejercicio...” (P7)*

*“... (tener calidad de vida) laboral, personal, en general... en mi caso laboral porque trabajo mucho con las manos, yo soy diestra y sobre todo con esta mano... entonces tener fuerza en la mano para mí es importante, porque a veces la tengo que emplear mucho” (P8)*

*“... Pues que el tratamiento me permita una vida funcional. Me pueda manejar en todos los ámbitos y ya está” (P15)*

*“...Yo poder dormir la noche entera, ese es mi mayor lujo de vida que el problema del carpo me quito.” (P16).*

También, un buen resultado significa no depender de nadie a la hora de realizar sus actividades de la vida diaria, y laborales y volver a ser completamente independientes:

*“...el hecho de no tener que pedirle a mi novio estoy cogiendo cosas que me ayude, sino que yo lo pueda coger y que se me relajé ese dolor a lo que yo he estado aguantando” (P9)*

Es relevante señalar que para muchas participantes no llegar a tener que recibir cirugía era considerado un buen resultado en si mismo.

Por el contrario, un mal resultado significaba que existía dolor, que se mantenía los síntomas o que retornaban tras una mejoría temporal, que los servicios médicos se olvidaban de

ellas, que no les aplicasen (u ofreciesen) ninguna otra opción terapéutica, o que tuviera que llegar a operarse:

*“... lo peor es que aumentase el dolor, que me aumentase y que se olvidasen de mí...” (P9)*

*“...Pues que se me siga durmiendo la mano, que sigan aquí los síntomas, o que se alivien con el tratamiento pero que luego me vuelvan al poco tiempo.” (13)*

*“... cuando te ofrecen operarte tampoco te aseguran que te vayan a quitar el dolor. Eso es lo malo, que no te puedan seguir dando ningún tratamiento, y te siga doliendo de por vida, sí” (18)*



## **Tema 6: La cirugía no es una opción**

En este último tema se va a describir la perspectiva de las participantes respecto a la cirugía como opción terapéutica para el STC.

Todas las participantes rechazaron la cirugía de manera categórica. En el tema 3 se identificaron aspectos que influían en la aceptación de la cirugía como tratamiento, debido a que las participantes percibían este tratamiento como un factor de reducción de sus recursos económicos. Además, en el tema 5 se identificó como un mal resultado que finalmente como tratamiento las participantes tuvieran que operarse.

Pero existen más razones para no elegir esta opción terapéutica. Las participantes narraron como no quieren llegar a operarse, y lo retrasaban todo lo que podían. El miedo fue el factor más importante; miedo a entrar en el quirófano, miedo a perder autonomía y depender de su familia y amigos, miedo a perder su trabajo, miedo a tener que ser reintervenida tiempo después, miedo a que el tratamiento no funcione:

*“...Si te operan, te tienen que volver a operar. La primera operación casi nunca soluciona el problema.” (P2).*

*“...Me da miedo. Mis hijas dependen mucho de mí, por mi trabajo. Cuando me operen no voy a poder descansar para recuperarme, voy a tener que volver al trabajo.” (P14)*

La cirugía fue percibida como un riesgo. Un riesgo que es preciso dejar como último recurso terapéutico:

*“... la cirugía no deja de ser una operación y tiene riesgos. Yo si hay otras alternativas las acepto. Primero pruebo la fisioterapia y lo intento sin cirugía a ver qué pasa.” (P10).*

*“...Si se pueden recuperar las funciones mediante electroestimulación, mediante ejercicios, y estiramientos, mucho mejor antes que la cirugía.” (P15)*

También narraron otros temores respecto al tiempo de recuperación postquirúrgico, o estar lejos de la familia y no tener a nadie a quien recurrir o pedir ayuda:

*“...Yo solo pienso que el tiempo de recuperación de la operación me va a imposibilitar más todavía” (P1)*

*“...Yo estoy demorado la cirugía porque estoy en un país lejos de la familia, y da miedo.” (P12)*

Además, las mujeres de nuestro estudio narraron como la cirugía no era una opción viable para ellas, debido a que no cumplirían el tiempo de reposo tras la cirugía. Ellas eran las responsables del cuidado de la casa y del resto de la familia, y no recibirían ayuda suficiente para respetar el periodo de recuperación:

*“... Yo no sé cuánto tiempo tendría que estar sin poder hacer nada con la mano. Yo solo pienso el tiempo que la operación me vaya a imposibilitar a mí. Lo que estoy haciendo ahora, no lo voy a poder hacer durante dos meses, por ejemplo, pues es que yo no sé si me compensa, porque como después de esos dos meses nadie me asegura una recuperación total. Conozco a gente que sigue como estaba antes, después de operarse. A lo mejor incluso peor, pues entonces claro, es como que se junta el hambre con las ganas de comer.” (P1)*

*“... No, no, no yo creo que más que todo eso, es la situación económica, porque dependo 100% de mi trabajo en este momento entonces, es más que nada eso. Una cirugía yo sé que se hace para bien, y para mejorar, pero es importante también esto [hace el gesto del dinero]” (P12)*

# **5. Discusión**



## 5. DISCUSION

Los resultados en esta tesis muestran como las pacientes con STC sufren las manifestaciones clínicas, y los factores que provocaron la activación de disparadores. Describieron como provocaban limitaciones funcionales y como afrontaron esas dificultades, junto al desarrollo de estrategias para realizar las actividades cotidianas o laborales. Por último, narraron dificultades para encontrar ayuda profesional, durante el proceso de diagnóstico y el seguimiento de diferentes opciones terapéuticas. Evitando a toda costa la cirugía del STC como tratamiento.

### **Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC**

Nuestras pacientes describen como **síntomas** más relevantes el dolor, la pérdida de fuerza y el bloqueo de la mano y dedos. Varias de nuestras participantes describieron como frustrante el hecho de vivir con el STC. Esta descripción coincide con la que realizan King et al (2021) en su estudio cualitativo donde los participantes explicaron como frustrante la presencia de síntomas e incapacidades para realizar sus actividades del hogar o laborales. La vida de estas participantes gira en torno a la gran afectación que les produce el dolor. Este les produce frustración e impotencia y cansancio, derivado de la dificultad que presentan para dormir, y necesidad de buscar ayuda en el trabajo y en casa, al igual que señalan Palacios-Ceña et al (2017) en pacientes con dolor crónico.

Nuestras mujeres expresaron ver afectada su calidad de vida, ya que la sintomatología alteraba su bienestar psicosocial y laboral. Esto coincide con Zivkovic et al (2020) que definieron el padecer STC como una condición de alto impacto en la calidad de vida de las personas que lo sufren.

Además, narran nuestras participantes como los disparadores de la clínica se relacionan con movimientos y posturas de la mano, muñeca y/o antebrazo ya sean estáticas o repetitivas. Estos

síntomas acompañan a las mujeres 24 horas del día con mayor o menor intensidad. Singh & Srivastava (2020), señalaron que los movimientos de la mano enérgicos y reiterativos en acciones de agarre suponen uno de los principales factores de riesgo para el STC.

La mayoría de nuestras mujeres llevaban el peso de las tareas del hogar, ello produce que se dispare la sintomatología por los movimientos relacionados con su vida más familiar y social. En relación con esto, en su artículo Al Shahrani et al (2021) destacaron que hay una asociación significativa de STC relacionada con los hábitos diarios y las tareas del hogar, principalmente en mujeres menores de 45 años lo cual coincide con la realidad de nuestras participantes.

Nuestras participantes narraron como disparadores de la clínica, muchos gestos realizados durante el desempeño de sus tareas ocupacionales que implicaban movimientos finos de los dedos, fuerzas de agarre y gestos repetitivos a la hora de manejar el peine o el secador, sujetar ollas pesadas, doblar ropa, cargar cajas, abrir botellas o latas e incluso sujetarlas. Esto coincide con estudios previos (Singh & Srivastava, 2020; Trillos-Chacón et al., 2021) que muestran como la mayor prevalencia de STC se da en aquellas profesiones que realizan movimientos repetitivos de muñeca, posturas incómodas, y largas horas de trabajo continuas, lo que lo convierte en un problema en los trabajadores manuales. Respecto a los disparadores laborales de la clínica y la diferencia de género masculino y femenino en su estudio, Tilley et al (2023) informan que las mujeres tienen menor autonomía en el trabajo y que, ante el mismo trabajo que los hombres, realizan tareas más repetitivas, existiendo así mayor probabilidad de aparición de los síntomas de STC.

En lo referente al frío y su relación con el STC, en su estudio Arcury (2015) narran como la exposición al frío en el ámbito laboral era una causa para desarrollar STC. Este hecho coincide con lo que explican dos de nuestras participantes que aseguran que la sensación de dolor y

entumecimiento aparece, o se ve aumentada cuando se exponen al frío en su puesto de trabajo. Stjernbrandt et al (2022) explican que el enfriamiento ambiental en el trabajo se relaciona con los síntomas de STC que informan los pacientes, y además si esta exposición ocurre incluyendo el factor de manipulación manual pesada la clínica aumenta todavía más.

Una de las mujeres tuvo la opción de organizarse libremente en su trabajo y así no tuvo que plantearse abandonarlo por el STC. Pero la mayoría de nuestras mujeres, realizaban su actividad laboral por cuenta ajena, lo que suponía en algunos casos no tener autonomía en la gestión, y organización de su trabajo, para poder controlar las situaciones y/o contextos que les disparaban los síntomas. En esta línea, Roquelaure et al (2020) formularon la hipótesis de que los empleados con poca libertad en la toma de decisiones en el trabajo sumado a la presión psicológica que esto supone aumentarían el riesgo de padecer STC y, por tanto, de que se disparasen los síntomas en el medio laboral.

Nuestros resultados muestran como las participantes de nuestro estudio son todas mujeres trabajadoras, cuyas manos son la herramienta de trabajo de su profesión y, por tanto, se ven limitadas en su desarrollo. Muchas de nuestras participantes (44,44%) trabajaban como empleadas domésticas o en el sector textil. A este respecto, Lee et al (2019) explican como en la población de su estudio se dio 2,5 veces más el STC en mujeres que en hombres, y que la profesión de empleada doméstica y de limpieza y otras actividades relacionadas con la limpieza eran de las más relacionadas con la posibilidad de sufrir STC que otras ocupaciones.

Dentro de nuestras participantes hay dos (11,11%) cuyo trabajo requiere el uso de ordenador y ratón. En relación con esto, hay poca evidencia que avale que el uso del teclado o ratón del ordenador está directamente relacionado con el hecho de padecer STC (Newington et al., 2015; Trillos-Chacón et al., 2021). Siguiendo esta línea, Shiri & Falah-Hassani (2015) sugieren es

su metaanálisis que el uso excesivo del ordenador, principalmente del ratón, puede ser un factor de riesgo menor ocupacional en el desarrollo del STC. Wright & Atkinson (2019) explican como la presión dentro del túnel carpiano puede aumentar relativamente con el uso de teclado y ratón, pero nunca llegando a niveles perjudiciales. Además, el uso de estrategias como el utilizar reposa muñecas, o modificaciones del ratón o teclado no tienen grandes efectos en la prevención de este (Trillos-Chacón et al., 2021).

Solo una de nuestras participantes (el 5,55%) trabaja como peluquera. Describe la sintomatología como dolor desde el hombro hasta la mano, y adormecimiento de las manos. Le molesta al sujetar el peine o el secador, al mantener las posturas y realizar movimientos repetitivos.

## **Tema 2. Aparición de dificultades y repercusiones funcionales**

Coenen et al (2013) informaron que las personas con trastornos de la mano están limitadas en muchas de las actividades cotidianas como el autocuidado, la vida doméstica, el cuidado de la familia, la conducción de coches y/o bicicletas, o sus actividades de ocio. En esta línea de la Llave-Rincón et al (2011) mostraron que los pacientes que sufren STC tienen problemas en los agarres en pinza y sensación de torpeza en las manos que dificulta sus actividades de la vida diaria. Nuestros hallazgos siguen esta línea ya que las participantes insisten en las limitaciones que tienen a la hora de arreglarse el pelo, maquillarse, cocinar, cuidar a sus hijos, e incluso coger el coche. Newington et al. (2019) comunicaron este tipo de limitaciones también, pero a diferencia de nuestro estudio eran pacientes que habían sido sometidas a cirugía del STC. Aunque el STC no supone una importante discapacidad, las participantes al estar limitadas buscan el alivio de los síntomas para poder volver a realizar sus actividades.



Las fuerzas de agarre ante un entumecimiento de los dos primeros dedos causado por STC, se aumentaban para poder sostener los objetos. Este aumento de la fuerza realizada en trabajos manuales, pueden ser utilizados para compensar la ineficacia del agarre en pinza (Zhang et al., 2011). Asimismo, Afifi et al., (2012) describen como los pacientes con STC generan una adaptación de su propia fuerza a la estructura del objeto que sostienen, siendo mayor de la necesaria, pero a su vez es ineficiente. Esto se debe a una compensación a la disfunción sensoriomotora generada por el STC en un intento de ser efectiva para evitar la caída del objeto y eficaz para mantenerlo contra gravedad (Afifi et al., 2012). Wolny et al (2019) destacan que, para la aparición de STC, la realización aislada de fuerza de agarre es un factor de riesgo menor en comparación a la repetición aislada de una actividad específica. Además, una lesión en la mano que da lugar a una mayor dificultad para coger objetos pesados supone la pérdida de la autonomía laboral y doméstica aumentando los niveles de estrés de las personas (Coenen et al., 2013; Zhang et al., 2011).

Autores como Doughty & Bowley (2019) exponen la discapacidad funcional significativa que produce la compresión focal de un nervio. Además, Hamzeh et al (2021) que declaran que el STC limita las actividades funcionales y la calidad de vida de las personas que los sufren. Sin embargo, nuestras participantes, aunque manifestaron tener numerosas limitaciones diarias, no expresaron vivir una gran discapacidad.

Las participantes describieron diversas estrategias que aplican para abrir objetos, transportar pesos, conducir, buscar información y ayuda, y adaptación al trabajo. Entre estas se encuentra ayudarse o realizar tareas con su mano no dominante no afectada. El uso de la mano y extremidad no afectada ha sido descrito previamente por Newington et al. (2019) donde muestran como las pacientes con alteraciones en la mano dominante intentan adaptar sus actividades usando

la mano no afectada, pero es más débil, tiene menos destreza y no pueden hacer las tareas correctamente.

### **Tema 3. El impacto de la enfermedad en el trabajo**

En relación con la información que ofrecen las participantes de la presente tesis, a sus jefes/as y/o los compañeros de trabajo, muchas exponen de manera clara el problema e incluso reciben ayuda y apoyo por parte de estos. En otras ocasiones, prefieren no informar ante el miedo de perder su puesto de trabajo. En esta línea Jackson et al (2018) indican que los trabajadores no informan lo suficiente de la situación de padecer STC. Además, situaciones similares de ocultación, se han encontrado en otros procesos neurológicos que cursan con dolor crónico por miedo a ser desacreditados y/o perder sus empleos (Palacios-Ceña et al. 2017).

Demiryurek et al (2018) y Erick et al (2021) sugieren en los resultados de sus estudios la alta prevalencia del STC entre el gremio de la peluquería, generando pérdida funcional y dolor intenso entre los profesionales que sufren STC, debido a los movimientos repetitivos y forzados de las manos.

Por otro lado, nuestras participantes describen claramente como su trabajo es manual y repetitivo y en la mayoría de ellas su mano afectada es la derecha. Esta situación supone falta de fuerza y destreza en su trabajo, agarres deficientes, entumecimiento de la mano al cargar peso e incluso que se le caigan los objetos de las manos, además del uso de su mano izquierda como estrategia compensatoria. Newington et al (2015) muestran como sus pacientes en su mayoría diestros, utilizaban la mano no dominante ante su problema de recuperación postquirúrgica del STC. Estos autores exponen como sus participantes describían su falta de destreza con la izquierda,

la imposibilidad de cargar peso de la misma manera, y la dependencia que existe de la mano dominante.

Nuestras participantes no contemplan el no acudir al trabajo como opción, aceptan trabajar con dolor. Palacios-Ceña et al., (2017) muestran como los pacientes con dolor crónico, aceleran su incorporación laboral tras una baja, para no sobre cargar a sus compañeros con su trabajo, a pesar de seguir con dolor.

Los periodos de descanso laborales o dentro del turno es un punto relevante en la experiencia de tener STC. Bonfiglioli et al (2007) y Arcury et al (2015) destacan como la ausencia de periodos de descanso durante la jornada laboral aumentan las posibilidades de desarrollar un STC. Esto respalda lo que narran nuestras participantes en relación con que no tener días de descanso en el trabajo, o periodos de inactividad dentro de una misma jornada laboral supone el aumento de la sintomatología de dolor y entumecimiento de las manos. Es por ello por lo que Trillos-Chacón et al. (2021) destacan como estrategia de intervención laboral para prevenir el STC las pausas laborales.

Coenen et al. (2013) describieron como los participantes tienen que limitar la velocidad de realización de sus actividades al tener limitaciones en sus manos. De la misma manera, Arcury et al (2015) mostraron como la velocidad en la línea de producción de sus trabajadores aumentaba el riesgo de padecer STC, y como reducir la velocidad de trabajo en los movimientos repetitivos puede mejorar la incidencia y prevalencia del STC. Esto podría explicar la estrategia narrada por nuestras participantes de realizar de manera más lenta la tarea de doblar ropa para poder hacerlo mejor y controlar la sintomatología.

Con relación a la adaptación del medio laboral, Trillos-Chacón et al. (2021) destacan que las intervenciones en la organización laboral tienen efectos positivos en pacientes que sufren STC

y que dentro de las estrategias más usadas están las intervenciones centradas en la ergonomía, educación, fisioterapia o ejercicio.

Arcury et al (2015) muestran como algunos de sus participantes se plantearon renunciar a su trabajo para dejar de padecer STC. En el mismo estudio, sin embargo, hubo pacientes que sabiendo que en el futuro empeorará el dolor y la discapacidad, no pueden dejar sus empleos o pensar en un cambio porque tienen pocas oportunidades laborales y necesitan mantener a sus familias. Por miedo a perder su empleo y ver afectada su situación económica, nuestras participantes afirmaron rechazar la cirugía para evitar coger la baja laboral y faltar al trabajo. Esto coincide con Atroshi et al (2009) y Moro-López-Menchero et al. (2022) que mencionan el rechazo a la cirugía del STC por suponer un problema económico al tener que cogerse la baja y ausentarse de su puesto de trabajo lo que supondría la posibilidad de perderlo. Dentro esta relación economía-STC, nuestras pacientes afirmaron que, la adquisición de las férulas o algunos medicamentos que les son pautados para el tratamiento del STC, pueden suponer un problema ya que económicamente no se lo pueden permitir.

#### **Tema 4. La búsqueda de atención médica**

Nuestras participantes acudían al médico como primera opción para obtener información de su enfermedad, pero también buscaron información no profesional en personas de su entorno o recurren a internet. Estudios previos muestran como una gran proporción (hasta el 50%) de pacientes con dolor crónico no buscan la atención médica necesaria (Cornally & McCarthy, 2011; Mose et al., 2021). Entre los diferentes factores que van a determinar la búsqueda de ayuda para el manejo de dolor Mose et al (2021) y Cornally & McCarthy (2011) destacan la elevada intensidad de dolor, el desempleo, discapacidad severa en las actividades diarias o laborales y/o

comorbilidades que impiden acudir a los profesionales. Cabe destacar, que Martin (2007) indica que el tiempo que pasa un paciente con sintomatología del STC es fundamental para la respuesta que tiene al tratamiento conservador. Cuanto mayor es el retraso en solicitar ayuda profesional, y mayor es la duración de los síntomas, hay un mayor riesgo de daño nervioso que, en ocasiones, conlleva peores resultados en las terapias conservadoras (ejercicios y férulas de descarga) o quirúrgicas para el STC (Martin, 2007).

Nuestros resultados muestran como las participantes acuden al médico de atención primaria, y posteriormente se valora la idoneidad de la derivación al especialista. Schwartz et al (2022) respecto al manejo del STC, describió como el médico de atención primaria es el primer profesional sanitario en atender a un paciente con síntomas compatibles con STC. Además, afirman que es el primer profesional en comenzar con terapias conservadoras (férulas, fisioterapia y analgésicos) y coordinar al resto de médicos especialistas para propuestas de tratamiento más invasivas para el STC (Schwartz et al., 2022). Además, Wright & Atkinson (2019), describen como el primer contacto con el médico de atención primaria, y la comunicación entre médico-paciente, puede condicionar expectativas y resultados esperados de los pacientes.

Por otro lado, estudios previos señalan que una causa para buscar ayuda profesional en los pacientes con dolor crónico musculoesquelético y/o neuropático es la falta de sueño y descanso derivada del dolor (Cornally & McCarthy, 2011; Mann et al., 2019; Mose et al., 2021). En nuestro estudio, todas las participantes describieron síntomas nocturnos, pero no señalaron que fuera razón suficiente para buscar ayuda en un profesional de la salud. Sin embargo, sí informaron de la dificultad para dormir o la alteración del sueño debido a entumecimiento y dolor de las manos por la posición que tienen durante la noche, y la sintomatología residual que tienen al despertar por la mañana. Este hecho coincide con lo que informaron Patel et al (2014) sobre el aumento de los

síntomas del STC de forma aguda durante la noche debido al aumento de presión en el túnel carpiano por la mala posición que suele adquirir la muñeca, y el trastorno añadido que tienen durante el día. Tanto es así, que Roth Bettlach et al (2019) demostraron la aparición de parestesias nocturnas en su grupo control, en ausencia de STC, debido a la posición de la mano para dormir, y destacaron la importancia ergonómica del uso de férula de nocturna en la modificación de la postura para pacientes con STC. Es por ello, que se debería tener en cuenta los efectos nocivos de la alteración, debido al STC, de la calidad del sueño y los posibles efectos de ansiedad y depresión que generan los mismos en las pacientes que lo sufren (Patel et al., 2014).

Respecto a la relación médico-paciente, Belasen & Belasen (2018) describen como una buena comunicación médico-paciente es indispensable para que el paciente confíe en el médico. Además, estos autores señalan como los pacientes con STC la buena comunicación médico-paciente generó mejor adherencia a los tratamientos, mejor afrontamiento de la enfermedad, presentan menos complicaciones y necesitaron hasta el 50% menos de pruebas diagnósticas (Belasen & Belasen, 2018). Sin embargo, nuestras participantes referían que el médico no las escuchó, que no les daba tiempo a preguntar sus dudas, o no les ofreció ni un informe médico para llevar a la empresa. Harbshettar et al (2019) señalaron que la desconfianza del paciente hacia los médicos provoca el cambio de médico frecuente, perdiendo el beneficio terapéutico de la relación médico-paciente. También, nuestras participantes narraron como los médicos no les ofrecieron opciones terapéuticas como la fisioterapia. Gong et al (2017) describieron como el proceso de toma de decisiones en la elección del tratamiento entre pacientes con STC y sus médicos, se debe basar en las preferencias de los pacientes y en sus propias expectativas sobre los resultados del tratamiento. Además, Gong et al., (2017) recomiendan un modelo de toma de decisiones conjunta entre médico-paciente, siempre y cuando previamente el paciente esté correctamente informado

de riesgos y beneficios de cada intervención, y las opciones de tratamiento estén dentro de los intereses personales de cada paciente.

## **Tema 5. Manejo terapéutico**

Para el control del dolor y los síntomas del STC, estudios previos señalan la importancia de los programas individualizados de ejercicio físico para reducir el dolor, la tensión muscular, adquirir conciencia corporal o aumentar la movilidad antes o después de una actividad, o las pausas laborales (Calner et al., 2021; Fernández-De-Las Peñas et al., 2015; Fernández-de-las-Peñas et al., 2017; Trillos-Chacón et al., 2021). Calner et al (2021) en su estudio cualitativo en personas con dolor musculoesquelético destacan que, mediante el movimiento y ejercicios terapéuticos, los pacientes aprenden a manejar mejor el dolor. En esta línea, Karjalainen et al (2023), Hamzeh et al (2021) y Fernández-de-las-Peñas et al (2017) especifican que los ejercicios consistían en estiramientos, ejercicios de rango de movimiento activo, (fortalecimiento de toda la extremidad superior (hombros, antebrazos, muñecas y dedos de las manos) y ejercicios de deslizamiento del nervio mediano y el tendón para disminuir la tensión y la compresión. Sundstrup et al (2014) describen una disminución del dolor con intervenciones basadas en el entrenamiento de resistencia con bandas elásticas. Sin embargo, esto contrasta con las narraciones de algunas de nuestras participantes que señalaban como algunas prácticas como yoga o ejercicios isométricos para fortalecer la mano dispararon sus síntomas de manera intensa obligándolas a abandonar la actividad. Esto podría explicarse, porque tal vez el ejercicio no sea una herramienta terapéutica recomendada para todos los pacientes. Si bien es cierto, las prácticas que relataron nuestras participantes (yoga con apoyo de manos o ejercicios isométricos), difieren de la propuesta de ejercicios realizada por Karjalainen et al., (2023), Hamzeh et al. (2021) y Fernández-de-las-Peñas

et al. (2017) basadas en estiramientos, ejercicios de deslizamiento del nervio y tendón y/o movilidad.

Respecto a las opciones terapéuticas no quirúrgicas, el presente estudio señala, como el uso de la férula por las participantes, procede de la prescripción médica o sin prescripción, y por consejos de terceras personas. La inmovilización con férulas rígidas prefabricadas generalmente de uso nocturno es el tratamiento conservador inicial más frecuente pautado a pacientes con STC (Atroshi, et al., 2019; Howell et al., 2022). La férula inmoviliza la muñeca en una posición neutra dejando los dedos libres y limitando los movimientos de flexo-extensión causantes de la presión excesiva sobre el nervio mediano lo que disminuye la inflamación de la muñeca, mejorando los síntomas (Howell et al., 2022; Karjalainen et al., 2023). Nuestros resultados indican como algunas participantes manifestaban su incomodidad al inicio del uso de la férula mejorando los síntomas al acostumbrarse a ella. En esta línea, Atroshi et al (2019) describieron como al comenzar a usar la férula los pacientes pueden notar incomodidad y limitación, pero posteriormente sienten alivio y disminución del dolor, y hormigueos. Por otro lado, Atroshi et al. (2019) mostraron como los pacientes pueden tener dificultades económicas para adquirirlas. En contra, Karjalainen et al (2023) afirman que es un dispositivo y una intervención asequible económicamente sin efectos negativos a largo plazo, y podría ser una alternativa para pacientes que no quieren recibir cirugía. Algunas de nuestras participantes tuvieron problemas a la hora de acceder a estrategias o tratamientos que les proporcionarían alivio de los síntomas porque no tienen recursos económicos suficientes. También, en su revisión Karjalainen et al (2023) muestran como el uso de la férula tiene una evidencia de mejora limitada en los síntomas del STC y la función de la mano, y una dudosa relevancia clínica. Pese a esto la mayoría de nuestras participantes mejoraban los síntomas nocturnos, permitiéndoles así, descansar.



Respecto a la utilización de las vendas Genova et al. (2020) señalan su uso frecuente por su bajo coste económico, su accesibilidad y facilidad para combinarlas con otro tipo de tratamientos en el alivio de los síntomas. Del mismo modo Arcury et al (2015) señalan que el uso de vendas durante la jornada laboral aliviaba los síntomas. El uso del vendaje o kinesiotaping se realiza con el fin de limitar los movimientos de la muñeca reduciendo así el dolor, y facilitando o inhibiendo la contracción muscular (Arcury et al., 2015). Según describen Aminian-Far et al (2022) la ventaja que ofrece este tipo de vendaje es que no limita las actividades laborales como lo hace la férula por su rigidez. Nuestros resultados muestran cómo, además, las vendas son usadas para mostrar y resaltar una lesión o enfermedad y evitar el rechazo o sentirse incomprendidas en su casa o trabajo.

En relación con otros tratamientos, como el uso de fármacos, Arcury et al (2015) señalaron que la medicación más utilizada para el alivio de los síntomas de STC era el ibuprofeno y las vitaminas. Nuestras participantes, con los fármacos no sintieron mejoría en el dolor y resto de síntomas, y evitaron continuar con el tratamiento farmacológico. Dentro de las opciones farmacológicas en su revisión Karjalainen et al (2023) mencionan que la aplicación de corticoesteroides orales en el tratamiento del STC tiene más beneficios que el uso de la férula. Esto coincide con el estudio de Yau et al (2021) donde muestran que existen cambios morfológicos y en la movilidad del nervio (medidos a través de ecografía) tras la administración de corticoides orales. Sin embargo, ninguna de nuestras participantes mencionó la prescripción médica de corticoesteroides orales, pero si la de antiinflamatorios y vitaminas.

Nuestros resultados muestran como casi todas las participantes rechazaron la aplicación de infiltraciones. Pero, Schwartz et al. (2022) señaló como la infiltración era descrita como una opción útil cuando los tratamientos conservadores fracasan, o no se quería optar por la opción quirúrgica.

Además, las inyecciones de corticoesteroides disminuían la inflamación de la muñeca y la congestión vascular (Klokkari & Mamais, 2018). En la actualidad, se están comenzando a utilizar las inyecciones de plasma rico en plaquetas (PRP) que provocaban alivio la sintomatología ya que promueve la regeneración axonal restaurando así la función del nervio mediano (Schwartz et al., 2022).

### **Tema 6. La cirugía no es una opción**

En relación con la cirugía, nuestras participantes rechazaron esa opción por miedo a diferentes situaciones como no recuperar totalmente la funcionalidad, remisión de los síntomas, o perder autonomía. Mansilla et al. (2019) mostraron como los pacientes tras someterse a cirugía tienen un alto nivel de satisfacción por la mejora significativa y la ganancia de capacidad física tras la rehabilitación del dolor crónico. De la misma manera, en el estudio cualitativo de Khu et al (2011) los pacientes afirmaron tener una experiencia positiva con la cirugía de descompresión del STC. Sin embargo, existe controversia sobre la aplicación de terapias no invasivas como fisioterapia y ejercicios terapéuticos frente a la cirugía. Ingram et al (2018) muestran como la cirugía ocasiona un mayor coste económico sanitario, pérdida de ingresos al paciente, exposición a posibles efectos secundarios y complicaciones asociadas a la cirugía. Klokkari & Mamais (2018) muestran como el tratamiento quirúrgico mejora los síntomas, la funcionalidad de la mano y los parámetros neurofisiológicos, respecto al tratamiento conservador. Además, ambos tratamientos resultan efectivos para la mejora de los síntomas y funcionalidad a los 6 meses, pero el tratamiento conservador presenta menos complicaciones que la cirugía. Sin embargo, otros estudios muestran como la fisioterapia puede llegar a ser más efectiva a corto plazo (Fernández-de-las-Peñas et al., 2017; Fernández-De-Las-Peñas et al., 2020; Ingram et al., 2018). Nuestras participantes

experimentaron un rechazo a la cirugía por ser las responsables del cuidado de la casa y resto de la familia. Jonsson et al (2020) señalaron que las desigualdades de género en la participación de tareas domésticas y/o cuidado de niños puede tener un impacto negativo en la salud de las mujeres. Estas mujeres presentan mayor estrés y sentimientos de desigualdad al llevar la mayor carga del trabajo no remunerado del hogar, a pesar de tener su propio trabajo. Mansilla et al (2019) consideran una enfermedad grave el STC, debido a que no solo provoca dolor, también provoca limitación de la mano y de la autonomía de los pacientes en su vida diaria y laboral. Gong et al (2009) señalaron como la debilidad de la mano, la dificultad para cuidar de su familia o de su hogar, la carga económica familiar, la necesidad de pagar las facturas y el dolor persistente era lo que más preocupaba a los pacientes y las llevaba a rechazar la cirugía.

### **5.1. Limitaciones y fortalezas**

La principal fortaleza de la presente tesis es que, bajo conocimiento de los investigadores, no existe ningún estudio cualitativo que haya estudiado y descrito la perspectiva de las mujeres con STC, en relación con el tratamiento, desarrollo de estrategias y razones para elegir o no diferentes alternativas terapéuticas.

Una de las limitaciones del presente trabajo es generalizar los resultados a toda la población de mujeres con STC. Esta imposibilidad de generalizar los datos se produce porque los diseños cualitativos buscan comprender un fenómeno en profundidad, en un contexto determinado en grupos de personas que viven un mismo fenómeno (Creswell & Poth, 2018). Aunque los resultados no se pueden extrapolar a toda la población, pueden ayudar a los sanitarios, y especialistas en rehabilitación a comprender mejor el impacto del STC y las perspectivas de los pacientes con respecto a los síntomas y el manejo de las limitaciones.

La presente tesis se centró en mujeres con STC, no incluyendo hombres. El principal motivo, fue la ausencia de trabajos que profundizasen en la perspectiva de la mujer con STC. Por otro lado, no se hizo agrupaciones, dentro de nuestra muestra, por perfiles laborales. Haber realizado diferentes grupos de mujeres por perfiles laborales hubiera permitido tener acceso a experiencias en determinados ocupaciones y contextos laborales. Sin embargo, este trabajo, es el primer estudio que refleja la perspectiva de un grupo de mujeres con STC que no recibió cirugía y puede ser la base teórica para el desarrollo de futuros estudios que permitan profundizar en la experiencia de la mujer con STC por ocupaciones y diferentes perfiles laborales.

## **5.2. Futuras Líneas de Investigación**

Teniendo en cuenta los resultados expuestos, existen futuras líneas de investigación como:

- Estudios cualitativos que analicen y comparen las diferentes perspectivas de tener STC entre mujeres y hombres, en diferentes perfiles ocupacionales y/o laborales.
- Estudios cualitativos que indaguen las razones para buscar o retrasar la ayuda profesional en las pacientes con STC, así como la adherencia a tratamientos y consejos profesionales no quirúrgicos.
- Estudios cualitativos que analicen las estrategias utilizadas por las personas que padecen STC para afrontar sus actividades de la vida diaria en su entorno familiar y social.
- Estudios cualitativos que analicen las estrategias utilizadas en el entorno laboral de personas que padecen STC en diferentes tipos de profesiones.

## **6. Conclusiones**



## **6. CONCLUSIONES**

Las conclusiones de la presente tesis doctoral son:

**Objetivo 1: Describir y explorar las experiencias de mujeres que padecen STC respecto al manejo de síntomas y limitaciones.**

Las mujeres con STC describieron la clínica que sufren como dolor, pérdida de fuerza, hormigueo y adormecimiento de dedos y manos, agarrotamiento y bloqueo de la mano al cerrar los dedos y la dificultad posterior de la apertura de la mano. Es relevante como a pesar de la clínica, las mujeres continuaron trabajando, atendiendo a las personas de su entorno familiar, llevando la carga familiar y del hogar. Entre las limitaciones que padecieron las mujeres con STC se encontraron: dificultad en la apertura de objetos, manejo de utensilios y herramientas, conducir, comunicarse, en el cuidado e higiene diaria y dificultades en su puesto de trabajo.

**Objetivo 2: Describir y explorar las experiencias de mujeres que padecen STC respecto a las estrategias que desarrollan en su vida diaria.**

Las mujeres que padecen STC tuvieron que afrontar las limitaciones en su vida diaria. Para ello desarrollaron estrategias como recurrir a mecanismos facilitadores de tareas, solicitar ayuda a familiares o compañeros, compensar con la mano no afectada, limitar los movimientos, limitar la carga y transporte de peso, reducir el número de actividades realizadas, aumentar los periodos de descanso o adaptar la manera de conducir.

**Objetivo 3: Describir la perspectiva de las pacientes con STC sobre el proceso del diagnóstico.**

Las participantes describieron entre los motivos principales para buscar un diagnóstico, la repetición de la clínica, la intensidad y duración del dolor, y la imposibilidad de adaptar el puesto de trabajo. Consideraron que el proceso de diagnóstico se retrasó por su propia demora en buscar ayuda profesional, y por la organización de la atención sanitaria que tardó en derivarlas al médico especialista y en solicitar las pruebas diagnósticas necesarias. También señalaron como la información recibida sobre su diagnóstico y opciones de tratamiento fue confusa, y poco clara.

**Objetivo 4: Describir la perspectiva de las pacientes con STC respecto a los diferentes tratamientos, sus expectativas, y las razones para aceptar o rechazar los tratamientos.**

Las mujeres con STC percibieron muy limitada sus opciones terapéuticas. Por un lado, la opción más habitual era la cirugía, reservada en los casos más graves. Por otro lado, se recomendaron el uso de férulas nocturnas, medicación, estiramientos, y fisioterapia, en los casos menos graves. Para las participantes, sus expectativas de un buen resultado terapéutico incluían evitar la cirugía, mejorar la funcionalidad de la mano para poder realizar sus actividades de la vida diaria, y recuperar el descanso nocturno. La opción de medicación como tratamiento no fue muy aceptada entre las pacientes, al no tener un efecto claro y ser percibido como un riesgo. Respecto la cirugía, fue la opción más rechazada por las participantes.

**Objetivo 5: Describir la perspectiva de las pacientes con STC con su relación con los profesionales sanitarios.**

Las mujeres con STC describieron como la relación con los médicos de atención primaria, y especialistas fue complicada. Tuvieron limitaciones a la hora de reclamar informes para presentarlos a sus empresas, confirmar la adecuación del puesto de trabajo o solicitar una baja



laboral. Por otro lado, las participantes tuvieron limitadas su participación en el proceso de toma de decisiones de su tratamiento. No se sintieron escuchadas, sin opciones de elección de tratamientos, y sin tiempo para preguntar en las consultas.

**Objetivo 6: Describir y explorar la experiencia de las mujeres con STC sobre la aparición de dificultades en su trabajo, y el efecto en su situación económica.**

Las participantes percibieron el STC como una enfermedad laboral. Las participantes se adaptaban al trabajo alternando días de descanso o periodos de descanso dentro de la jornada, cambiando las actividades o tareas realizadas, evitando movimientos repetitivos durante periodos de tiempo prolongados, realizando los movimientos más lentos o cargando menos peso del habitual.

Para nuestras participantes dejar de trabajar no fue una opción válida, tampoco pedir la baja, ya que la economía familiar, dependía de ellas. En el caso de mujeres que trabajaban por cuenta ajena o son propietarias de su negocio la opción de abandonar su negocio por tener que recuperarse por un tratamiento como la cirugía no era una alternativa terapéutica. En ocasiones, existen dificultades para comprar dispositivos o realizar los tratamientos recomendados (por ejemplo, fisioterapia) por su situación económica.



## **7. Bibliografia**



## 7. BIBLIOGRAFIA

- Aboonq M. S. (2015). Pathophysiology of carpal tunnel syndrome. *Neurosciences* (Riyadh, Saudi Arabia), 20(1), 4–9.
- Afifi, M., Santello, M., & Johnston, J. A. (2012). Effects of carpal tunnel syndrome on adaptation of multi-digit forces to object texture. *Clinical Neurophysiology*, 123(11), 2281–2290. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2012.04.013>
- Alanazy, M. H., Albulaihe, H., Alhumayyd, Z., Albarrak, A. M., & Abuzinadah, A. R. (2021). A timed Phalen's test predicts abnormal electrophysiology in carpal tunnel syndrome. *Brain and Behavior*, 11(4). <https://doi.org/10.1002/brb3.2056>
- Al Shahrani, E., Al Shahrani, A., & Al-Maflehi, N. (2021). Personal factors associated with carpal tunnel syndrome (CTS): a case-control study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 1050. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04941-y>
- American Association of Electrodiagnostic Medicine, American Academy of Neurology, and American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (2002). Practice parameter for electrodiagnostic studies in carpal tunnel syndrome: summary statement. *Muscle & Nerve*, 25(6), 918–922. <https://doi.org/10.1002/mus.10185>
- Aminian-Far, A., Pahlevan, D., & Kohnegi, F. M. (2022). Kinesio taping as an alternative treatment for manual laborers with carpal tunnel syndrome: A double-blind randomized clinical trial. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 35(2), 439–447. <https://doi.org/10.3233/BMR-210035>
- Arcury, T. A., Mora, D. C., & Quandt, S. A. (2015). «...you earn money by suffering pain: » Beliefs About Carpal Tunnel Syndrome Among Latino Poultry Processing Workers.

- Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(3), 791-801.  
<https://doi.org/10.1007/S10903-013-9967-5>
- Aroori, S., & Spence, R. A. (2008). Carpal tunnel syndrome. *The Ulster medical journal*, 77(1), 6-17.
- Atroshi, I., Lyrén, P. E., & Gummesson, C. (2009). The 6-item CTS symptoms scale: A brief outcomes measure for carpal tunnel syndrome. *Quality of Life Research*, 18(3), 347-358.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-009-9449-3>
- Atroshi, I., Tadjerbashi, K., McCabe, S. J., & Ranstam, J. (2019). Treatment of carpal tunnel syndrome with wrist splinting: Study protocol for a randomized placebo-controlled trial. *Trials*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3635-6>
- Bassi Follari, J. E. (2015). El código de transcripción de Gail Jefferson: adaptación para las ciencias sociales. *Quaderns de Psicologia*, 17(1), 39-62.  
<http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1252>
- Belasen, A., & Belasen, A. T. (2018). Doctor-patient communication: a review and a rationale for using an assessment framework. *Journal of Health Organization and Management*, 32(7), 891-907. <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2017-0262>
- Bonfiglioli, R., Mattioli, S., Fiorentini, C., Graziosi, F., Curti, S., & Violante, F. S. (2007). Relationship between repetitive work and the prevalence of carpal tunnel syndrome in part-time and full-time female supermarket cashiers: A quasi-experimental study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80(3), 248-253.  
<https://doi.org/10.1007/s00420-006-0129-0>

- Calner, T., Isaksson, G., & Michaelson, P. (2021). Physiotherapy treatment experiences of persons with persistent musculoskeletal pain: A qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(1), 28-37. <https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1622162>
- Carpenter, C. M., & Suto, M. (2008). *Qualitative research for occupational and physical therapists: a practical guide*. Wiley.
- Cervera, J., Tejedor, M. B., Pajares, F. G., Lahiguera, R. G., & Ferreres, A. L. (2017). Valoración del cuestionario de BOSTON como screening en patología laboral por síndrome del túnel carpiano. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 26(1), 31-38.
- Chen, Y. P., Kuo, Y. J., & Chiang, M. H. (2022). Extracorporeal Shock Wave Therapy Provides Limited Therapeutic Effects on Carpal Tunnel Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina* (Kaunas, Lithuania), 58(5), 677. <https://doi.org/10.3390/medicina58050677>
- Coenen, M., Kus, S., Rudolf, K. D., Müller, G., Berno, S., Dereskewitz, C., & Macdermid, J. (2013). Do patient-reported outcome measures capture functioning aspects and environmental factors important to individuals with injuries or disorders of the hand? *Journal of Hand Therapy*, 26(4), 332-342. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2013.06.002>
- Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour for the treatment of chronic pain. *British Journal of Community Nursing*, 16(2), 90-98. <https://doi.org/10.12968/BJCN.2011.16.2.90>
- Creswell J.W., & Poth C.N. (2018). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*. (4th ed). Thousand Oaks, CA: Sage.

- de La Llave-Rincón, A. I., Fernández-De-Las-Peñas, C., Pérez-De-Heredia-Torres, M., Martínez-Perez, A., Valenza, M. C., & Pareja, J. A. (2011). Bilateral deficits in fine motor control and pinch grip force are not associated with electrodiagnostic findings in women with carpal tunnel syndrome. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(6), 443-451. <https://doi.org/10.1097/PHM.0B013E31821A7170>
- Deak, N., Black, A. C., & Bordoni, B. (2022). *Anatomy, Shoulder and Upper Limb, Wrist Flexor Retinaculum*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Demiryurek, B. E., Gündoğdu, A. A., & Demiryurek, B. E. (2018). Prevalence of Carpa Tunnel Syndrome an its Correlation with Pain Amongst Female Hairdressers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 31(3), 333-339. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01068>
- Doughty, C. T., & Bowley, M. P. (2019). Entrapment Neuropathies of the Upper Extremity. *The Medical Clinics of North America*, 103(2), 357–370. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.012>
- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 131-142. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2005.11.026>
- Dubois de Mont-Marin, G., Laulan, J., le Nen, D., & Bacle, G. (2021). Topographic anatomy of structures liable to compress the median nerve at the elbow and proximal forearm. *Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research*, 107(2). <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2021.102813>
- Erick, P., Benjamin, K., Raditloko, S., Tapera, R., & Mbongwe, B. (2021). Risk factors for self-reported carpal tunnel syndrome among hairstylists in Gaborone, Botswana. *International*



*Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 34(3), 437–450.  
<https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01659>

Erickson, M., Lawrence, M., Jansen, C. W. S., Coker, D., Amadio, P., & Cleary, C. (2019). Hand Pain and Sensory Deficits: Carpal Tunnel Syndrome. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 49(5), CPG1–CPG85. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0301>

Fernández-De-Las Peñas, C., Ortega-Santiago, R., de La Llave-Rincón, A. I., Martínez-Perez, A., Fahandezh-Saddi Díaz, H., Martínez-Martín, J., Pareja, J. A., & Cuadrado-Pérez, M. L. (2015). Manual Physical Therapy Versus Surgery for Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Parallel-Group Trial. *The Journal of Pain*, 16(11), 1087-1094. <https://doi.org/10.1016/J.JPAIN.2015.07.012>

Fernández-De-Las-Peñas, C., Arias-Burúa, J. L., Cleland, J. A., Pareja, J. A., Plaza-Manzano, G., & Ortega-Santiago, R. (2020). Manual Therapy Versus Surgery for Carpal Tunnel Syndrome: 4-Year Follow-Up From a Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy*, 100(11), 1987-1996. <https://doi.org/10.1093/PTJ/PZAA150>

Fernández-de-las-peñas, C., Arias-Burúa, J. L., Ortega-Santiago, R., & De-la-Llave-Rincón, A. I. (2020). Understanding central sensitization for advances in management of carpal tunnel syndrome. *F1000Research*, 9, 1-7. <https://doi.org/10.12688/f1000research.22570.1>

Fernández-de-las-Peñas, C., Cleland, J., Palacios-Ceña, M., Fuensalida-Novo, S., Alonso-Blanco, C., Pareja, J. A., & Albuquerque-Sendín, F. (2017). Effectiveness of manual therapy versus surgery in pain processing due to carpal tunnel syndrome: A randomized clinical trial. *European Journal of Pain* (London, England), 21(7), 1266-1276. <https://doi.org/10.1002/EJP.1026>

- Fernández-De-Las-Peñas, C., Pérez-De-Heredia-Torres, M., Martínez-Piédrola, R., de La Llave-Rincón, A. I., & Cleland, J. A. (2009). Bilateral deficits in fine motor control and pinch grip force in patients with unilateral carpal tunnel syndrome. *Experimental Brain Research*, 194(1), 29-37. <https://doi.org/10.1007/s00221-008-1666-4>
- Franklin, G. M., & Friedman, A. S. (2015). Work-Related Carpal Tunnel Syndrome: Diagnosis and Treatment Guideline. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 26(3), 523–537. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2015.04.003>
- Garland, F. C., Balazs, L. L., Gorham, E. D., Garland, C. F., Doyle, E. J., Pugh, W. M., & Levine, R. (1996). Carpal tunnel syndrome and occupation in u.s. navy enlisted personnel. *Archives of Environmental Health*, 51(5), 395-407. <https://doi.org/10.1080/00039896.1996.9934428>
- Gazerani, P., Aloisi, A. M., & Ueda, H. (2021). Editorial: Differences in Pain Biology, Perception, and Coping Strategies: Towards Sex and Gender Specific Treatments. *Frontiers in Neuroscience*, 15. <https://doi.org/10.3389/FNINS.2021.697285>
- Gearing, R. E. (2004). Bracketing in research: A typology. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1429-1452. <https://doi.org/10.1177/1049732304270394>
- Genova, A., Dix, O., Saefan, A., Thakur, M., & Hassan, A. (2020). Carpal Tunnel Syndrome: A Review of Literature. *Cureus*, 12(3), 316-320. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.7333>
- Ghazisaeidi, S., Muley, M. M., & Salter, M. W. (2023). Neuropathic Pain: Mechanisms, Sex Differences, and Potential Therapies for a Global Problem. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 63, 565–583. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-051421-112259>

- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>
- Giorgi, A. (2012). The descriptive phenomenological psychological method. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43(1), 3–12. <https://doi.org/10.1163/156916212X632934>
- Gong, H. S., Baek, G. H., Oh, J. H., Lee, Y. H., Jeon, S. H., & Chung, M. S. (2009). Factors affecting willingness to undergo carpal tunnel release. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 91(9), 2130–2136. <https://doi.org/10.2106/JBJS.H.01221>
- Gong, H. S., Park, J. W., Shin, Y. H., Kim, K., Cho, K. J., & Baek, G. H. (2017). Use of a decision aid did not decrease decisional conflict in patients with carpal tunnel syndrome. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1478-4>
- Gooding, M. S., Evangelista, V., & Pereira, L. (2020). Carpal Tunnel Syndrome and Meralgia Paresthetica in Pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 75(2), 121-126. <http://journals.lww.com/obgynsurvey>
- Guan, W., Lao, J., Gu, Y., Zhao, X., Rui, J., & Gao, K. (2018). Case-control study on individual risk factors of carpal tunnel syndrome. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 15(3), 2761–2766. <https://doi.org/10.3892/etm.2018.5817>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage Publications, Inc.
- Hamzeh, H., Madi, M., Alghwiri, A. A., & Hawamdeh, Z. (2021). The long-term effect of neurodynamics vs exercise therapy on pain and function in people with carpal tunnel

- syndrome: A randomized parallel-group clinical trial. *Journal of Hand Therapy*, 34(4), 521–530. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2020.07.005>
- Harbishettar, V., Krishna, K. R., Srinivasa, P., & Gowda, M. (2019). The enigma of doctor-patient relationship. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 4), S776–S781. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_96\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_96_19)
- Hegmann, K. T., Merryweather, A., Thiese, M. S., Kendall, R., Garg, A., Kapellusch, J., Foster, J., Drury, D., Wood, E. M., & Melhorn, J. M. (2018). Median Nerve Symptoms, Signs, and Electrodiagnostic Abnormalities among Working Adults. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 26(16), 576-584. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-17-00034>
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine* (1982), 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Ho, T., & Braza, M. E. (2022). Hoffmann Tinel Sign. *Encyclopedia of Pain*, 1497-1497. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-28753-4\\_100933](https://doi.org/10.1007/978-3-642-28753-4_100933)
- Howell, D. M., Bechmann, S., & Underwood, P. J. (2022). *Wrist Splint*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Ingram, J., Mauck, B. M., Thompson, N. B., & Calandruccio, J. H. (2018). Cost, Value, and Patient Satisfaction in Carpal Tunnel Surgery. *The Orthopedic Clinics of North America*, 49(4), 503-507. <https://doi.org/10.1016/J.OCL.2018.06.005>
- Jack, S. M. (2006). Utility of Qualitative Research Findings in Evidence-Based Public Health Practice. *Public Health Nursing*, 23(3), 277-283.

- Jack, S. M., & Phoenix, M. (2022). Qualitative health research in the fields of developmental medicine and child neurology. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(7), 830-839. <https://doi.org/10.1111/DMCN.15182>
- Jackson, R., Beckman, J., Frederick, M., Musolin, K., & Harrison, R. (2018). Rates of Carpal Tunnel Syndrome in a State Workers' Compensation Information System, by Industry and Occupation - California, 2007-2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(39), 1094–1097. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6739a4>
- Johnson, E. O., Vekris, M. D., Zoubos, A. B., & Soucacos, P. N. (2006). Neuroanatomy of the brachial plexus: The missing link in the continuity between the central and peripheral nervous systems. *Microsurgery*, 26(4), 218-229. <https://doi.org/10.1002/MICR.20233>
- Joshi, A., Patel, K., Mohamed, A., Oak, S., Zhang, M. H., Hsiung, H., Zhang, A., & Patel, U. K. (2022). Carpal Tunnel Syndrome: Pathophysiology and Comprehensive Guidelines for Clinical Evaluation and Treatment. *Cureus*, 14(7), e27053. <https://doi.org/10.7759/cureus.27053>
- Kanaka, D. S., Robbins, M., Aragaki, D., Basu, A., Conlon, C., Dworsky, M., Benner, D., Seelam, R., & Nuckols, T. K. (2020). The quality of electrodiagnostic tests for carpal tunnel syndrome: Implications for surgery, outcomes, and expenditures. *Muscle and Nerve*, 62(1), 60-69. <https://doi.org/10.1002/mus.26874>
- Kang, E., & Hwang, H.-J. (2021). Ethical Conducts in Qualitative Research Methodology: Participant Observation and Interview Process. *Journal of Research and Publication Ethics*, 2(2), 5-10. <https://doi.org/10.15722/jrpe.2.2.202109.5>

- Karjalainen, T. V., Lusa, V., Page, M. J., O'Connor, D., Massy-Westropp, N., & Peters, S. E. (2023). Splinting for carpal tunnel syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD010003. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010003.pub2>
- Khu, K. J., Bernstein, M., & Midha, R. (2011). Patients' perceptions of carpal tunnel and ulnar nerve decompression surgery. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 38(2), 268–273. <https://doi.org/10.1017/s0317167100011458>
- Kim, H. K., Jun, M., Rhee, S., & Wreen, M. (2020). Husserlian phenomenology in Korean nursing research: analysis, problems, and suggestions. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 17, 13. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2020.17.13>
- Kinchin, I. M., Streatfield, D., & Hay, D. B. (2010). Using Concept Mapping to Enhance the Research Interview. *International Journal of Qualitative Methods*, 9(1), 52–68. <https://doi.org/10.1177/160940691000900106>
- King, J. W., Neville, M., Schultz, S. W., Hersch, G., & Stegink-Jansen, C. W. (2021). Psychosocial influences in the development of cumulative trauma disorders. *Journal of Hand Therapy*, 34(2), 217–236. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2021.04.018>
- Klem, N. R., Bunzli, S., Smith, A., & Shields, N. (2021a). Demystifying Qualitative Research for Musculoskeletal Practitioners Part 2: Understanding the Foundations of Qualitative Research. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 51(12), 559-561. <https://doi.org/10.2519/JOSPT.2021.0113>
- Klem, N. R., Smith, A., Shields, N., & Bunzli, S. (2021b). Demystifying Qualitative Research for Musculoskeletal Practitioners Part 1: What Is Qualitative Research and How Can It Help Practitioners Deliver Best-Practice Musculoskeletal Care?. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 51(11), 531–532. <https://doi.org/10.2519/jospt.2021.0110>

- Klem, N. R., Shields, N., Smith, A., & Bunzli, S. (2022a). Demystifying Qualitative Research for Musculoskeletal Practitioners Part 3: Phenomeno-what? Understanding What the Qualitative Researchers Have Done. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 52(1), 3–7. <https://doi.org/10.2519/jospt.2022.10485>
- Klem, N. R., Shields, N., Smith, A., & Bunzli, S. (2022b). Demystifying Qualitative Research for Musculoskeletal Practitioners Part 4: A Qualitative Researcher's Toolkit-Sampling, Data Collection Methods, and Data Analysis. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 52(1), 8–10. <https://doi.org/10.2519/jospt.2022.10486>
- Klem, N. R., Bunzli, S., Smith, A., & Shields, N. (2022c) Demystifying Qualitative Research for Musculoskeletal Practitioners Part 5: Rigor in Qualitative Research. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 52(2), 60–62. <https://doi.org/10.2519/jospt.2022.10487>
- Klokkari, D., & Mamais, I. (2018). Effectiveness of surgical versus conservative treatment for carpal tunnel syndrome: A systematic review, meta-analysis and qualitative analysis. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 38(2), 91–114. <https://doi.org/10.1142/S1013702518500087>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. part 2: Context, research questions and designs. *European Journal of General Practice*, 23(1), 274-279. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120-124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>

- Küçükakkaş, O., & Yurdakul, O. V. (2019). The diagnostic value of clinical examinations when diagnosing carpal tunnel syndrome assisted by nerve conduction studies. *Journal of Clinical Neuroscience*, 61, 136-141. <https://doi.org/10.1016/J.JOCN.2018.10.106>
- Kuper, A., Lingard, L., & Levinson, W. (2008). Critically appraising qualitative research. *BMJ*, 337, a1035. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1035>
- Lee, J. K., Lee, S. H., Kim, B., Jung, K., Park, I., & Han, S. H. (2018). Risk Factors of Carpal Tunnel Syndrome for Male Patient Undergoing Carpal Tunnel Release. *Handchirurgie Mikrochirurgie Plastische Chirurgie*, 50(5), 335-340. <https://doi.org/10.1055/a-0747-5982>
- Leinberry, C. F., & Wehbé, M. A. (2004). Brachial plexus anatomy. *Hand Clinics*, 20(1), 1–5. [https://doi.org/10.1016/s0749-0712\(03\)00088-x](https://doi.org/10.1016/s0749-0712(03)00088-x)
- Lewis, K. J., Coppieters, M. W., Ross, L., Hughes, I., Vicenzino, B., & Schmid, A. B. (2020). Group education, night splinting and home exercises reduce conversion to surgery for carpal tunnel syndrome: a multicentre randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 66(2), 97–104. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.007>
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Lores-Peniche, J. A., Huchim-Lara, O., & Méndez-Domínguez, N. (2020). Carpal tunnel syndrome: Epidemiological analysis of cases treated in hospital services in Mexico. *Fisioterapia*, 42(2), 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2019.12.001>
- MacDonald, M., & Chalk, C. (2011). Not just numbers: qualitative research and the clinical neurosciences. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 38(2), 195-196. <https://doi.org/10.1017/S031716710001132X>
- Mack, N., Woodsong, C., Macqueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2005). *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*. Family Health International (FHI), USA.



- Mackinnon, S. E. (2002). Pathophysiology of nerve compression. *Hand Clinics*, 18(2), 231-241.
- Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge: Evidence beyond measures and numbers. *Lancet*, 358(9279), 397-400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05548-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05548-9)
- Mann, E. G., VanDenKerkhof, E. G., Johnson, A., & Gilron, I. (2019). Help-seeking behavior among community-dwelling adults with chronic pain. *Canadian Journal of Pain*, 3(1), 8. <https://doi.org/10.1080/24740527.2019.1570095>
- Mansilla, R., Acioly, M. A., Romão, T. T., Mangolin, A., Dos, J., Silva, S., & Landeiro, J. A. (2019). Patient's Perceptions of Carpal Tunnel Surgery. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia*, 30 (3): 197-206.
- Martin, H. (2007). Patients' Health Beliefs and Adaptation to Carpal Tunnel Syndrome Based on Duration of Symptomatic Presentation. *Journal of Hand Therapy*, 20(1), 29-36. <https://doi.org/10.1197/j.jht.2006.10.002>
- Matua, G. A., & van der Wal, D. M. (2015). Differentiating between descriptive and interpretive phenomenological research approaches. *Nurse Researcher*, 22(6), 22-27. <https://doi.org/10.7748/NR.22.6.22.E1344>
- Mazurek, M. T., & Shin, A. Y. (2001). Upper Extremity Peripheral Nerve Anatomy. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 383, 7-20. <https://doi.org/10.1097/00003086-200102000-00004>
- McLellan, E., MacQueen, K. M., & Neidig, J. L. (2003). Beyond the Qualitative Interview: Data Preparation and Transcription. *Field Methods*, 15(1), 63-84. <https://doi.org/10.1177/1525822X02239573>
- Michelsen, H., & Posner, M. A. (2002). Medical history of carpal tunnel syndrome. *Hand Clinics*, 18(2), 257-268. [https://doi.org/10.1016/s0749-0712\(01\)00006-3](https://doi.org/10.1016/s0749-0712(01)00006-3)

- Miles M.B, Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3th ed.). SAGE Publications, Inc.
- Mitake, T., Iwatsuki, K., & Hirata, H. (2020). Differences in characteristics of carpal tunnel syndrome between male and female patients. *Journal of Orthopaedic Science*, 25(5), 843-846. <https://doi.org/10.1016/j.jos.2019.10.017>
- Mizia, E., Tomaszewski, K., Depukat, P., Klimek-Piotrowska, W., Pasternak, A., Mroz, I., & Bonczar, T. (2013). Median nerve (anatomical variations) and carpal tunnel syndrome - revisited. *Folia medica Cracoviensia*, 53(4), 37–46.
- Mogil, J. S. (2020). Qualitative sex differences in pain processing: emerging evidence of a biased literature. *Nature Reviews Neuroscience*, 21(7), 353-365. <https://doi.org/10.1038/S41583-020-0310-6>
- Moro-López-Menchero, P., Cigarán-Méndez, M. I., Florencio, L. L., Güeita-Rodríguez, J., Fernández-de-Las-Peñas, C., & Palacios-Ceña, D. (2022). Facing symptoms and limitations: a qualitative study of women with carpal tunnel syndrome. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 1–11. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2112970>
- Morse, J. M. (2007). Ethics in action: Ethical principles for doing qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1003-1005. <https://doi.org/10.1177/1049732307308197>
- Mose, S., Kent, P., Smith, A., Andersen, J. H., & Christiansen, D. H. (2021). Trajectories of Musculoskeletal Healthcare Utilization of People with Chronic Musculoskeletal Pain – A Population-Based Cohort Study. *Clinical Epidemiology*, 13, 825. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S323903>

- Moser, A., & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 1: Introduction. *The European Journal of General Practice*, 23(1), 271–273. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375093>.
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European Journal of General Practice*, 24(1), 9–18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Nakarada-Kordic, I., Patterson, N., Wrapson, J., & Reay, S. D. (2018). A Systematic Review of Patient and Caregiver Experiences with a Tracheostomy. *The Patient*, 11(2), 175–191. <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0277-1>
- Núñez-Cortés, R., Cruz-Montecinos, C., Antúnez-Riveros, M. A., & Pérez-Alenda, S. (2020). Does the educational level of women influence hand grip and pinch strength in carpal tunnel syndrome?. *Medical Hypotheses*, 135, 109474. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.109474>
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, 8(2), 90. <https://doi.org/10.1007/S40037-019-0509-2>
- Newington, L., Brooks, C., Warwick, D., Adams, J., & Walker-Bone, K. (2019). Return to work after carpal tunnel release surgery: a qualitative interview study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2638-5>
- Newington, L., Harris, E. C., & Walker-Bone, K. (2015). Carpal tunnel syndrome and work. Best practice & research. *Clinical rheumatology*, 29(3), 440–453. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.026>

- Norlyk, A., & Harder, I. (2010). What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies. *Qualitative Health Research*, 20(3), 420-431. <https://doi.org/10.1177/1049732309357435>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Osiak, K., Elnazir, P., Walocha, J. A., & Pasternak, A. (2022). Carpal tunnel syndrome: state-of-the-art review. *Folia Morphologica*, 81(4), 851–862. <https://doi.org/10.5603/FM.a2021.0121>
- Palacios-Ceña, D., Neira-Martín, B., Silva-Hernández, L., Mayo-Canalejo, D., Florencio, L. L., Fernández-De-Las-Peñas, C., García-Moreno, H., García-Azorín, D., & Cuadrado, M. L. (2017). Living with chronic migraine: a qualitative study on female patients' perspectives from a specialised headache clinic in Spain. *BMJ Open*, 7(8). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2017-017851>
- Patel, A., Deza Culbertson, M., Patel, A., Hashem, J., Jacob, J., Edelstein, D., & Choueka, J. (2014). The Negative Effect of Carpal Tunnel Syndrome on Sleep Quality. *Sleep Disorders*, 2014, 962746. <https://doi.org/10.1155/2014/96274>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
- Paulsen, F., & Waschke, J. (2010). *Sobotta – Atlas der Anatomie des Menschen*. (23rd ed.). Elsevier

- Peters, M., Abu-Saad, H., Vydellingum, V., & Murphy, M. (2002). Views and Perspectives Research into Headache: The Contribution of Qualitative Methods. *Headache*, 42(10), 1051-1059. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2002.02238.x>
- Pfeffer, G. B., Gelberman, R. H., Boyes, J. H., & Rydevik, B. (1988). The history of carpal tunnel syndrome. *Journal of Hand Surgery*, 13(1), 28–34. [https://doi.org/10.1016/0266-7681\\_88\\_90046-0](https://doi.org/10.1016/0266-7681_88_90046-0)
- Phalen G. S. (1951). Spontaneous compression of the median nerve at the wrist. *Journal of the American Medical Association*, 145(15), 1128–1133.
- Pope, C., & Mays, N. (2020). *Qualitative Research in Health Care*. (4th ed). Wiley-Blackwell.
- Riccò, M., Cattani, S., & Signorelli, C. (2016). Personal risk factors for carpal tunnel syndrome in female visual display unit workers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 29(6), 927-936. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00781>
- Roel-Valdés, J., Arizo-Luque, V., & Ronda-Pérez, E. (2006). Epidemiología del síndrome del túnel carpiano de origen laboral en la provincia de Alicante, 1996-2004. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 395–409. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272006000400009>
- Roomizadeh, P., Eftekharsadat, B., Abedini, A., Ranjbar-Kiyakalayeh, S., Yousefi, N., Ebadi, S., & Babaei-Ghazani, A. (2019). Ultrasonographic Assessment of Carpal Tunnel Syndrome Severity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 98(5), 373–381. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001104>
- Roquelaure, Y., Garlantézec, R., Evanoff, B. A., Descatha, A., Fassier, J. B., & Bodin, J. (2020). Personal, biomechanical, psychosocial, and organizational risk factors for carpal tunnel

- syndrome: a structural equation modeling approach. *Pain*, 161(4), 749–757.  
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001766>
- Roth Bettlach, C. L., Hasak, J. M., Krauss, E. M., Yu, J. L., Skolnick, G. B., Bodway, G. N., Kahn, L. C., & Mackinnon, S. E. (2019). Preferences in Sleep Position Correlate with Nighttime Paresthesias in Healthy People Without Carpal Tunnel Syndrome. *Hand* (New York, N.Y.), 14(2), 163. <https://doi.org/10.1177/1558944717735942>
- Rotman, M. B., & Donovan, J. P. (2002). Practical anatomy of the carpal tunnel. *Hand Clinics*, 18(2), 219-230. [https://doi.org/10.1016/s0749-0712\(01\)00003-8](https://doi.org/10.1016/s0749-0712(01)00003-8)
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality and Quantity*, 52(4), 1893-1907.  
<https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Schwartz, R. H., Urits, I., & Viswanath, O. (2022). Carpal Tunnel Injection. *Essential Orthopaedics*, 440-442. <https://doi.org/10.1016/b978-1-4160-5473-3.00106-4>
- Seitz, W. H., Matsuoka, H., McAdoo, J., Sherman, G., & Stickney, D. P. (2007). Acute compression of the median nerve at the elbow by the lacertus fibrosus. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 16(1), 91-94. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2006.04.005>
- Sevy, J., & Varacallo, M. (2022). *Carpal Tunnel Syndrome*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Shi, Q., Bobos, P., Lalone, E. A., Warren, L., & MacDermid, J. C. (2020). Comparison of the Short-Term and Long-Term Effects of Surgery and Nonsurgical Intervention in Treating Carpal Tunnel Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hand* (New York, N.Y.), 15(1), 13. <https://doi.org/10.1177/1558944718787892>

- Shiri, R., & Falah-Hassani, K. (2015). Computer use and carpal tunnel syndrome: A meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences*, 349(1-2), 15-19. <https://doi.org/10.1016/J.JNS.2014.12.037>
- Simovic, D., & Weinberg, D. H. (2000). Carpal Tunnel Syndrome. *Archives of Neurology*, 57(5), 754-755. <https://doi.org/10.1001/archneur.57.5.754>
- Singh, G. K., & Srivastava, S. (2020). Grip strength of occupational workers in relation to carpal tunnel syndrome and individual factors. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 26(2), 296–302. <https://doi.org/10.1080/10803548.2018.1462915>
- Sluiter, J. K., Rest, K. M., & Frings-Dresen, M. H. (2001). Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27 Suppl 1, 1–102.
- Soubeyrand, M., Melhem, R., Protais, M., Artuso, M., & Crézé, M. (2020). Anatomy of the median nerve and its clinical applications, *Hand Surgery and Rehabilitation*, 39(1), 2-18. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2019.10.197>
- Stecco, C., & Aldegheri, R. (2008). Historical review of Carpal Tunnel Syndrome. *La Chirurgia Degli Organi Di Movimento*, 92, 7-10. <https://doi.org/10.1007/s12306-008-0033-2>
- Sternbach G. (1999). The carpal tunnel syndrome. *The Journal of Emergency Medicine*, 17(3), 519–523. [https://doi.org/10.1016/s0736-4679\(99\)00030-x](https://doi.org/10.1016/s0736-4679(99)00030-x)
- Stjernbrandt, A., Vihlborg, P., Wahlström, V., Wahlström, J., & Lewis, C. (2022). Occupational cold exposure and symptoms of carpal tunnel syndrome – a population-based study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05555-8>

- Sundstrup, E., Jakobsen, M. D., Andersen, C. H., Jay, K., Persson, R., Aagaard, P., & Andersen, L. L. (2014). Effect of two contrasting interventions on upper limb chronic pain and disability: a randomized controlled trial. *Pain Physician*, 17(2), 145–154.
- Tanriverdi, M., Hosbay, Z., & Algun, Z. C. (2019). The relationship of pain on the upper extremity functions and quality of life in patients with carpal tunnel syndrome. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 32(1), 71-76. <https://doi.org/10.3233/BMR-171097>
- Tekavec, E., Löfqvist, L., Larsson, A., Fisk, K., Riddar, J., Nilsson, T., & Nordander, C. (2021). Adverse health manifestations in the hands of vibration exposed carpenters - a cross sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12995-021-00305-3>
- Tilley, P. M., Mulla, D. M., & Keir, P. J. (2023). Effects of sex and age on work-related upper extremity musculoskeletal disorders in Ontario, Canada. *Work* (Reading, Mass.), 10.3233/WOR-220175. Advance online publication. <https://doi.org/10.3233/WOR-220175>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Trillos-Chacón, M. C., Castillo-M, J. A., Tolosa-Guzman, I., Sánchez Medina, A. F., & Ballesteros, S. M. (2021). Strategies for the prevention of carpal tunnel syndrome in the workplace: A systematic review. *Applied Ergonomics*, 93, 103353. <https://doi.org/10.1016/J.APERGO.2020.103353>
- Upton, A. R., & McComas, A. J. (1973). The double crush in nerve entrapment syndromes. *Lancet* (London, England), 2(7825), 359–362.



Valles Martinez, M. (2003). Técnicas cualitativas de investigación social. Síntesis.

Varela Rodriguez, C., Ruiz López, P. M., Pérez Gonzalez, A., Salamanca Castro, A. B., Sellán Soto, M. C., Hass, N., & Bezos Daleske, C. (2022). *Guía para el diseño, implementación y medición de la experiencia del paciente mediante PREM (paciente-reported experience measures)*. Asociación Madrileña de Calidad Asistencial. <https://iexp.es/documentos/guia-prem.pdf>

Whiffin, C. J., Smith, B. G., Selveindran, S. M., Bashford, T., Esene, I. N., Mee, H., Barki, M. T., Baticulon, R. E., Khu, K. J., Hutchinson, P. J., & Kolias, A. G. (2022). The Value and Potential of Qualitative Research Methods in Neurosurgery. *World neurosurgery*, 161, 441–449. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.12.040>

Wolny, T., Linek, P., & Saulicz, E. (2019). Assessment of manual dysfunction in occupationally active women with carpal tunnel syndrome. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 32(2), 185-196. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01263>

Wong, S. S. C., Choi, S. W., & Cheung, C. W. (2018). A comparison of chronic pain with and without neuropathic characteristics in a Hong Kong Chinese population: An analysis of pain related outcomes and patient help seeking behaviour. *PloS One*, 13(10). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0204054>

Wright, A. R., & Atkinson, R. E. (2019). Carpal Tunnel Syndrome: An Update for the Primary Care Physician. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare*, 78(11 Suppl 2), 6. [/pmc/articles/PMC6874691/](https://pmc/articles/PMC6874691/)

- Yau, Y. C., Yang, C. P., Lin, C. P., Tsai, I. J., Chang, C. M., Yang, C. C., Shih, P. H., & Liao, Y. Y. (2021). The Morphological and Dynamic Changes of Ultrasound in the Evaluation of Effects of Oral Steroids Treatment for Patients with Carpal Tunnel Syndrome. *Diagnostics*, 11(8), 1336. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11081336>
- Yoshikawa, K., Brady, B., Perry, M. A., & Devan, H. (2020). Sociocultural factors influencing physiotherapy management in culturally and linguistically diverse people with persistent pain: a scoping review. *Physiotherapy*, 107, 292-305. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSIO.2019.08.002>
- Zaralieva, A., Georgiev, G. P., Karabinov, V., Iliev, A., & Aleksiev, A. (2020). Physical Therapy and Rehabilitation Approaches in Patients with Carpal Tunnel Syndrome. *Cureus*, 12(3), e7171. <https://doi.org/10.7759/cureus.7171>
- Zhang, D., Chruscielski, C. M., Blazar, P., & Earp, B. E. (2020). Accuracy of Provocative Tests for Carpal Tunnel Syndrome. *Journal of Hand Surgery Global Online*, 2(3), 121-125. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2020.03.002>
- Zhang, H., Zhao, W., Jiang, M., & Song, Y. (2023). Study on the effect, safety, prognosis quality and application value of extracorporeal shock wave based neural activity in carpal tunnel syndrome patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24(1), 186. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06285-1>
- Zhang, W., Johnston, J. A., Ross, M. A., Sanniec, K., Gleason, E. A., Dueck, A. C., & Santello, M. (2013). Effects of carpal tunnel syndrome on dexterous manipulation are grip type-dependent. *PloS One*, 8(1). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0053751>
- Zhang, W., Johnston, J. A., Ross, M. A., Smith, A. A., Coakley, B. J., Gleason, E. A., Dueck, A. C., & Santello, M. (2011). Effects of Carpal Tunnel Syndrome on Adaptation of Multi-

Digit Forces to Object Weight for Whole-Hand Manipulation. *PloS One*, 6(11), 27715.  
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0027715>

Zivkovic, S., Gruener, G., Arnold, M., Winter, C., Nuckols, T., Narayanaswami, P., & the Quality Improvement Committee of the American Association of Neuromuscular & Electrodiagnostic Medicine (2020). Quality measures in electrodiagnosis: Carpal tunnel syndrome-An AANEM Quality Measure Set. *Muscle & Nerve*, 61(4), 460–465.  
<https://doi.org/10.1002/mus.26810>

Zuniga, A. F., & Keir, P. J. (2019). Diagnostic and Research Techniques in Carpal Tunnel Syndrome. *Critical Reviews in Biomedical Engineering*, 47(6), 457-471.  
<https://doi.org/10.1615/CritRevBiomedEng.2020030827>



## **8. ANEXOS**



## Anexo 1. Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)

No.	Topic	Item
<b>Title and abstract</b>		
S1	Title	Concise description of the nature and topic of the study identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended
S2	Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions
<b>Introduction</b>		
S3	Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement
S4	Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions
<b>Methods</b>		
S5	Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist/interpretivist) is also recommended; rationale <sup>b</sup>
S6	Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability
S7	Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale <sup>b</sup>
S8	Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale <sup>b</sup>
S9	Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues
S10	Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale <sup>b</sup>
S11	Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study
S12	Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results)
S13	Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of excerpts
S14	Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale <sup>b</sup>
S15	Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale <sup>b</sup>
<b>Results/findings</b>		
S16	Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory
S17	Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings
<b>Discussion</b>		
S18	Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field
S19	Limitations	Trustworthiness and limitations of findings
<b>Other</b>		
S20	Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed
S21	Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting

## Anexo 2. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ)

No	Item	Guide questions/description
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
<b>Domain 2: study design</b>		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
<b>Domain 3: analysis and findings</b>		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?



**Anexo 3.** Ficha de recogida de datos, notas de campo y diario reflexivo

**TESIS:** “*Experiencia de Vivir con el Síndrome del Túnel del Carpo, Perspectiva y Manejo del dolor en el día a día: Estudio Cualitativo.*”

**FORMULARIO RECOGIDA DATOS**

**ENTREVISTADOR:** Paloma Moro López-Menchero

**CODIGO PACIENTE:** P1E128112019

**FECHA:** 28/11/2019 **HORA:** 14,00h

**LUGAR:** Sala privada de la URJC

**HORA COMIENZO:** 14,15h **HORA FINALIZACIÓN:** 15,12 h

**DURACIÓN GRABACIÓN (minutos):** 58´

**FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO:** SI X NO (¿por qué?)

**ACEPTA GRABACIÓN EN AUDIO:** SI X NO (¿por qué?)

**SISTEMA DE GRABACIÓN:**

Grabadora

Teléfono Móvil: X

**SEXO:** Mujer **EDAD:** 47 **TRABAJO:** Dependienta Corte Ingles **HIJOS/AS:** 2

**PREGUNTAS NO ESTRUCTURADAS:**

¿Cuál es su experiencia con STC? y/o ¿Qué es lo más relevante para usted?

**PREGUNTAS SEMIESTRUCTURADAS:**

ÁREA ESTUDIO	PREGUNTA
Enfermedad	¿Cómo es vivir con el STC? ¿Cuál es su experiencia de tener STC? ¿Qué es lo más relevante para usted?
Vida discapacidad Diaria estrategias	¿Qué impacto tiene el STC en su día a día? ¿Qué es lo más relevante para usted en su vida diaria? ¿Qué síntomas/signos son los más relevantes en su día a día? ¿Cómo afecta el STC a su vida? ¿Usa estrategias para adaptar (las limitaciones) del STC en su día a día?
Diagnóstico	¿Podría describir el proceso del diagnóstico del STC? ¿Cómo empezó a darse cuenta de que le pasaba algo? ¿Qué fue lo que

---

	desencadenó buscar ayuda/opinión profesional? ¿Qué fue lo más relevante de todo el proceso del diagnóstico?
<b>Tratamiento y curación</b>	¿Cómo es y cómo cree que influye la relación sanitario-paciente? ¿Qué tipos de tratamiento ha recibido?
<b>Contexto sociolaboral</b>	¿Qué expectativas/que espera de los tratamientos? ¿Qué sería para usted un buen tratamiento? ¿Qué expectativas (que espera) de curación tiene usted? ¿Qué sería para usted un buen resultado? ¿Ha notado algún cambio en su trabajo? ¿Qué ha sido lo más relevante? ¿Le ha costado reincorporarse? En relación con el STC ¿Cómo es su relación con su jefe/a y sus compañeros/as? ¿Cómo puede influir el dinero en esta enfermedad? En relación con el STC y su entorno ¿Cómo es se comporta la gente de su entorno respecto a su enfermedad?
<b>Mitos y creencias</b>	¿Tenía usted alguna creencia o saber popular sobre el STC? ¿Qué le han contado en su medio social, vecinos, amigos, familiares sobre el STC? ¿Ha donde ha buscado información sobre el STC? ¿Por qué? ¿Ha tenido algún conocido que haya tenido STC? ¿Ha habido alguna información que le hayan dado los profesionales que haya desmentido/eliminado algún conocimiento/creencia previa que usted tuviera del STC?

---

## NOTAS DE CAMPO Y DIARIO REFLEXIVO

**Entrevistador:** Paloma Moro López-Menchero

**Código Paciente:** P6E123092020

### **DESCRIPCION ENTORNO, PARTICIPANTE, CONTENIDO:**

Comienzo la sesión colocándome enfrente de la paciente con la mesa entremedias (principalmente el motivo por mantener la distancia por el COVID-19). Obviamente no necesito ajustar el tamaño de la silla para que mi mirada quede ligeramente por debajo que el de la paciente entrevistada. Le explico que es importante que se sienta cómoda, que cuente libremente lo que quiera u omita lo que no quiera contar sin ningún tipo de presión y que no estoy ahí para juzgarla, solo para poder entender cómo influye la enfermedad en su día a día y así poder en un futuro ofrecer mejor ayuda y de más calidad a las futuras pacientes que estén en su misma situación. También aprovecho para volver a preguntar si me da permiso para grabar la entrevista para poder, después, analizar los datos y que esa grabación se la voy a hacer llegar a ella para que vea que material tenemos y, si quiere y le surge, nos envíe alguna carta con nueva información o vídeo de algo que haga.

Una de las primeras cosas que dice la paciente y en la cual pone mucho énfasis es en que se siente triste, en que todo este dolor o sensación le produce tristeza. También matiza mucho los tiempos tan largos que sufre en el tiempo hasta el diagnóstico y tratamiento, habla de que lleva con esto unos 3 años pero que hasta que no pasaron los primeros 6 o 7 meses no le hicieron análisis. Habla de la lentitud, mi sensación es que le da mucha importancia a lo que han tardado en verla o atenderla.

Como sintomatología habla de que se le duermen las manos y la pérdida de fuerza, y cuando comenta esto a lo largo de toda la entrevista hace gestos de abrir y cerrar los puños, como indicando esa falta de fuerza. Refiere tener mucha limitación para hacer cosas y además dice que no puede coger las cosas con una sola mano. A lo largo de la entrevista puedo notar como le afecta el dolor y la patología emocionalmente, tiene una mezcla como de tristeza, nostalgia no sé si por esa lentitud de atención sanitaria o porqué, pero su ánimo en algunas ocasiones cae cuando está hablando. Dice literalmente “no es vida”. Una de las cosas que deja clara es que no lo menciona en casa “para que no me juzguen”, y comenta “no sirvo para nada”. Comenta que cuando está en casa y necesita ayuda recurre a su hija o se da masajes para intentar relajar la zona, no cuenta nada porque dice “me da como pena y como vergüenza”, comenta que cuanto menos se sepa mejor. Sin embargo, esto contrasta mucho con que más adelante habla que tiene el 100% del apoyo de sus jefes por que literalmente les dijo que dejaba el trabajo porque no podía y ellos le dijeron que no, que se adaptase y organizase como quisiese para poder seguir con ellos. Entonces me llama mucho la atención que se crea juzgada o que le da vergüenza contárselo abiertamente a su marido, y sin embargo a sus jefes sea capaces de decirle que tiene ese problema y que se plantea dejar el trabajo, y comenta que es para “asimilar todo esto” (este comentario me vuelve a hacer pensar la gran afectación psicológica que le produce esto, porque además lo comenta con intensidad).

En un momento dado habla de tener fe en las cosas para que mejoren, luego comenta que nunca toma medicamentos para nada, además lo hace con un sentimiento de seguridad, que a mí me da la sensación como que no cree en los medicamentos (es una sensación que percibo ante su comentario), además defiende esta postura en varias ocasiones, sin embargo, dice que no se plantea la cirugía, y que si hay otros tratamientos que no sean la cirugía quiere tenerlos... pero rechaza la medicación.

## **REFLEXIONES Y ANOTACIONES SOBRE EL MÉTODO:**

Durante la entrevista me cuesta en cierto modo sacar información, me da la sensación que giramos en círculos todo el rato. La paciente está dispuesta a hablar, pero se limita mucho a la pregunta abierta que le hago. Por otro lado, me cuesta bastante entender a la paciente cuando habla.

Durante la recogida de datos, la participante ha ido tocando todos los temas que se tenían preparados en la guía de preguntas, sin dar mucho lugar a la improvisación, se hace alguna pregunta fuera de la guía, pero a consecuencia de alguna de sus respuestas, siendo preguntas que no considero relevantes para que podamos plantearnos a posteriori incluirlas como parte de la batería general que se le hacen a todas las pacientes.

## **ROL INVESTIGADOR:**

Desde mi punto de vista, no se ha influido ni direccionado a la participante de ningún modo. Siempre que se han realizado preguntas abiertas, que estaban establecidas previamente en el protocolo de la investigación, y si se ha preguntado algo fuera de esta guía siempre ha sido a consecuencia de alguna respuesta que ha dado la paciente y que da pie a indagar más sobre ese tema en concreto.

En este caso, considero que el efecto del investigador sobre la paciente ha sido mínimo.

## **INTERPRETACIONES, POSIBLES PREGUNTAS Y LINEAS DE INVESTIGACIÓN:**

Creo que sería interesante valorar la posibilidad hacer una relación de la enfermedad con el aspecto más psicológico de esta ya que en este caso en concreto parece existir una relación o vinculación emocional negativa muy importante.

## **ANOTACIONES DURANTE LA ENTREVISTA:**

¿Cómo es vivir con el STC? No sabía lo que era... (denota tristeza). Te pones un montón de ideas en la cabeza

- ✓ Tristeza, le afecta mucho. No lo cuenta en casa para que no le juzguen.

Diagnóstico:

- ✓ Más o menos 3 años, pruebas diagnósticas... se me duermen las manos y pérdida de fuerza (abre y cierra continuamente las manos).
- ✓ Lentitud en el diagnóstico.

Limitaciones por el STC:

- ✓ Mucha limitación para hacer cosas
- ✓ NO puede coger cosas con una mano
  
- ✓ Desconocimiento total de la enfermedad
- ✓ “NO sirvo para nada”
- ✓ “NO ES VIDA”
- ✓ En casa recurre a su hija o se da masajes para relajar
- ✓ Siente mucha falta de información

Trabajo:

- ✓ Trabaja en una casa: se sobrecarga mucho
- ✓ Apoyo de sus jefes
- ✓ Su jefa le dice que se organice ella, pero que no deje de ir
- ✓ Reorganiza las tareas porque no puede hacer todo el mismo día

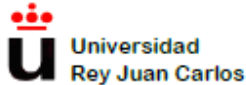
Afectación:

- ✓ “Se me caían las cosas cuando fui a la Dra.”
- ✓ Afectación psicológica de la enfermedad

Expectativa de tratamiento:

- ✓ Mejorar
- ✓ Trata de dormir para mejorar (estrategia)
- ✓ No quiere cirugía si hay otras alternativas
- ✓ Rechaza la medicación
- ✓ No le gustan las pastillas

#### Anexo 4. Consentimiento para el reclutamiento de pacientes



Facultad de Ciencias de la Salud  
Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional,  
Rehabilitación y Medicina Física

**D. CÉSAR FERNANDEZ DE LAS PEÑAS, PROFESOR DEL  
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL,  
REHABILITACION Y MEDICINA FISICA DE LA UNIVERSIDAD REY  
JUAN CARLOS**

Certifica que

En la actualidad soy IP del proyecto titulado "Efectividad de la Aplicación de Neuromodulación Percutánea Ecoguiada en Pacientes con Síndrome del Túnel del Carpo", el cual se está realizando dentro del Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación, y Medicina Física de la Universidad Rey Juan Carlos, en colaboración con Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA). Este estudio obtuvo la aprobación del CEIC del Hospital Fundación Alcorcón, y de la Universidad Rey Juan Carlos.

Por la presente autorizo al reclutamiento, y posible participación voluntaria, de los pacientes que ya están incluidos en el estudio que dirijo en el estudio presentado al CEIC de la URJC por Dña. Paloma Moro López-Menchero, debido a la total complementariedad de los criterios de inclusión/exclusión en ambos estudios.

Para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente

Firmado por FERNANDEZ DE LAS PENAS CESAR - DNI 50871470R el día 30/09/2020 con un certificado emitido por AC Administración Pública

D. César Fernández de las Peñas

**Anexo 5.** Comité de ética de investigación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón

**CEIC HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCON, Y CEIC UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS.**



Hospital Universitario  
Fundación Alcorcón

Comunidad de Madrid

19/105

**MODELO DE EVALUACIÓN ÉTICA. INFORME DEL COMITÉ  
ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS**

Dña. Ana María Tato Ribera, Secretaria del Comité Ético de Investigación con Medicamentos, del Hospital Universitario Fundación Alcorcón,

**CERTIFICA**

Que este Comité ha evaluado en la reunión celebrada el 30 de octubre de 2019 la propuesta para que se realice el estudio "Efectividad de la Aplicación de Neuromodulación Percutánea Ecoguiada en Pacientes con Síndrome del Túnel del Carpo" y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

El Investigador se compromete a responder a los informes de seguimiento que desde el CEIm se les requiera

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón por César Fernandez de las Peñas como Investigador Principal.

Lo que firmo en Alcorcón, a 14 de noviembre de 2019.

Firmado por ANA MARIA TATO RIBERA - 00826058J el día 14/11/2019 con un certificado emitido por AC CAMERFIRMA FOR NATURAL PERSONS - 2016

Fdo.: Dra. Ana María Tato Ribera  
Secretaria del CEIm del HUFA

**Anexo 6.** Aprobación del comité de ética e investigación de la Universidad Rey Juan Carlos.



Rectorado

Doña. Adriana Izquierdo Lahuerta, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos,

**CERTIFICA**

Que este Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

**EFFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE NEUROMODULACIÓN PERCUTÁNEA ECOGUIADA EN PACIENTES CON SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO: ENSAYO CLÍNICO**

Con número de registro interno: 0209201911819

y considera que:

- Se cumplen los requisitos éticos necesarios del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Por lo que ha decidido emitir un dictamen **FAVORABLE** para la realización de dicho proyecto, cuyo investigador principal es Don **CÉSAR FERNÁNDEZ DE LAS PEÑAS** de la Facultad de Ciencias de la Salud de la URJC.

Lo que firmo en Móstoles a 26 de septiembre de 2019.

Firmado: Dña. Adriana Izquierdo Lahuerta.

- Este informe sólo tiene validez para el proyecto o procedimiento propuesto y en las condiciones en ellos descritas. Cualquier cambio que afecte a las implicaciones éticas y/o de seguridad del mismo y de los participantes, invalida este informe y deberá ser puesto en conocimiento de este Comité de Ética para su valoración.
- El Comité de Ética de la Investigación puede instar a las autoridades autonómicas para que proceda a la suspensión cautelar de la investigación autorizada en los casos en los que no se hayan observado los requisitos que establece la legislación vigente y sea necesaria para proteger los derechos de los ciudadanos.



## Anexo 7. Ejemplo de transcripción según la propuesta de Bassi Follari (2015)

### **Mi primera pregunta es ¿cómo es vivir con el Síndrome del Túnel Carpiano?**

P6E123092020: Pues fíjate:::, cuando muy empezó es que no tenía ni idea::: de cuando algo te empieza, pues es que no sabes de dónde viene (1), ↑de qué es ↑, que es lo que te pasa (3). Te pones un montón de ideas en la cabeza y dices ¿de qué es? Vas al médico y el médico, °claro°, te manda hacer unos análisis, te manda a hacer esto y lo otro:: ((gesticula)) y luego te manda al hospital. Luego el hospital pues te manda un montón de cosas y luego ↑nada↑ hasta que me mandaron por aquí.

### **Y para ti, ¿qué significa tenerlo en tu día a día?**

P6E123092020: Pues, cuando muy empecé, pues muy mal porque te pones triste. ☹ ☹  
Te pones ☹ triste ☹ porque jode:::, como antes no has tenido esos síntomas porque son como síntomas, ↑porque es el brazo↑, pero es que no sé si es que lo terminas asimilando o yo qué sé:::, pero sí, yo creo que a mí me afectó mucho. Me afectó porque yo soy muy reservada (1). A mi marido no le dije nada de que tenía esto de lo del brazo, porque digo yo ¿me va a juzgar? (x)Digo yo:: ↑Te pones un montón de cosas↑ (3). Digo me va a decir un montón de cosas, entonces digo yo, °para no escuchar mejor no digo nada°. Pero hasta la fecha medio lo sabe, pero no soy de esas que andan diciendo que me pasa esto o me pasa no:::, soy muy para mí. No sé si es::: bueno o malo, pero soy (2) yo creo que es un poco malo, pero bueno, pero ya te digo.

### **Vale, y me has comentado, cuando esto empezó. Cuéntame si puedes, un poco el proceso desde que te empieza más o menos dime... Pues me empezó hace X años...**

P6E123092020: >Es que yo creo::: que me empezó hace 3 años...<



## Anexo 8. Libro de códigos.

UNIDADES DE SIGNIFICADO/CÓDIGOS	CATEGORÍAS AGRUPACIONES de SIGNIFICADO	DEFINICIÓN	TEMA
<p>1. Define su experiencia como frustrante (P1)            31. Define su experiencia como: que vive la situación para adentro (P4)            80. No es una limitación (P4)            163. Define su experiencia como agobio (P4)            164. Define su experiencia como agobio cuando se le duermen las manos y está haciendo cosas (P4)            42. Describe su experiencia como horrible (P6)            58. Describe su experiencia como “incómodo” (P6)            59. Describe su experiencia como “fatal” (P6)            61. “uno lo está viviendo no es que te lo digan, no, lo estás viviendo tú...” (P6)            118. Describe su experiencia como que te desesperas (P6)            1. Define su experiencia como que siente limitación (P7)            25. Define su experiencia como que: “El dolor no es propiamente agradable” (P7)            1. Define su experiencia como buena (P8)            84. Describe su experiencia como tranquilidad (P8)            85. Describe su experiencia como descarga (P8)            106. Define su experiencia con la palabra invalidez (P9)            107. Define su experiencia con la palabra invalidez porque no le gusta depender de nadie (P9)            108. Define su experiencia con la palabra invalidez porque hay movimientos que le molestan demasiado (P9)            118. Describe la situación como: frustración (P11)            90. Define su experiencia como normalidad (P13)            1. Define su experiencia como “mal” (P14)            19. Define su experiencia como un problema (P14)            1. Define su experiencia como limitante (P15)            86. Define su experiencia como” hasta las narices ya” (P18)</p>	<p><b>Viviendo con el STC</b></p>	<p>Hace referencia a cómo viven o experimentan las participantes vivir con STC; en su día a día, al realizar actividades cotidianas, con sus limitaciones y dificultades.</p>	<p><b>Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC</b></p>
<p>17. Conocimiento previo de la patología (P1)            44. No tiene mucho conocimiento de la patología (P2)            154. Desconocimiento del STC antes de que le pasará (P4)            155. Tiene poca información sobre el tema (P4)            91. Desconocimiento previo de la patología (P7)            90. Información que tenía es que era por movimientos repetitivos (P12)            91. También es por el manejo del móvil (P12)            68. No tenía conocimiento previo de la patología (P13)            126. Desconocimiento de la patología (P14)            116. Conocimiento previo de la patología por compañeros y familiares (P15)            117. conocimiento previo de la patología (P15)</p>	<p><b>Conocimiento previo de la patología</b></p>	<p>Hace referencia a la información que las mujeres tenía antes de tener STC</p>	<p><b>Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC</b></p>

<p>118. “no piensas que eso precisamente te puede estar afectando” (P15)  119. “crees que no te va a pasar a ti nunca esas cosas normalmente” (P15)  61. Conoce la patología porque a su cuñado le han operado 2 veces (P16)</p>			
<p>18. Hermana con las dos manos afectadas (P1)  19. Hermana duerme con muñequeras (P1)  59. Tiene un compañero operado (P2)  86. Su pareja no está tan mal como ella (P2)  87. A su pareja se le duerme un poco la mano (P2)  120. A su jefe le han operado de STC (P2)  121. A una amiga peluquera le han operado de STC (P2)  122. Conoce a más gente operada por STC (P2)  117. Primas y padre operadas del STC (P3)  118. Prima tiene buena experiencia con la operación (P3)  119. Prima le anima a operarse (P3)  120. Su prima le anima a operarse (P3)  122. Primas y padre operadas del STC (P3)  123. Su padre tiene poca afectación (P3)  124. Su padre lo nota al conducir (P3)  125. Su padre lo nota por las noches (P3)  156. Su suegra tuvo algo parecido (P4)  62. No recuerda si alguien en su familia lo sufrió (P5)  63. No sabe que su hermana lo tuvo (P5)  30. Conoce a una amiga con el mismo problema (P6)  20. Tiene conocidos con STC (P8)  21. Su hermano está operado de STC (P8)  65. Conoce a otra compañera operada, que está afectada (P8)  41. Su hermano está operado de STC (P9)  102. La hermana de su novio lo tuvo (P9)  105. Compañera operada de STC con éxito (P10)  53. Madre operada de las dos manos (P11)  54. Madre si tenía dolor (P11)  107. Su madre está operada, y está bien (P11)  108. Su suegra está operada, y está bien (P11)  69. Desde que la conoce sabe que su madre lo tiene (P13)  6. Compañera de trabajo operada (P14)  135. Habla de operación por la experiencia de su compañera (P14)  61. Conoce la patología porque a su cuñado le han operado 2 veces (P16)  70. Conocimiento de familiares operados de STC (P18)  71. Familiares buena experiencia con operación de STC (P18)</p>	<p><b>Familiares/Amigos con STC</b></p>	<p>Hace referencia a cómo las participantes identifican en su círculo familiar y social otras personas que han padecido STC; padres, primas, suegra, hermana.</p>	<p><b>Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC</b></p>
<p>24. Se siente incomprendida (P1)  25. No son conscientes de hasta qué punto me imposibilita (P1)  26. Pasó mal día y se puso a llorar (P1)</p>	<p><b>Impacto psicológico y emocional por el STC</b></p>	<p>Hace referencia a cómo se sienten las mujeres y cómo les afecta psicológicamente</p>	<p><b>Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC</b></p>

<p>44. “doy pena, como que de repente me siento como que se me han echado un montón de años encima” (P1)</p> <p>145. Le preocupa más la incapacidad que el dolor (P1)</p> <p>146. No le frustra tanto el dolor al abrir un frasco como la incapacidad de no poder abrirlo (P1)</p> <p>147. Le asusta depender de los demás (P1)</p> <p>149. No quiere tener que necesitar a nadie (P1)</p> <p>150. Le asusta necesitar a la gente (P1)</p> <p>189. Está a la que salta (P1)</p> <p>190. Esta que le da rabia (P1)</p> <p>191. Está como enfadada con ella misma (P1)</p> <p>192. Está insoportable (P1)</p> <p>193. Esta pesada, plasta (P1)</p> <p>194. Está cambiada (P1)</p> <p>195. Está gruñona (P1)</p> <p>196. Está insoportable (P1)</p> <p>197. Cambio del estado de ánimo (P1)</p> <p>198. No se considera tan mayor como para lo que le pasa (P1)</p> <p>23. Emocionalmente de momento no tiene problema (P2)</p> <p>24. Emocionalmente no se viene abajo (P2)</p> <p>28. El gesto de abrir una botella le cuesta, pero no se viene abajo emocionalmente (P2)</p> <p>30. No le afecta a lo personal, ni a lo emocional (P2)</p> <p>27. Me agobia no poder dejar de sujetar los animales (P4)</p> <p>28. Define su experiencia como: agobio (P4)</p> <p>30. Me agobio mucho (P4)</p> <p>7. Se pone triste (P6)</p> <p>41. Se desespera al no poder hacer cosas que hacías antes (P6)</p> <p>106. La situación le pone triste, deprimida (P6)</p> <p>109. “Después de estar bien, ahora me siento así” (P6)</p> <p>110. “Es bastante duro” (P6)</p> <p>126. “cuando lo estás viviendo es que es fatal” (P6)</p> <p>136. Afectación psicológica: “¡Qué derrumbe!” (P6)</p> <p>66. Clínica le afecta al ánimo o el genio (P7)</p> <p>67. Falta de sueño le hace estar más irritable (P7)</p> <p>68. Estrategia: trabajar más la paciencia (P7)</p> <p>70. Está más irritable (P7)</p> <p>71. Con cosas pequeñas se irrita más (P7)</p> <p>105. Tristeza al no poder hacer ejercicio como lo hacía antes (P7)</p> <p>3. Clínica le supuso un poco de intranquilidad (P8)</p> <p>5. Se asustó cuando se despertaba con las manos dormidas (P8)</p> <p>19. Se asustó antes de tener el diagnóstico (P8)</p> <p>88. Como sanitaria su mayor preocupación era sus antecedentes familiares (P8)</p> <p>89. Tras diagnóstico diferencial disminuye su preocupación (P8)</p> <p>18. Sensación mala (P9)</p>		<p>el STC; preocupación, nerviosismo, agobio, irritabilidad, mal genio, tristeza...</p>	
--	--	---	--

<p>19. Sensación de malestar (P9)  114. Agobio al pintar la habitación por la clínica (P9)  4. Clínica le hace estar de peor humor (P10)  6. Clínica le hacer estar de peor humor (P10)  12. Clínica le fastidia (P10)  13. Clínica le pone de malhumor (P10)  18. Agarrotamiento mano derecha le produce nerviosismo (P10)  22. Clínica le produce nerviosismo (P10)  60. Se pone muñequera para trabajar (P10)  92. Clínica le afecta emocionalmente (P10)  93. Clínica le afecta emocionalmente porque es una persona muy activa (P10)  94. Clínica le pone nerviosa (P10)  95. Clínica le incapacita (P10)  96. “Me incapacita ver que no puedo hacer lo que yo quiero realmente, eso me pone nerviosa” (P10)  97. Clínica le sube la tensión (P10)  98. Clínica le pone nerviosa (P10)  120. “A lo mejor otras cosas puedo estar más preocupada, pero en esto no” (P10)  37. “Me frustra no poder hacer las cosas” (P11)  117. “Yo aguanto mejor el dolor que la frustración” (P11)  54. “no lo resisto” [refiriéndose a la clínica del antebrazo] (P12)  26. Actualmente [en el momento de la entrevista] está más relajada y tranquila (P13)  82. “Esto es un problema” (P14)  127. Patología afecta emocionalmente (P15)  128. Patología afecta emocionalmente porque quieres hacer cosas y no puedes (P15)  129. La patología afecta emocionalmente, porque muchas veces tienes que recular y echar un poquito de sentido común (P15)  130. Es evidente que te afecta (P15)  2. Por la falta de descanso “tengo más mala leche durante el día” (P16)  20. “no llega a machacarme demasiado el tema” (P16)  22. No se ve impedida (P16)  25. Afectación emocional por no dormir (P16)  26. “si no dormo pues yo ya sé que mi reacción es como no me tome un café ya la hemos liado” (P16)  3. Cambios sobre todo psicológicos (P17)  70. Lloro por cansancio y agobio (P17)  109. Clínica le hace llorar (P17)  110. Considera un problema psicológico (P17)  111. Le da vueltas a la cabeza (P17)  114. Le da vueltas a la cabeza y no duerme (P17)  115. Le da vueltas a la cabeza y le genera dolor de cabeza (P17)  116. Está más irascible (P17)  117. Lo paga con su pareja e hija (P17)  118. Se enfada porque tienen que hacer las cosas otros y las hacen mal (P17)  119. Se desquita con su pareja e hija la rabia y el agobio (P17)</p>			
--	--	--	--

<p>122. Quería negar el tener STC (P17)  79. Cuando tiene muchos dolores le afecta psicológicamente (P18)  88. Se encuentra perdida respecto a su dolor (P18)  89. Cree que es más sensible que otras personas, por la fibromialgia (P18)</p>			
<p>32. Clínica al forzar mucho en mano, brazo y hombro (P1)  37. Nota cansancio y agujetas cuando trabaja muchos días seguidos (P1)  40. Clínica al coger más perchas (P1)  41. Clínica al doblar más ropa (P1)  51. Clínica de pinchazo al hacer cualquier movimiento (P1)  52. Clínica de latigazo en el brazo al hacer cualquier movimiento (P1)  77. Se queda sola en su departamento, por ello fuerza más la mano (P1)  79. Ahora va todos los días al trabajo y ya no tiene días de recuperación (P1)  88. Dolor al hacer movimiento de tecleo (P1)  89. Dolor al mover los dedos (P1)  94. En invierno vuelve el dolor (P1)  206. Se le duermen las manos si monta en bici (P1)  207. Conduciendo se le duermen las manos (P1)  212. Le duele la mano al escribir (P1)  34. En el trabajo no tenía fuerza (P2)  75. Tras volver a forzar en el trabajo, bastante dolor (P2)  97. La sintomatología de quedarse dormida la mano le pasa al conducir (P2)  103. Cuando corta algo se le queda la mano agarrotada en una posición hasta que la puede soltar (P2)  104. En una ocasión se le quedo agarrotada la mano y no podía soltar la jarra (P2)  107. El frío le aumenta la sintomatología (P2)  3. Por la noche se despierta con manos dormidas (P3)  4. Por la noche se despierta con manos dormidas (P3), un montón de veces (P3)  5. No duerme de un tirón, se despierta con manos dormidas, un montón de veces (P3)  10. Se le dormían las manos con las tijeras (P3)  19. Clínica a la hora de apagar el despertador (P3)  90. La clínica aparece a las 2 o 3 horas de acostarse (P3)  91. Durmiendo no sabe la postura que adopta (P3)  1. Se le duermen las manos al sujetar cosas (P4)  6. Se le duermen las manos en ocasiones al hacer determinadas cosas (P4)  7. Se le duermen las manos al hacer determinadas cosas (P4)  8. Se le duermen las manos sobre todo al agarrar cosas (P4)  9. Se le duermen las manos al agarrar el cepillo de dientes (P4)  10. Se le duermen las manos al hacer fuerza con los animales (P4)  11. Se le duerme la mano al dormir (P4)  12. Se le duermen las manos al sujetar cosas (P4)  24. Clínica con el cepillo de dientes (P4)  39. Clínica sobre todo al dormir (P4)  40. Clínica de hormigueo al dormir (P4)  134. Clínica al coger peso (P4)</p>	<p><b>Disparadores de la Clínica del STC</b></p>	<p>Hace referencia a qué situaciones o movimientos activan la sintomatología clínica de las mujeres; movimientos repetitivos, carga de peso, fuerza de agarre, conducir, cortar, movimientos de AVD...</p>	<p><b>Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC</b></p>

<p>137. Clínica al reponer pedidos (P4)  138. Clínica al coger peso (P4)  140. Clínica al coger peso con las aves (P4)  141. Clínica en la mano derecha al coger peso (P4)  142. Clínica cuando sujeta un ave y no puede quitar la mano (P4)  143. Mucha clínica al sujetar las aves (P4)  149. Clínica trabajando, pero no deja de hacer las cosas (P4)  1. Clínica al limpiar (P5)  2. Clínica al fregar (P5)  3. Clínica al poner plato escurridor (P5)  6. Brazo levantado produce clínica (P5)  7. Mucho tiempo postura brazo levantado produce clínica (P5)  9. Clínica aparece dependiendo del trabajo (P5)  13. Pegar con la vara "hacer esfuerzos" produce dolor (P5)  14. Molestias en función de la tarea que haga. (P5)  28. Al fregar acorchamiento de los dedos (P5)  31. Hacer limpieza general le produce dolor (P5)  37. En posturas prolongadas la mano se queda fría y adormecimiento (P5)  44. Al fallecer su padre esta 2-3 meses con molestia (P5)  71. Hay trabajos que no puede hacer por aumento de la clínica (P5)  72. Usar la batidora le resiente la muñeca (P5)  73. Usar el pasapuré le resiente la muñeca (P5)  74. Noche peor aumenta la clínica (P5)  88. Clínica por sobrecarga si hace las 3 cosas (P6)  89. Aumento de la clínica cuando sobrecarga (P6)  90. Clínica aumenta a última hora de la tarde (P6)  92. Clínica por hacer movimiento (P6)  94. Clínica aumenta si hace las 3 cosas (P6)  95. Si hace las 3 cosas aumenta la clínica por la tarde (P6)  96. Si hace las 3 cosas aumenta mucho la clínica por la tarde (P6)  148. Clínica de dolor si sobrecarga (P6)  149. Clínica de dolor en los brazos si sobre carga (P6)  150. Cuando lleva el brazo flojo, solo hormigueo no dolor (P6)  2. Clínica aparece haciendo ejercicio (P7)  3. Clínica aparece en algunas posturas (P7)  4. Bastante incomodidad en algunas posturas (P7)  9. Clínica en ejercicios de yoga (P7)  10. Clínica en ejercicios isométricos (P7)  11. Clínica en ejercicios sosteniendo el propio peso con las manos (P7)  12. Bastante clínica al sostener el peso de su cuerpo (P7)  15. Clínica al mover la mano (P7)  16. Clínica la intentar cerrar la mano (P7)  20. Clínica al mantener una posición rara alimentado a su bebé (P7)  27. Clínica de dolor en la muñeca no es lo que le despierta (P7)  32. Todavía clínica al hacer presión sobre la mano (P7)</p>			
--	--	--	--



<p>39. Clínica empezó hace 2 años al apoyar la muñeca (P7)</p> <p>42. Clínica aumenta en el embarazo (P7)</p> <p>43. Clínica aumenta bastante en el postparto (P7)</p> <p>51. Clínica de falta de fuerza al abrir botellas (P7)</p> <p>52. Clínica al girar la mano (P7)</p> <p>53. Clínica en el lateral al girar mano la semana pasada (P7)</p> <p>55. Clínica al apoyar la mano (P7)</p> <p>56. Clínica al hacer los ejercicios que le mandan en URJC (P7)</p> <p>61. Clínica en actividades cotidianas</p> <p>62. Clínica al abrir la llave</p> <p>63. Clínica en movimientos circulares</p> <p>64. Lo movimientos circulares son los que más molestan (P7)</p> <p>65. Clínica en actividades cotidianas (P7)</p> <p>73. Clínica al llevar la bandeja (P7)</p> <p>74. Clínica al llevar peso (P7)</p> <p>75. Clínica le afectaba en su trabajo (P7)</p> <p>78. Clínica con ciertas posturas (P7)</p> <p>79. Clínica al hacer movimientos circulares (P7)</p> <p>80. Antes solo clínica si presionaba (P7)</p> <p>105. Clínica al pararse de manos (P7)</p> <p>60. Clínica aumenta si hace más fuerza (P8)</p> <p>70. Clínica durante el embarazo (P8)</p> <p>71. Clínica durante el embarazo al conducir (P8)</p> <p>72. Clínica al bañar al bebé (P8)</p> <p>73. Clínica al poner bebé en la cuna (P8)</p> <p>74. Clínica con algún apoyo en el brazo (P8)</p> <p>75. Clínica se recuperaba en seguida (P8).</p> <p>76. Ahora clínica de pérdida de fuerza (P8)</p> <p>82. Clínica durante el embarazo (P8)</p> <p>84. Clínica durante el embarazo al conducir (P8)</p> <p>85. Clínica durante el embarazo al poner en tensión los brazos (P8)</p> <p>3. Clínica cuando se lava el pelo (P9)</p> <p>7. “cuando llevo tiempo me empieza a doler la mano” [lleva tiempo haciendo cosas] (P9)</p> <p>8. Clínica al coger un secador (P9)</p> <p>9. Clínica al coger peso (P9)</p> <p>10. Clínica al coger botellas grandes de agua (P9)</p> <p>11. Clínica al coger bolsas (P9)</p> <p>21. Clínica al limpiar el pis del perro (P9)</p> <p>22. Clínica al apretar para coger algo (P9)</p> <p>47. Clínica al doblar camisetas (P9)</p> <p>48. Clínica con el movimiento de la mano (P9)</p> <p>62. Clínica al dormir (P9)</p> <p>65. Clínica al coger cosas (P9)</p> <p>66. Clínica con el ordenador (P9)</p>			
---	--	--	--

<p>67. Clínica estando normal (P9)  73. Clínica al doblar ropa en su trabajo (P9)  74. Clínica al llevar la ropa en el antebrazo (P9)  75. Tirantez al llevar la ropa en el antebrazo (P9)  76. Clínica al doblar ropa (P9)  79. Clínica al escribir (P9)  80. Clínica al pasar apuntes (P9)  82. Calambres al pasar apuntes (P9)  84. Clínica con el ordenador (P9)  87. Llevar en la mano a su perro le cansa (P9)  113. Clínica al pintar la habitación (P9)  115. Clínica al pintar la habitación (P9)  116. Clínica al pintar la habitación que le hace pasarlo mal (P9)  117. Clínica al ducharse (P9)  118. Clínica al secarse el pelo con secador (P9)  120. Clínica al hacerse la coleta (P9)  122. Clínica al abrir las manos (P9)  131. Clínica al conducir (P9)  132. Clínica al poner la marcha atrás en el coche (P9)  137. Clínica al tirar de freno de mano (P9)  141. Clínica al girar el volante (P9)  142. Clínica al tirar del freno de mano (P9)  143. Clínica conducir: hacer el movimiento entero se queda pillada mano (P9)  144. Clínica al girar el volante entero (P9)  16. Clínica al planchar (P10)  19. Clínica al hacer la comida (P10)  20. Clínica al fregar (P10)  51. Tras jornada de trabajo nota manos y muñecas cansadas (P10)  52. Tras jornada de trabajo nota dolor en las manos y muñecas (P10)  54. A medida que pasa el día y mueve las manos aumenta la clínica (P10)  55. Clínica al coger cosas (P10)  56. Clínica al trabajar con las manos (P10)  57. Aumento de clínica tras cambio de puesto de trabajo (P10)  59. Clínica de dolor cuando maneja las manos (P10)  62. Clínica al coger boles grandes (P10)  63. Clínica al coger bandejas (P10)  66. Dependiendo del trabajo que haga aparece más la clínica (P10)  19. Clínica de falta de fuerza al escurrir una bayeta (P11)  20. Clínica al mantener una posición fija (P11)  21. Clínica al apoyar codo sobre la mesa (P11)  26. Clínica de adormecimiento al dormir (P11)  31. Clínica de dolor al estirar la mano (P11)  48. No dolor en estático (P11)  49. Dolor si se estira el dedo (P11)  50. Dolor al hacer algo (P11)</p>			
---	--	--	--

<p>58. No clínica cuando está más relajada (P11)</p> <p>62. Le cuesta coger a su niña (P11)</p> <p>63. Clínica al levantar a su niña (P11)</p> <p>72. Clínica al apretar la olla exprés (P11)</p> <p>75. Clínica al abrir botes porque es más fino y no puede hacer fuerza (P11)</p> <p>128. Clínica al conducir (P11)</p> <p>129. Clínica al coger el volante al conducir (P11)</p> <p>130. Clínica de adormecimiento de manos al conducir (P11)</p> <p>4. Clínica por el frío (P12)</p> <p>5. Clínica por los cambios de clima (P12)</p> <p>14. Actualmente clínica de dolor en todo el antebrazo (P12)</p> <p>15. Actualmente clínica de cansancio de antebrazo (P12).</p> <p>16. “Llego de trabajar y mi mano ya no me responde” (P12)</p> <p>58. Clínica al planchar (P12)</p> <p>59. Clínica al hacer las labores en su casa (P12)</p> <p>62. Clínica de presión en la palma de la mano al coger objetos (P12)</p> <p>68. Clínica aumenta con el frío (P12)</p> <p>69. Clínica aumenta con los cambios de temperatura (P12)</p> <p>92. En su trabajo actual hace muchos movimientos repetitivos (P12)</p> <p>6. Clínica de adormecimiento de mano al conducir (P13)</p> <p>7. Clínica de adormecimiento de mano al comer (P13)</p> <p>9. Clínica empeora cuando tiene más trabajo (P13)</p> <p>49. Clínica al conducir (P13)</p> <p>50. Clínica al conducir por estar quieta la mano (P13)</p> <p>51. Clínica al conducir por estar quieta la mano, aunque sean 5 minutos (P13)</p> <p>53. Clínica al conducir por estar quieta (P13)</p> <p>54. Clínica al comer por estar quieta la mano (P13)</p> <p>55. Clínica por estar quieta la mano (P13)</p> <p>66. Leve clínica la apoyo (P13)</p> <p>94. Clínica en cosas puntuales como conducir (P13)</p> <p>52. No es consciente de como duerme [en relación con que el médico le dice que le afecta dormir con brazos doblados] (P14)</p> <p>53. Movimiento repetitivo de manos al doblar ropa hacia dentro (P14)</p> <p>57. Clínica con movimientos hacia dentro de la muñeca (P14)</p> <p>68. Clínica aumenta desde que trabaja (P14)</p> <p>79. Clínica al cocinar (P14)</p> <p>80. Clínica al levantar una cacerola (P14)</p> <p>86. Clínica al cargar peso con la mano izquierda (P14)</p> <p>87. Clínica al bañar a sus hijas (P14)</p> <p>7. Clínica de dolor con el ordenador (P15)</p> <p>8. Clínica de dolor con el ratón (P15)</p> <p>36. Clínica al coger peso (P15)</p> <p>45. Clínica en apoyos [de manos] (P15)</p> <p>46. Clínica en las palmas de las manos al apoyo (P15)</p> <p>47. Clínica sube hasta el brazo en apoyos (P15)</p>			
--	--	--	--

<p>54. Clínica comienza tras coger un saco de cemento de 25 kilos (P15)  125. No clínica conduciendo (P15)  6. Clínica al conducir (P16)  7. Clínica al tener mucho tiempo una posición (P16)  10. Clínica diurna al abrir un bote (P16)  11. Clínica diurna al quitarse el sujetador (P16)  12. Clínica diurna cuando hace movimiento de giro de muñeca (P16)  50. Problema comenzó en 3ºT del embarazo y nunca se le quitó (P16)  82. Conduciendo se cansan más las manos (P16)  83. Afectación al dormir (P16)  91. Clínica al coger la fregona (P16)  92. Clínica en algunos movimientos (P16)  100. Afectación al dormir (P16)  9. Clínica al levantarse y mover la mano (P17)  14. Clínica empeora si trabaja por la tarde (P17)  15. Clínica depende de las actividades que haga (P17)  49. Clínica al trabajar (P17)  83. Clínica aumenta cuando tiene 3 citas seguidas (P17)  94. Explica que tiene clínica al coger bolis (P17)  121. Siempre ha trabajado con las manos, pero ahora le da la clínica (P17)  123. Clínica al peinarse (P17)  124. Clínica al maquillarse (P17)  125. Clínica al mantener los brazos en alto mucho tiempo (P17)  126. Clínica en los movimientos de mayor precisión (P17)  127. Clínica en los movimientos finos de la pedicura (P17)  6. Clínica con trabajos finos, se duermen los dedos (P18)  8. Cuando clínica aguda nocturna, por la mañana y el resto del día sigue doliendo la mano (P18)  28. Ahora clínica de dolor (P18)  40. Antes solo clínica de adormecimiento en la cama (P18)  84. Clínica de adormecimiento al coger el móvil (P18)  101. Se despierta sin fuerzas (P18)  102. Se despierta con las manos entumecidas (P18)  103. Clínica al abrir una botella (P18)  104. Clínica de adormecimiento al trabajar (P18)</p>			
<p>9. Clínica de dolor (P1)  10. Clínica de no tener fuerza (P1)  33. Nota como un bloque (P1)  34. Nota rigidez (P1)  36. Nota como un bloque de sentirse agarrotada (P1)  38. Nota como un bloque cuando tiene dolor, cansancio y agujetas (P1)  53. Pinchazo o latigazo sin hacer fuerza (P1)  55. Tiene dolor (P1)  96. Al cerrar y abrir la mano tiene limitación al estirar los dedos (P1)</p>	<p><b>Tipos de clínica generados por STC</b></p>	<p>Hacer referencia a las diferentes manifestaciones de la clínica que sienten y describen las mujeres con STC; pinchazos, entumecimiento, hormigueo, dolor, falta de fuerza, rigidez...</p>	<p><b>Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC</b></p>

<p>137. Sintomatología de peso y molestia constante (P1)  13. Entumecimiento y rigidez al mover la mano (P2)  96. La sintomatología a veces es hormigueo, se le queda dormida la mano (P2)  15. Clínica es una sensación desagradable (P3)  44. Tiene menos fuerza, no lo considera dolor (P3)  127. Clínica de adormecimiento de las manos (P3)  129. Clínica de adormecimiento no le impide hacer nada, no le da importancia ahora (P3)  17. Se le duerme la mano (P4)  18. Clínica de hormigueo desde el dedo gordo y luego termina doliendo (P4)  40. Clínica de hormigueo al dormir (P4)  21. Adormecimiento mano (P5)  22. Adormecimiento mano sobre todo dedo gordo, índice y corazón (P5)  27. Acorchamiento de los dedos. (P5)  76. Siente dolor que llevaba tiempo sin sentir (P5)  22. Clínica de adormecimiento del brazo (P6)  23. Clínica de adormecimiento de la mano (P6)  24. Clínica de pérdida de fuerza (P6)  34. No tiene dolor (P6)  35. Clínica del pérdida de fuerza (P6)  36. Clínica de pérdida de fuerza le impide destapar cosas (P6)  40. Clínica de pérdida de fuerza (P6)  50. Clínica de adormecimiento del brazo por la noche (P6)  51. Clínica de adormecimiento con postura de dormir (P6)  56. Hormigueo en el brazo al despertar (P6)  64. Sensación de endurecimiento de las manos (P6)  81. Clínica de dolor en el brazo (P6)  107. Clínica: Se está quedando sin fuerza (P6)  146. Clínica de hormigueos, no dolor (P6)  147. Clínica de adormecimiento, falta de fuerzas (P6)  6. Clínica calambre o dolor (P7)  14. Clínica de mano adormecida (P7)  17. Clínica de dolor y calambres en el dedo (P7)  18. Clínica de pérdida de fuerza (P7)  49. Clínica de falta de fuerza (P7)  51. Clínica de falta de fuerza al abrir botellas (P7)  13. Clínica de brazos dormidos al despertar (P8)  15. Clínica de tirantez en la mano (P9)  16. Clínica de adormecimiento (P9)  64. El dolor es como provocado (P9)  68. Antes dolor mecánico (P9)  69. Ahora dolor en reposo (P9)  86. Pérdida de fuerza (P9)  139. Clínica de pérdida de fuerza (P9)  145. Tensión en la mano al girar el volante entero (P9)</p>			
--	--	--	--

<p>21. La mano derecha se agarrota (P10)</p> <p>24. Nota la palma de la mano (P10)</p> <p>25. Clínica de dolor punzante en dorso y muñeca (P10)</p> <p>26. Clínica de pérdida de fuerza en los dedos (P10)</p> <p>27. Clínica de agarrotamiento de la mano (P10)</p> <p>33. Clínica empieza con dolor en codo (P10)</p> <p>34. Clínica de dolor de mano (P10)</p> <p>35. Clínica de dolor de dorso (P10)</p> <p>36. Clínica de dolor de muñeca (P10)</p> <p>39. Cansancio (P10)</p> <p>40. Pérdida de fuerza en los dedos (P10)</p> <p>53. Hormiguelo en los dedos (P10)</p> <p>19. Clínica de falta de fuerza al escurrir una bayeta (P11)</p> <p>22. Clínica de adormecimiento del todo el brazo (P11)</p> <p>30. Clínica de cierre de la mano (P11)</p> <p>31. Clínica de dolor al estirar la mano (P11)</p> <p>46. Clínica no es de dolor (P11)</p> <p>47. No tiene dolor en sí (P11)</p> <p>48. No dolor en estático (P11)</p> <p>51. No dolor constante como para estar en casa (P11)</p> <p>52. Dolor todavía no tiene (P11)</p> <p>55. Ella no tiene dolor (P11)</p> <p>56. Clínica de hormiguelo (P11)</p> <p>57. Tiene las manos dormidas (P11)</p> <p>59. Clínica de brazo agotado (P11)</p> <p>84. Todavía no ha llegado al punto de dolor en manos (P11)</p> <p>126. No le duele (P11)</p> <p>127. “dolor, esto si es dolor” es lo que más eso, el no poder abrir la mano y si eso se irá a cerrar más [refiriéndose a cuando intenta estirar/abrir la mano] (P11)</p> <p>1. Clínica de adormecimiento de manos (P12)</p> <p>2. Clínica de dolor (P12)</p> <p>7. Clínica comienza con adormecimiento de los dedos (P12)</p> <p>8. Posteriormente adormecimiento del índice (P12)</p> <p>9. Posteriormente agarrotamiento del índice (P12)</p> <p>10. Clínica en índice izquierdo (P12)</p> <p>11. Clínica de no poder doblar el índice izquierdo (P12)</p> <p>14. Actualmente clínica de dolor en todo el antebrazo (P12)</p> <p>15. Actualmente clínica de cansancio de antebrazo (P12).</p> <p>30. Clínica de adormecimiento de dedos (P12)</p> <p>31. Clínica de adormecimiento de todo el cuello (P12)</p> <p>53. Clínica actual es más de cansancio de antebrazo (P12)</p> <p>62. Clínica de presión en la palma de la mano al coger objetos (P12)</p> <p>99. Clínica de dolor y adormecimiento (P12)</p> <p>6. Clínica de adormecimiento de mano al conducir (P13)</p> <p>23. Clínica comienza con pinchazos por el día y por la noche (P13)</p>			
---	--	--	--

<p>7. Al principio clínica de dolor y sentirse mal (P14)</p> <p>44. Clínica de dolor (P14)</p> <p>45. Clínica de adormecimiento de dedos (P14)</p> <p>46. Clínica de dolor sube hasta el brazo (P14)</p> <p>47. Sensación de “cansancio” de brazo (P14)</p> <p>64. Clínica inicial de adormecimiento de las manos (P14)</p> <p>108. Clínica de falta de fuerza (P14)</p> <p>30. Limitación en la fuerza (P15)</p> <p>55. Tras hacerse daño, clínica de adormecimiento de las manos (P15)</p> <p>56. Clínica de adormecimiento de las manos “de una manera bestial” (P15)</p> <p>57. “Parecía que se me hinchaban y me iban a explotar” (P15)</p> <p>4. Por la noche no es dolor es adormecimiento de las manos (P16)</p> <p>87. Tiene menos fuerza que antes (P16)</p> <p>22. Clínica es molestia de adormecimiento (P17)</p> <p>23. Clínica es más adormecimiento que dolor (P17)</p> <p>26. Clínica es más adormecimiento que dolor (P17)</p> <p>27. “Sientes como en cauchutadas las manos, como si no fueran tuyas” (P17)</p> <p>29. Sensación de que las manos no responden (P17)</p> <p>30. Clínica sobre todo de “encauchutamiento” que no le permite hacer nada (P17)</p> <p>42. Clínica debutó con el adormecimiento (P17)</p> <p>1. Clínica de dolor nocturno que no le deja dormir (P18)</p> <p>4. Clínica trabajando: se le duermen los dedos (P18)</p> <p>10. Clínica como si le doliera el hueso (P18)</p> <p>11. Clínica de dolor residual durante unas horas o todo el día (P18)</p> <p>12. Clínica no es un dolor fuerte, pero molesta (P18)</p> <p>16. Clínica de hormigueo (P18)</p> <p>17. Define su clínica como “que se meten los dedos enteros” (P18)</p> <p>18. Clínica de pérdida de fuerza al agarrar cosas pequeñas (P18)</p> <p>20. “no tengo casi fuerza para abrirlo (tapón)” (P18)</p> <p>39. Antes solo clínica de adormecimiento (P18)</p> <p>41. Ahora clínica de dolor del brazo entero (P18)</p> <p>54. “Se me quedan las manos dormidas como si me las hubieran cortado” (P18)</p> <p>62. Clínica de adormecimiento en todos los dedos (P18)</p> <p>81. En el embarazo era adormecimiento (P18)</p>			
<p>87. Dolor en muñeca y dedos (P1)</p> <p>110. Dolor en el dorso (P1)</p> <p>125. Sintomatología aumenta en el codo (P1)</p> <p>33. La sintomatología es sobre todo en los 3 dedos centrales (P2)</p> <p>94. La sintomatología es de los 3 dedos centrales (P2)</p> <p>95. La sintomatología alguna vez llega a la muñeca (P2)</p> <p>101. Clínica de hormigueo empieza en la mano, luego brazo (P2)</p> <p>102. El brazo se le queda dormido (P2)</p> <p>23. Clínica en mano izquierda (P3)</p> <p>24. Mano izquierda y dedo gordo dormidos (P3)</p>	<p><b>Localización Clínica del STC</b></p>	<p>Hace referencia a dónde sienten las mujeres con STC el dolor, en qué parte del miembro superior; dedos, mano, muñeca, dorso, codo, hombro...</p>	<p><b>Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC</b></p>

<p>46. Clínica en las manos (P3)  67. Clínica mayor en mano izquierda (P3)  13. Clínica de hormigueo desde el dedo gordo (P4)  14. El dedo gordo es el que más se le duerme (P4)  15. Clínica de hormigueo comienza en el dedo gordo y luego se extiende a los demás (P4)  18. Clínica de hormigueo desde el dedo gordo y luego termina doliendo (P4)  141. Clínica en la mano derecha (P4)  19. Dolor centrado en zona radial (P5)  20. Dolor centrado en zona debajo de la muñeca (P5)  21. Adormecimiento localizado en la mano (P5)  22. Adormecimiento mano sobre todo dedo gordo, índice y corazón (P5)  27. Acorchamiento de los dedos. (P5)  8. Clínica en el brazo (P6)  22. Clínica de adormecimiento del brazo (P6)  91. Localización del dolor por debajo de la muñeca (zona palmar) (P6)  14. Dolor va subiendo por el brazo (P9)  33. Clínica bilateral (P9)  34. Clínica bilateral, pero más en la derecha (P9)  136. Clínica en el dorso al movimiento de marcha atrás (P9)  24. Nota la palma de la mano (P10)  28. Clínica bilateral (P10)  29. Clínica inicia en mano izquierda (P10)  30. Clínica más importante en la mano derecha (P10)  31. La mano derecha la nota más (P10)  32. Clínica en mano izquierda desde septiembre [la entrevista es en noviembre] (P10)  33. Clínica empieza con dolor en codo (P10)  34. Clínica de dolor de mano (P10)  35. Clínica de dolor de dorso (P10)  36. Clínica de dolor de muñeca (P10)  57. Tiene las dos manos dormidas (P11)  59. Clínica de brazo agotado (P11)  7. Clínica comienza con adormecimiento de los dedos (P12)  8. Posteriormente adormecimiento y agarrotamiento del índice (P12)  10. Clínica en índice izquierdo (P12)  51. Clínica comienza en mano izquierda (P12)  52. Clínica actual bilateral (P12)  55. Clínica bilateral desde junio-julio [entrevista en noviembre] (P12)  56. Clínica comienza en mano izquierda en el dedo (P12)  48. Clínica en mano derecha (P13)  59. Clínica no llega a todo el brazo (P13)  45. Clínica de adormecimiento de dedos (P14)  46. Clínica de dolor sube hasta el brazo (P14)  64. Clínica inicial de adormecimiento de las manos (P14)  65. Tras el parto la clínica se le subió al brazo (P14)</p>			
--	--	--	--



<p>46. Clínica en las palmas de las manos (P15)  47. Clínica sube hasta el brazo en apoyos (P15)  95. No sabe si le molesta más la derecha por alteración anatómica tras 2 Fx (P15)  96. Dudaba que fuese STC por localizaciones varias del dolor a lo largo del brazo (P15)  97. Clínica poco localizada al principio (P15)  104. Clínica localizada en los 3 1º dedos (P15)  45. Clínica de adormecimiento bilateral (P16)  46. Mayor afectación clínica en la derecha (P16)  40. Clínica bilateral (P17)  41. Clínica más aguda en la derecha, la dominante (P17)  90. Clínica al escribir en la palma de la mano, y dedos índice y corazón (P17)  9. Localización de la clínica por el brazo, y huesos de la mano (P18)  13. Localización de la clínica a veces desde el hombro (P18)  14. Localización de la clínica a veces desde el codo para abajo (antebrazo) (P18)  15. Localización de la clínica antebrazo, mano, dedos, huesos de los dedos (P18)  41. Ahora clínica de dolor del brazo entero (P18)  42. Clínica bilateral (P18)  43. Clínica bilateral, pero más en la derecha (P18)</p>			
<p>27. Mucha clínica de dolor (P1)  30. Mucha clínica de dolor (P1)  31. Muchas molestias (P1)  171. Hay días que vuelve con mucho dolor (P1)  214. Si no notará incapacidad, el dolor lo llevaría de otra manera (P1)  34. No tienen mucha afectación (P3)  69. Clínica nocturna: “dolor increíble” (P3)  55. Clínica comenzó muy leve (P4)  56. Clínica comenzó muy leve hace 2 años (P4)  61. Clínica ha ido aumentando (P4)  93. Se le duermen demasiado (P4)  143. Mucha clínica al sujetar las aves (P4)  43. Clínica va en aumento (P6)  44. Clínica comenzó muy despacio y va avanzando (P6)  89. Clínica no muy aguda (P7)  37. Ahora le duele mucho (P9)  45. En este año se ha intensificado el dolor (P9)  1. Clínica le molesta mucho (P10)  30. Clínica más importante en la derecha (P10)  38. Nota más la mano derecha incluso en reposo (P10)  67. Clínica va a más (P10)  3. El dolor aumenta (P12)  2. STC no es muy severo (P13)  9. Clínica va en aumento (P14)  66. Clínica aumentaba mucho por la noche con el adormecimiento (P15)</p>	<p><b>Intensidad de la Clínica del STC</b></p>	<p>Hace referencia al grado de dolor o cómo describen la intensidad de la sintomatología que sienten las mujeres con STC; mucho dolor, molestias, leve, va aumentando, se intensifica...</p>	<p><b>Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC</b></p>

<p>13. Clínica depende mucho del horario de trabajo (P17)  93. Explica que está fatal (P17)  85. Clínica aumentada nocturnamente en el embarazo (P18)</p>			
<p>86. Dolor desde hace 4 años (P1)  93. Hace 4 años de esto (P1)  109. Ha empeorado en los últimos meses (P1)  1. Inicio de la sintomatología hace más o menos un año (P2)  6. Lleva así desde Junio (6 meses más o menos antes de la fecha de la entrevista, anotación mía) (P3)  7. Antes de junio no tenía problema con las manos (P3)  59. Ahora ya clínica diaria (P3)  149. Clínica no le deja descansar desde hace 6-8 meses (P3)  56. Clínica comenzó muy leve hace 2 años (P4)  57. Clínica comenzó hace 2 años (P4)  18. Comienzo de la clínica hace 3 años (P6)  111. Clínica evoluciona con rapidez (P6)  113. Clínica desde hace 6 meses (P6)  114. Clínica desde hace 6 meses, pero ahora ya se le caen las cosas (empeora) (P6)  39. Clínica empezó hace 2 años al apoyar la muñeca (P7)  38. Dolor desde hace un año (P9)  124. Dolor de pequeña solamente cuando hacia deporte (P9)  125. Dolor de pequeña solamente cuando hacia deporte: ciertos movimientos (P9)  32. Clínica en mano izquierda desde septiembre [la entrevista es en noviembre] (P10)  58. Clínica comienza en septiembre [entrevista en 11/20] (P10)  77. Clínica de pérdida de fuerza desde hace tiempo (P11)  78. Clínica de adormecimiento de las manos desde marzo (P11)  79. Clínica de adormecimiento comienza durante su ERTE 2020 (P11)  80. Clínica de adormecimiento comienza cuando ha estado en casa 2020 (P11)  81. Clínica de pérdida de fuerza desde hace más tiempo (P11)  82. Clínica de pérdida de fuerza desde hace un par de años (P11)  6. Clínica aumenta desde el año pasado (P12)  29. Clínica aumentada desde el año pasado  32. Clínica aumenta hace 18 meses cuando llega a España (P12)  39. Clínica de adormecimiento y dedo doblado comienza en mayo [esto es noviembre] (P12)  8. Clínica va por épocas (P13)  22. Clínica comienza hace un año y medio [entrevista en noviembre] (P13)  62. Clínica desde hace más de un año (P14)  63. Clínica comienza cuando el embarazo de su hija de 3 años (P14)  52. Clínica desde hace 2-3 años (P15) [entrevista en diciembre del 20]  53. Clínica desde 2017-2018 (P15)  54. Clínica comienza tras coger un saco de cemento de 25 kilos hace 2-3 años (P15)  74. Clínica persiste estos dos años, por lo tanto, regresa al médico (P15)  49. Lleva con el problema desde enero del 2018 en su 1º embarazo (P16)</p>	<p><b>Cronología y evolución de la de la clínica del STC</b></p>	<p>Hace referencia al momento de aparición de los primeros síntomas del STC y la evolución en el tiempo de estos; 2 años, 4 años, unos meses, ha empeorado desde hace meses...</p>	<p><b>Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC</b></p>

<p>45. Clínica comienza hace más o menos un año de manera intermitente (P17)  46. Clínica comienza en invierno, médico dice que por frío (P17)  89. Clínica al escribir desde noviembre 2020 (P17)  80. En el embarazo de su hija hace 7 años tuvo algo de dolor (P18)</p>			
<p>35. Clínica está siendo demasiado habitual (P1)  39. El dolor varía en función del trabajo y de lo que haga (P1)  1. Durante la mañana y el día adormecimiento (P3)  12. Ahora clínica siempre por las noches (P3)  13. Clínica toda la noche (P3)  21. No clínica de dolor por la mañana (P3)  48. Clínica de adormecimiento nocturno (P3)  58. Se le dormían las manos una vez por semana (P3)  68. Ya clínica en derecha por las noches (P3)  102. La clínica aparece por las noches (P3)  103. Clínica por el día (P3)  113. La clínica aparece por las noches (P3)  16. Se le duerme a lo largo del día (P4)  19. Clínica de dolor ya se mantiene todo el día (P4)  46. Frecuencia de la clínica: momento fijo siempre a la hora de dormir (P4)  47. Clínica es durante toda la noche (P4)  50. Clínica al levantarse (P4)  67. Frecuencia clínica: Al principio era esporádico (P4)  68. Frecuencia clínica: principio era esporádico, no me despertaba mucho (P4)  70. Clínica no era todas las noches (P4)  91. Acude al médico porque es muy repetitivo (P4)  92. Acude al médico porque era ya todas las noches (P4)  5. Clínica aparece muchas veces (P5)  10. Clínica aparece en momentos puntuales (P5)  17. Peor es la noche porque el dolor la despierta (P5)  74. Noche peor aumenta la clínica (P5)  50. Clínica de adormecimiento del brazo por la noche (P6)  56. Hormigueo en el brazo al despertar (P6)  80. Aumento de la clínica por la tarde (P6)  5. Clínica ya no le molesta por la noche (P7)  13. Antes clínica nocturna (P7)  13. Clínica de brazos dormidos al despertar (P8)  17. No clínica durante el día (P8)  61. Clínica varía dependiendo del momento (P8)  68. Se despierta con las manos dormidas (P8)  77. Clínica al despertarse (P8)  78. Clínica al despertarse es muy desagradable (P8)  87. Clínica bastante puntual (P8)  97. Antes se despertaba con las manos dormidas y se preocupaba (P8)  12. Clínica aparece muchas veces (P9)</p>	<p><b>Frecuencia de la Clínica del STC</b></p>	<p>Hace referencia a la asiduidad con la que aparece la clínica y duración de esta a lo largo de la jornada en las mujeres con STC; habitual, siempre de noche, solo por la mañana, se mantiene todo el día</p>	<p><b>Tema 1. Viviendo las manifestaciones clínicas del STC</b></p>

<p>13. “llevo nada un segundo y ya me empieza a doler” (P9)  60. Dolor que va y viene (P9)  61. Clínica muchas veces por la noche (P9)  15. “Ahora mismo lo estoy notando” (P10)  17. Clínica de entumecimiento por la noche (P12)  21. Clínica nocturna como de cansancio (P12)  22. Clínica de dolor y cansancio tras jornada laboral (P12)  23. Clínica de agotamiento por la noche (P12)  24. Por la noche: “la mano ya no me da, es como un peso” (P12)  25. No hay patrón horario de clínica por la noche (P12)  26. Siempre hay clínica nocturna que le despierta (P12)  27. Siempre se le adormece toda la mano por la noche (P12)  24. Clínica a rachas (intermitente) (P13)  52. Clínica intermitente (P13)  93. Clínica en cosas puntuales (P13)  96. Clínica de corta duración (P13)  36. Clínica por la mañana, amanece mala (P14)  38. Clínica por la noche, lo pasa mal (P14)  40. Clínica cuando amanece por la mañana (P14)  65. Clínica aumentaba por las noches (P15)  9. Clínica más molesta por la noche (P16)  12. Clínica diurna cuando hace movimiento de giro de muñeca (P16)  10. Clínica antes de irse a trabajar (P17)  13. Clínica depende mucho del horario de trabajo (P17)  21. La mayoría de los días se levanta con dolor constante (P17)  31. Generalmente ocurre todas las noches (P17)  88. Clínica diurna en la cuarentena sin trabajar (P17)  1. Clínica de dolor nocturno que no le deja dormir (P18)  99. Por el día la clínica es solo molestias (P18)  100. Clínica de dolor y adormecimiento en la cama (P18)  101. Se despierta sin fuerzas (P18)</p>			
<p>2. Es una persona activa, ahora hay cosas que no puede hacer (P1)  3. “Si las hago, las tengo que hacer con el dolor” (P1)  12. “Veo que no puedo” (P1)  23. “Yo ya no puedo, es que me doy cuenta qué no puedo hacer mi vida” (P1)  59. Hace las cosas porque no se van a hacer solas (P1)  60. Problemas al cocinar (P1)  61. Problemas en las cosas cotidianas (P1)  95. Nota que le pasan más cosas en la mano (P1)  150. Su percepción es no descansar lo suficiente (P3)  81. No es una limitación, porque no dejo de hacerlo (P4)  131. STC no supone una limitación (P4)  133. Clínica de adormecimiento, pero no deja de hacer las cosas (P4)  18. Durante el día lo sobrellevo</p>	<p><b>Cambios en la vida diaria...</b></p>	<p>Hace referencia a cómo aparecen dificultades o no aparecen en la vida de las mujeres con STC; hay cosas que no puedo hacer, no puedo, se le caen las cosas de las manos, no le supone un problema en su vida</p>	<p><b>Tema 2. Aparición de dificultades y repercusiones funcionales</b></p>

<p>115. Se le caen las cosas (P6)  24. “Cualquier ayuda se agradece” (P7)  11. No le limita a hacer nada (P8)  12. No le supone ningún problema en su vida(P8)  23. STC no le molesta (P8)  25. STC no le causa nada (P8)  62. STC no le impide hacer nada (P8)  80. No afectación en su vida diaria (P8)  86. No afectación en actividades de ocio (P8)  60. Hacer pesas en el gimnasio no supone un problema (P13)  61. Hacer pesas en el gimnasio le viene muy bien (P13)  90. No limita su vida, solo lo nota (P16)  93. No impide hacer nada (P16)  94. “te para de alguna forma, pero no limita” (P16)  101. “yo podría vivir tranquilamente, si pudiera dormir...” (P16)  102. “yo mi principal problema es no poder dormir...” (P16)  12. STC supone muchos cambios (P17)</p>			
<p>4. No puede abrir los botes (P1)  5. Necesita ayuda para abrir botes (P1)  8. No lo puede hacer sin ayudas (P1)  13. Se le caen las cosas de las manos (P1)  20. Problema al estrujar bayeta (P1)  21. No puede retorcer las bayetas (P1)  50. Ahora le cuesta expresarse con las manos (P1)  92. Limitación para abrir los frascos (P1)  116. Si le operan no sabe cómo se apaña ya que es diestra (P1)  117. La mano derecha no tiene fuerza porque la ha perdido (P1)  118.La mano izquierda no tiene fuerza por desuso (P1)  119. No ve fácil manejo con su mano izquierda (P1)  26. Le afecta cuando quiere hacer algo como abrir una lata o una botella (P2)  27. El gesto de abrir una botella le cuesta (P2)  42. No puede abrir un bote (P3)  51. Ahora no es capaz de abrir botes (P3)  39.Exprimir naranjas le lleva a pedir ayuda (P5)  40. Exprimir naranjas no puede hacerlo (P5)  37. Limitación al destapar cosas  38. Limitación al destapar una lata (P6)  39. Limitación al destapar una Coca-Cola (P6)  58. “Ahora me toca poner muchísimo más empeño en abrir una botella” (P7)  119. Limitación al hacer cosas (P9)  5. Perjudica al cargar peso (P13)  62. La mano no supone un problema para bailar (P13)  63. Hacer flexiones no supone un problema (P13)  64. Hacer flexiones “incluso me ayuda, a lo mejor fortalezcó esa parte” (P13)</p>	<p><b>Limitaciones producidas por el STC</b></p>	<p>Hace referencia a las limitaciones y repercusiones funcionales que aparecen en la vida de las mujeres con STC; no poder estrujar bayetas, caída de objetos, dificultad para destapar o agarrar objetos...</p>	<p><b>Tema 2. Aparición de dificultades y repercusiones funcionales</b></p>

<p>65. Los apoyos no suponen un problema (P13)  67. “Es que, si no puedo, no lo hago” (P13)  80. El STC no le supone un problema a corto plazo  5. Sus hijas dependen de ella (P14)  84. Limitación en las cosas de la casa (P14)  88. Limitación al bañar a sus hijas (P14)  100. “No he llegado al límite de decir: no puedo ni con eso, no puedo moverla” (P14)  101. Limitación en algunas cosas de casa (P14)  102. Cocinando corre el riesgo de quemarse (P14)  123. Limitación en casa y con sus hijas cuando no está bien (P14)  2. Limitación en el trabajo (P15)  3. Limitación en las actividades de ocio (P15)  4. Limitación en las actividades de casa (P15)  5. Le condiciona en su vida diaria (P15)  30. Limitación en la fuerza (P15)  31. Limitación al usar las manos (P15)  32. Limitación en la limpieza de la casa (P15)  34. Limitación al coger peso (P15)  35. No puede coger peso (P15)  48. Limitación en los apoyos (P15)  51. Ahora mismo hace poco de tren superior para no sobrecargar (P15)  19. No poder abrir bote le da un poco de rabia (P16)  79. Limitación al conducir (P16)  80. Le encanta conducir (P16)  98. No tiene que modificar nada por las molestias (P18)</p>			
<p>6. Estrategia: buscar herramientas para poder abrir los botes (P1)  7. Estrategia: Usar un cuchillo para abrir un tarro (P1)  81. Hay días que lleva la muñequera sin tener tanto dolor (P1)  177. Transporta lo que puede con la mano (P1)  7. Como estrategia para aliviar el dolor intenta hacer algún estiramiento (P2)  16. En casa intenta hacer estiramientos como estrategia de mejora (P2)  21. Cuando puede se pone la muñequera (P2)  106. La estrategia que usa para mejorar es irse dando masaje para normalizar la mano (P2)  18. Estrategia: estirar cuando le despierta la clínica por las noches (P3)  95. Estrategia: hacer la compra los sábados para que su marido la suba (P3)  3. Estrategia: esperar a que se le despierten y seguir (P4)  4. Estrategia: hacer movimientos con las manos, y seguir (P4)  25. Estrategia: me cambio de mano el cepillo de dientes hasta que se me despierte (P4)  48. Estrategia: si la clínica aparece cuando se está durmiendo se cambia de mano (P4)  51. Estrategia: esperar a que se despierte [la mano] para incorporarse (P4)  60. Estrategia: contraía las manos y se dormía de nuevo (P4)  69. Estrategia: movía los dedos y se despertaba (P4)</p>	<p><b>Alternativas para superar las limitaciones diarias</b></p>	<p>Hace referencia a las maniobras que realizan las mujeres con STC ante las dificultades que aparecen en su día a día; pedir ayuda, uso de trucos, estiramientos, uso de muñequeras, cargar menos peso...</p>	<p><b>Tema 2. Aparición de dificultades y repercusiones funcionales</b></p>

<p>71. Estrategia: si hay clínica y estoy sujetando algo lo pongo en el frio (P4)</p> <p>72. El frio le despierta las manos más rápido (P4)</p> <p>73. Mover las manos, menos efectivo para despertarlas (P4)</p> <p>74. Estrategia: su novio le masajea la mano (P4)</p> <p>75. Estrategia: Poner las manos en frio casi todos los días (P4)</p> <p>76. La estrategia del frio la usa dependiendo de lo que esté haciendo (P4)</p> <p>77. Un día tranquilo, usa la estrategia del frio al despertarse (P4)</p> <p>78. Un día de trabajo usa la estrategia del frio unas 2 veces (P4)</p> <p>79. Estrategia: mover las manos hasta que se despierten (P4)</p> <p>4. Estrategia bajar y pegar el brazo al cuerpo (P5)</p> <p>8. Estrategia ante dolor: bajar el brazo (P5)</p> <p>23. Estrategia: cuando se adormece deja de hacer cosas y baja la mano (P5)</p> <p>24. Estrategia: bajar la mano cuando comienzan los síntomas (P5)</p> <p>25. Estrategia: darme pequeños masajes cuando comienzan los síntomas (P5)</p> <p>26. Estrategia: dar masaje para que se espabile (P5)</p> <p>33. Estrategia: ciertas cosas las hace con la izquierda para disminuir la clínica (P5)</p> <p>34. Estrategia: buscar compensaciones (P5)</p> <p>35. Estrategia: buscar compensaciones con la izquierda (P5)</p> <p>36. Estrategia: intentar relajar la mano cuando comienza el hormigueo (P5)</p> <p>66. Busca estrategias para poder hacerlo sola si es necesario [su trabajo](P5)</p> <p>48. Estrategia: se ayuda con la otra mano para que no le resbale la taza de café (P6)</p> <p>65. Estrategia: se masajea fuerte para relajar (P6)</p> <p>153. Estrategia: recostarse y tratar de dormir (P6)</p> <p>152. Con el descanso mejora (P6)</p> <p>154. Estrategia: relajarse para mejorar dolor (P6)</p> <p>41. Estrategia: apoyar la mano sobre el puño (P7)</p> <p>59. No recurre a estrategias (P7)</p> <p>60. No recurre a estrategias ni pide ayuda (P7)</p> <p>76. Estrategia: llevarlo con la mano izquierda (P7)</p> <p>77. Estrategia: llevarlo con las dos manos (P7)</p> <p>82. “simplemente me aguantaba o intentaba ver qué podía hacer para no sobrecargar la mano con mucho peso o con trabajo” (P7)</p> <p>83. Busca estrategias para no sobrecargar (P7)</p> <p>84. Busca estrategias para seguir trabajando (P7)</p> <p>16. Estrategia: mover las manos (P8)</p> <p>25. Estrategia de mover las manos (P9)</p> <p>83. Estrategia sacudir las manos para poder continuar (P9)</p> <p>85. Estrategia ponerse un cojín (P9)</p> <p>109. Estrategia buscar alternativas (P9)</p> <p>110. Estrategia coger el cuchillo para abrir el bote (P9)</p> <p>111. Estrategia coger el cuchillo para abrir el bote (P9)</p> <p>112. Si no funciona esa estrategia pide ayuda para abrir el bote (P9)</p> <p>121. Estrategia de hacerse la coleta boca abajo (P9)</p> <p>123. Estrategia comprar una funda de móvil diferente (P9)</p> <p>135. Estrategia hacer más lento el movimiento de marcha atrás (P9)</p>			
--	--	--	--

<p>138. Estrategia tirar con las dos manos del freno de mano (P9)</p> <p>146. Estrategia hacerlo más lento [girar el volante] (P9)</p> <p>23. Estrategia parar un poco respirar profundamente (P10)</p> <p>61. Estrategia: hace ejercicios con la mano (P10)</p> <p>76. Estrategia cargar las bandejas en un carro y moverlas con este (P10)</p> <p>77. Estrategia cargar las bandejas en el carrito para moverlas (P10)</p> <p>83. Busca estrategias para hacer las cosas (P10)</p> <p>84. Si no puede hacer algo lo deja (P10)</p> <p>88. Estrategia dar más paseos cuando va a la compra (P10)</p> <p>89. Estrategia cargar la compra en el antebrazo (P10)</p> <p>90. Estrategia poner la compra en el carro (P10)</p> <p>91. Estrategia esperar a que le acompañe su familia (P10)</p> <p>99. Estrategia poner música de relajación (P10)</p> <p>8. Estrategia: ir despacio (P11)</p> <p>9. Estrategia: coger pocas cosas (P11)</p> <p>74. Estrategia: hincar cuchillo para hacer vacío y abrir los botes (P11)</p> <p>19. Estrategia: flexionar los dedos para que circule la sangre y se calme (P12)</p> <p>65. Estrategia: en su casa trata de descansar para que las manos le sirvan para cuando las necesita [es decir, para la casa en la que trabaja] (P12)</p> <p>66. Estrategia: en su casa intenta relajarse mucho (P12)</p> <p>70. Estrategia: trata de evitar coger peso (P12)</p> <p>11. Estrategia: mover/sacudir la mano (P13)</p> <p>12. Estrategia: estirar un poco (P13)</p> <p>13. Estrategia: para abrir bote usar una palanca (P13)</p> <p>14. Estrategia: buscar algo para no forzar la mano (P13)</p> <p>15. Estrategia: para no cargar pedir ayuda (P13)</p> <p>16. Estrategia: cargar menos peso (P13)</p> <p>17. Estrategia: ayudarse con la izquierda (P13)</p> <p>76. Estrategia: pedir ayuda para cosas puntuales (P13)</p> <p>77. Estrategia: pedir ayuda para cargar peso (P13)</p> <p>83. Estrategia: hacer palanca para abrir el bote (P13)</p> <p>95. Estrategia: Sacudirse la mano (P13)</p> <p>97. Estrategia: Sacudir/mover la mano (P13)</p> <p>37. Estrategia: si no existiese barrera del idioma, cambiaría el turno si se levanta mal (P14)</p> <p>41. Estrategia: ponerse la venda/muñequera al levantarse (P14)</p> <p>48. Estrategia: ponerse la venda lo más fuerte que aguante (P14)</p> <p>49. Estrategia: vendarse hasta que ceda el dolor (P14)</p> <p>58. Estrategia vendarse hasta el brazo para limitar el movimiento (P14)</p> <p>16. Truco de mover la mano (P15)</p> <p>17. Truco de mover el codo (P15)</p> <p>19. Asume el usar el ratón con la izquierda (P15)</p> <p>22. “He ido adiestrando la mano izquierda a la hora de trabajar” (P15)</p> <p>29. Estrategia: se acomoda el trabajo a sus necesidades (P15)</p> <p>37. Estrategia: posponer la carga del peso hasta que lo haga el marido (P15)</p>			
--	--	--	--



<p>38. Estrategia: marido coge el peso (P15)  49. Estrategia: apoyar periodos cortos (P15)  50. Posible estrategia para trabajar MMSS: piscina, limitación COVID (P15)  8. Estrategia: mover los brazos para que circule la sangre bien (P16)  15. Estrategia, para abrir el bote pedir ayuda (P16)  16. Estrategia para el sujetador, moverlo a los lados (P16)  17. No tiene estrategias de movimiento para que le duela menos (P16)  81. Estrategia: dejar que conduzcan (P16)  16. Estrategia: cargar más con la izquierda (P17)  17. Siempre hacía fuerza con la derecha (P17)  18. Compensa con la izquierda (P17)  19. Compensa con los hombros y los sobrecarga (P17)  20. Las compensaciones le generan otros problemas (P17)  47. Estrategia: ponerse cosas calientes (P17)  48. Estrategia no mejora la clínica (P17)  61. Necesita estrategias para abrir frascos (P17)  62. Estrategia: intentarlo con la izquierda (P17)  63. Estrategia: moverlo un poco (P17)  64. Estrategia: pegárselo al pecho para hacer fuerza (P17)  65. Estrategia: pedir ayuda a la pareja si tiene mucha clínica (P17)  7. Estrategia: sujetar el peine con otra parte de la mano (P18)  22. Estrategia: cambiar la manera de hacerlo hasta poder abrirlo (P18)  23. Estrategia: cortar el tapón (si es un brik de leche) (P18)</p>			
<p>64. Delega trabajo en su pareja (P5)  65. No tiene problema en buscar ayuda (P5)  67. Su orgullo le hace que cueste delegar en otras personas (P5)  63. Pide ayuda para abrir bote (P6)  26. No busca ayuda de otra persona (P9)  27. No busca ayuda de otra persona porque es muy independiente (P9)  32. A veces pide ayuda a su novio para que le abra un bote (P9)  77. No le gusta pedir ayuda (P9)  78. Estrategia hacer más despacio las cosas para no pedir ayuda (P9)  89. Pide ayuda a su novio para cargar al perro (P9)  90. En su día a día no pide ayuda (P9)  140. Pide ayuda a su novio para que conduzca el (P9)  78. Pide ayuda en casa (P10)  80. Pide ayuda para coger las cosas que pesan (P10)  82. Pide ayuda en casa (P10)  34. Ahora necesita pedir ayuda (P11)  36. No supone un problema pedir ayuda (P11)  38. No supone un problema pedir ayuda (P11)  70. “Si las hago las hago, y si no las hago ya las harán otros cuando vengán” (P11)  [referencia a pedir ayuda en casa]</p>	<p><b>Requerir Ayuda por el STC</b></p>	<p>Describe porqué las mujeres con STC solicitan o no ayuda a su entorno familiar y social y de qué tipo es la ayuda; delega en su pareja, pide ayuda en casa, no pide ayuda, su hermana le ayuda en casa...</p>	<p><b>Tema 2. Aparición de dificultades y repercusiones funcionales</b></p>

<p>71. “no hay nada tan imprescindible como para no” (P11) [referencia a pedir ayuda en casa]</p> <p>76. Necesidad de pedir ayuda para abrir botes (P11)</p> <p>71. No pide ayuda en el trabajo porque está sola (P12)</p> <p>72. En su casa si pide ayuda (P12)</p> <p>73. En su casa evita hacer fuerza (P12)</p> <p>74. No supone un problema pedir ayuda (P12)</p> <p>18. Pedir ayuda no supone un problema (P13)</p> <p>85. Pide ayuda para las cosas de la casa (P14)</p> <p>89. Tiene ayuda en casa (P14)</p> <p>90. No supone un problema pedir ayuda (P14)</p> <p>91. Si no le ayudan, no lo hace (P14)</p> <p>96. En casa tiene ayuda de su hermana (P14)</p> <p>103. Pide ayuda en casa (P14)</p> <p>18. Pedir ayuda no supone un problema grande (P16)</p> <p>21. No supone un problema pedir ayuda (P16)</p> <p>24. Lo peor es no poder dormir, pero “ahí no puedo pedir ayuda” (P16)</p> <p>41. No cree llegar a tener que pedir ayuda en el trabajo porque no le afecta a la hora de trabajar (P16)</p> <p>66. Pide ayuda cuando está cocinando (P17)</p> <p>67. Pedir ayuda supone un problema (P17)</p> <p>69. Es muy orgullosa, por eso supone un problema pedir ayuda (P17)</p> <p>72. La pareja le ayuda sin problema (P17)</p> <p>93. Se esfuerza por encima de sus posibilidades para no pedir ayuda (P18)</p> <p>94. No pide ayuda por no hablar (P18)</p> <p>95. No pide ayuda para no enfadarse con la persona para que le ayude (P18)</p>			
<p>144. No falta al trabajo por el problema del STC (P4)</p> <p>125. Sin la opción de organizarse libremente, hubiese dejado el trabajo (P6)</p> <p>75. Clínica le afectaba en su trabajo (P7)</p> <p>22. STC no le impide hacer su trabajo (P8)</p> <p>50. Su trabajo es manual (P8)</p> <p>51. Necesita sus manos para trabajar, las usa mucho (P8)</p> <p>52. EL STC puede ser un hándicap para su trabajo (P8)</p> <p>45. La patología en sí no le molesta tanto (P8)</p> <p>58. Necesita tener fuerza en la mano derecha (P8)</p> <p>59. Para ella es importante tener fuerza en la mano derecha para su trabajo(P8)</p> <p>14. “Llega un momento que no puedo hacer el trabajo, desempeñarlo como debe ser” (P10)</p> <p>3.Trabaja básicamente con las manos (P11)</p> <p>18. “La afectación es sobre todo en el ámbito laboral” (P11)</p> <p>61. En el trabajo siente como “si tuviera la mano abierta” (P12)</p> <p>75. Clínica no le perjudica mucho en el trabajo (P13)</p> <p>133.” Es mi trabajo y lo necesito, no se puede dar la baja” (P14)</p> <p>51. No deja de trabajar (P18)</p>	<p><b>Afectación del desempeño laboral/trabajo y STC</b></p>	<p>Hace referencia a cómo a las mujeres con STC les surgen barreras en su puesto de trabajo, y cómo se enfrentan a ellas; su trabajo es manual, necesita tener fuerza en la mano, coge peso, hace movimientos repetitivos, no deja de trabajar, no está incapacitada...</p>	<p><b>Tema 3. El impacto de la enfermedad en el trabajo</b></p>

<p>52. Trabaja con dolor, pero trabaja igual (P18) 59. No considera que la clínica le incapacite para trabajar (P18)</p>			
<p>67. En invierno las prendas pesan más (P1) 73. Si cambia de sección no puede con el trabajo (P1) 74. Si cambia de sección no puede con el trabajo (P1) 9. Tiene que pedir ayuda en el trabajo (P2) 10. Tiene que pedir ayuda para realizar tareas del trabajo (P2) 11. Tiene que pedir ayuda para abrir una lata (P2) 12. Tiene que pedir ayuda para cortar una paletilla de jamón (P2) 15. Si no le pueden ayudar (en el trabajo), lo hace como pueda (P2) 26. Le afecta cuando quiere hacer algo como abrir una lata o una botella (P2) 53. “He tenido días bastantes chungos en el trabajo” (P2) 55. “Allí estoy todo el día con las manos... “[refiriéndose a trabajar moviendo/usando las manos] (P2) 83. Me tienen que dejar cortado el pan (en el trabajo) (P2) 105. La compañera le tuvo que quitar la jarra [al quedársele la mano agarrotada) (P2) 26. Limitación con los animales: No puedo dejar de sujetarlos hasta que se me despierte la mano (P4) 29. Me agobio, pero no dejo de hacerlo (P4) 137. Clínica al reponer pedidos (P4) 138. Clínica al coger (P4) 82. Aumento de la clínica por sobrecarga (P6) 83. Aumento de la clínica por limpiar cristales 84. El movimiento de limpiar cristales “no le va bien” (P6) 130. Dice a su jefa: “¡es que no me siento capaz!” (P6) 138. Antes planchaba, antes agarraba agua en su trabajo (P6) 139. Hace mucho tiempo que no plancha o agarra agua en su trabajo (P6) 22. STC no le impide hacer su trabajo (P8) 47. Clínica al doblar camisetas (P9) 7. Clínica le afecta en el trabajo (P10) 8. Clínica le afecta en el trabajo porque tiene que mover mucho (P10) 14. “Llega un momento que no puedo hacer el trabajo, desempeñarlo como debe ser” (P10) 74. “En otro sitio ya no me pueden poner” (<i>referencia al cambio de puesto de trabajo que le han hecho por la pandemia</i>) (P10) 81. No puede coger una cazuela con agua y pasta (P10) 7. “Yo antes cogía 30 perchas a la vez con ropa, ahora no puedo” (P11) 10. “No me da la fuerza” (P11) 11. “No me da la mano” (P11) 12. No puede dejar perfecta la ropa doblada (P11) 13. No puede hacer nada de movimiento fino/piezas pequeñas (P11) 33. “Antes lo hacía sola, me gusta hacerlo sola” (P11) 34. Ahora necesita pedir ayuda (P11)</p>	<p><b>Limitaciones y estrategias de enfrentamiento laboral del STC</b></p>	<p>Hace referencia a que limitaciones se encuentran en el desempeño de su trabajo las mujeres con STC y cómo en algunos casos las solventan para seguir trabajando; pedir ayuda, cargar peso, buscarse periodos de descanso</p>	<p><b>Tema 3. El impacto de la enfermedad en el trabajo</b></p>

<p>35. No puede sola (P11)  39.” Si lo hago lo voy a pagar porque luego me va a doler más” (P11)  40. “Es que no me da” (P11)  42. No se plantea coger la baja (P11)  113. Afectación en el tema laboral (P11)  114. Afectación en el tema laboral que es donde se maneja con las manos (P11)  10. Limitación en su trabajo (P14)  11. Clínica no le permite estar al 100% en el trabajo (P14)  13. Limitación en su trabajo si no descanso periodos de unos minutos (P15)  15. Busca trucos hasta que resulta insoportable para descansar y luego retomar el trabajo (P15)  18. “pero hay algún momento en el que ya no puedes y tienes que dejarlo” (P15)  20. Menos destreza con la mano izquierda (P15)  21. Uso de la izquierda limita el trabajo  31. STC no supone un problema en su trabajo (P16)  32. En su trabajo no puede evitar las posturas de las muñecas (P16)  33. Tiene el apoya muñecas (P16)  34. STC no afecta prácticamente a su trabajo (P16)  35. STC no cambia nada en su trabajo (P16)</p>			
<p>145. Su jefe sabe el problema (P4)  148. Sus compañeros y su jefe lo saben (P4)  150. Si lo comenta tiene ayuda en el trabajo (P4)  151. Ayuda por parte de los compañeros (P4)  38. Cuidando niños no fuerza la mano (P5)  97. Comunica su situación a sus jefes (P6)  98. Comunica que hace solo 1 de las 3 cosas porque las 3 no puede (P6)  99. Apoyo de sus jefes (P6)  100. Pensó en dejar de trabajar para asimilar la situación (P6)  101. Comunicó a su jefa su intención de dejar de trabajar para asimilar la situación (P6)  102. Comunicó a su jefa su intención de dejar de trabajar por limitación a la hora de hacer cosas (P6)  103. “digo que si voy a hacer las tres cosas es que no, es que no voy a poder, es mejor decir que dejo el trabajo y que no vengo” (P6)  105. Sus jefes la aceptan con las condiciones que tiene (P6)  122. La jefa se muestra comprensiva (P6)  128. Compresión por su jefa, que no se preocupe (P6)  129. Compresión por su jefa, le dice que no se vaya del trabajo (P6)  130. Dice a su jefa: “¡es que no me siento capaz!” (P6)  132. “me sentí como apoyada por la parte de la Señora” (P6)  81. No comenta el problema en el trabajo (P7)  82. “simplemente me aguantaba o intentaba ver qué podía hacer para no sobrecargar la mano con mucho peso o con trabajo” (P7)  63. Lo comenta en el trabajo (P8)</p>	<p><b>Información a los compañeros de trabajo sobre STC</b></p>	<p>Describe cómo y cuando las mujeres deciden informar a sus compañeros de trabajo y/o jefes de su situación, o si les solicitan ayuda</p>	<p><b>Tema 3. El impacto de la enfermedad en el trabajo</b></p>

<p>64. Patología muy frecuente en su trabajo (P8)  65. Conoce a otra compañera operada, que está afectada (P8)  73. Sus jefes le dicen que vaya al médico (P10)  32. Sus compañeras de trabajo son conscientes de que tiene que pedir ayuda (P11)  41. No lo comenta a sus jefes (P11)  60. No comenta a su jefa su problema (P12)  63. No comenta nada en el trabajo por necesidad de este (P12)  64. No comenta nada porque no tiene seguridad Social (P12)  19. En el trabajo saben su problema (P13)  20. No supone un problema a sus compañeros (P13)  21. Sus compañeros colaboran con ella (P13)  21. Su jefe desconoce el problema (P14)  22. Compañera sabe que tiene dolor (P14)  26. Problemas de comunicación con sus jefes, barrera de idioma (P14)  27. “Trabajar con chinos es muy complicado” (P14)  28. Miedo a perder el trabajo si cuenta el problema (P14)  32. Límite de la vida privada de la laboral (P14)  33. Límite de la vida privada de la laboral:” Porque no le interesa saber, no me pregunta, ni yo tampoco” (P14)  34. Solicita permiso para ir al médico y ya (P14)  35. SI no existiese la barrera del idioma lo hubiese dicho (P14)  134. “Mis jefes no me van a esperar hasta que yo me recupere, por eso no lo he dicho” (P14)  27. No comenta problema en el trabajo (P15)  28. “¿En qué cosas me van a ayudar” (P15)  36. Comenta solo a un compañero de trabajo (P16)  37. Compañero es simpático porque su mujer lo tenía (P16)  38. Se siente entendida por compañero (P16)  39. Se lo contó por ausencia laboral 3 días seguidos por no descansar (P16)  77. En su trabajo no saben nada de su problema (P17)  78. En el trabajo no dice nada por miedo y orgullo (P17)  79.No dice nada en el trabajo por si le echan (P17)  80. No puede arriesgarse a decir nada en el trabajo (P17)</p>			
<p>109. El dinero no le va a solucionar nada (P2)  110. El dinero no le va a quitar el problema (P2)  111. El dinero no le va a quitar la enfermedad (P2)  112. El dinero no influye en la enfermedad (P2)  105. A nivel económico comprar la férula y las vitaminas le supone un problema (P3)  106. Ella no está trabajando (P3)  107. Sólo entra un sueldo en casa [por eso no compra la férula] (P3)  108. El tema económico es un motivo por el que no ha comprado las férulas (P3)  109. Probar el tratamiento de fisio 1º es un motivo por si le va bien no comprar férulas (P3)  110. Va a la farmacia a interesarse por el precio de férulas y vitaminas (P3)</p>	<p><b>Relación economía y STC</b></p>	<p>Hace referencia a cómo influye la economía en el STC y el STC en la economía; no compran férulas por el coste, no se operan por no perder el trabajo, no se dan la baja por no perder el trabajo, no creen que la tenga relación directa con la economía</p>	<p><b>Tema 3. El impacto de la enfermedad en el trabajo</b></p>

<p>86. Impacta la patología en la economía (P7)  87. Repercusión económica: No quiere llegar a cirugía por tema económico (P12)  88. Repercusión económica: “Dependo 100% de mi trabajo en este momento” (P12)  89. Repercusión económica: No quiere cirugía por la demora en la recuperación [y su repercusión económica] (P12)  101. Repercusión económica: No compra las férulas nocturnas por tema económico (P12)  74. Repercusión económica si dejase de trabajar (P13)  29. STC puede suponer un problema económico (P14)  30. STC puede suponer un problema económico, operarse requiere baja (P14)  31. Estar de baja, es una pérdida para sus jefes (P14)  42. No considera que haya implicación económica con el STC (P16)  43. Al estar en subcontrata le mandarían a su empresa (P16)  44. Considera que sería lo mismo que con el embarazo (P16)  75. Le asusta la afectación laboral (P17)  76. “digo ¿y a qué me voy a dedicar?” (P17)  84. Relación directa STC y economía (P17)  85. Relación directa STC y economía sobre todo en este momento (P17)  56. Ve relación directa de la patología con la economía de quienes las sufren [más en su caso que es autónoma] (P18)  57.” Aunque sea muriéndome, me voy arrastrando para la peluquería” (P18)  58. Cree que podría ser diferente si trabajase para otro (P18)</p>			
<p>76. El jefe es comprensivo, le entiende (P1)  176. Cree que comentarán (los compañeros) que carga menos de lo que podría (P1)  178. Hay gente que si empatiza en el trabajo (P1)  179. Tiene ayuda por parte de algunas compañeras (P1)  201. Su compañera le pregunta que qué le pasa (P1)  202. Su compañera pregunta por qué está seria (P1)  80.Hay compañeros que si te ayudan y compañeros que no (P2)  81. Más que como una enfermedad lo ven como más trabajo [respecto a los compañeros de trabajo] (P2)  84. Lo ven como un trabajo extra, que no les corresponde (P2)  85. Su pareja lo entiende porque es cocinero (P2)  119. El jefe les dice a los compañeros que le ayuden (P2)  151. Tiene ayuda por parte de los compañeros de trabajo(P4)  64. Los compañeros de trabajo se ofrecen a ayudarle (P10)  12. Compañera de trabajo recomienda que vaya al médico (P14)  15. Compañera insiste en que vaya al médico nuevamente (P14)  23. Compañera le ayuda a vendarse (P14)  24. Tiene ayuda por parte de la compañera (P14)  25. Apoyo de la compañera de trabajo (P14)  92. Al principio no le creían (P14)  74. Siente que afecta a otra persona por estar ella limitada (P17)</p>	<p><b>Comportamiento de la gente del trabajo a su alrededor con relación al STC</b></p>	<p>Hace referencia a cómo actúan los compañeros de trabajo y/o jefes en relación a las necesidades que le surgen en su puesto de trabajo a las mujeres con STC; trabajo extra, le ayudan, le cambian de sección, jefe le comprende...</p>	<p><b>Tema 3. El impacto de la enfermedad en el trabajo</b></p>

<p>90. En mayo (de 2019) va al médico de cabecera en previsión del aumento de trabajo de julio (P1)</p> <p>97. El médico de cabecera le dice que tiene tendinitis (P1)</p> <p>98. Al principio descartan Túnel del Carpo (P1)</p> <p>103. Le mandan al traumatólogo antes del verano (P1)</p> <p>112. Traumatólogo le manda EMG y placa (P1)</p> <p>111. Le mandan al traumatólogo (P1)</p> <p>112. Traumatólogo le manda EMG y placa (P1)</p> <p>126. El médico de cabecera le dice que es epicondilitis (P1)</p> <p>133. El otro traumatólogo le propone derivarla al reumatólogo (P1)</p> <p>218. Le mandan al fisio de la seguridad social (P1)</p> <p>31. Consultó al médico por los dolores (P2)</p> <p>32. Consultó al médico porque por las noches le despertaba el dolor (P2)</p> <p>36. El médico de cabecera le envía al hospital (P2)</p> <p>37. El médico le envía directamente a que le hagan las pruebas de STC (P2)</p> <p>65. El médico de cabecera le mandó al hospital a hacerse las pruebas (P2)</p> <p>70. No se esperaba la llamada para la rehabilitación (P2)</p> <p>22. Acude al médico de cabecera por clínica en mano izquierda (P3)</p> <p>25. Médico de cabecera le deriva al trauma</p> <p>26. Trauma descarta que sea STC (P3)</p> <p>27. Trauma le dice que no hay nada de STC (P3)</p> <p>28. Trauma le dice que está un poco afectado (P3)</p> <p>29. Trauma le dice que no es para operar (P3)</p> <p>30. Trauma le dice que se ponga las férulas (P3)</p> <p>33. Trauma le manda revisión en 3 meses tras uso de férulas (P3)</p> <p>41. El médico no le habla de cirugía (P3)</p> <p>52. Diagnóstico no ha sido claro (P3)</p> <p>53. El trauma le dice que no es para operar (P3)</p> <p>56. No le dan un diagnóstico claro (P3)</p> <p>61. El diagnóstico le da tranquilidad (P3)</p> <p>65. Médico de cabecera le deriva a traumatología (P3)</p> <p>66. El traumatólogo le hace una radiografía y le ponen “las pegatinas” (entiendo que un EMG), el texto no especifica (P3)</p> <p>132. Traumatólogo le manda estiramientos (P3)</p> <p>133. Traumatólogo le dice que no hay afectación (P3)</p> <p>134. Traumatólogo le manda férulas (P3)</p> <p>63. Tardó en acudir al médico (P4)</p> <p>64. Tardé un año en acudir al médico (P4)</p> <p>65. Acude al médico porque se hizo más repetitivo (P4)</p> <p>84. Diagnóstico: Acude al médico hace un año (P4)</p> <p>85. Diagnóstico: El médico le manda al neurólogo (P4)</p> <p>86. Diagnóstico: Neurólogo le manda unas pruebas (P4)</p> <p>88. Diagnóstico con EMG (entiendo por lo que dice) (P4)</p> <p>89. No tiene el resultado de las pruebas no se las da el médico (P4)</p>	<p><b>Diagnóstico médico del STC</b></p>	<p>Hace referencia a cómo las mujeres buscan ayuda en los profesionales sanitario, a cuáles acuden y quien les da el diagnóstico médico y qué pruebas les realizan; cabecera, medico laboral, traumatólogo, EMG, derivación al especialista...</p>	<p><b>Tema 4. La búsqueda de atención médica</b></p>
---	--	--	--

<p>90. Diagnóstico: se hizo las pruebas hace unos 5 meses [cuento mirando la fecha de realización de la entrevista] (P4)</p> <p>91. Acude al médico porque es muy repetitivo (P4)</p> <p>92. Acude al médico porque era ya todas las noches (P4)</p> <p>95. La clínica y los consejos de su madre le llevan al médico (P4)</p> <p>96. Con las pruebas le dan dos opciones de tratamiento (P4)</p> <p>97. Con las pruebas le proponen usar férulas (P4)</p> <p>98. Con las pruebas le proponen operación (P4)</p> <p>105. Diagnóstico: mano derecha más grave que izquierda (P4)</p> <p>152. Desconocimiento del diagnóstico del neurólogo (P4)</p> <p>153. Desconocimiento de lo que le vayan a decir (P4)</p> <p>167. El neurólogo no comenta nada (P4)</p> <p>168. El neurólogo manda pruebas (P4)</p> <p>169. El neurólogo le manda las pruebas porque “no le podía decir nada al respecto” (P4)</p> <p>170. En las pruebas le dicen que operación o férulas (P4)</p> <p>47. Médico cabecera le manda al hospital (P5)</p> <p>48. Reumatólogo le infiltra y manda continuación con férula (P5)</p> <p>49. Reumatólogo comenta posible cirugía en un futuro (P5)</p> <p>50. Reumatólogo comenta que hay que derivar al traumatólogo (P5)</p> <p>3. Acude al médico por la sintomatología (P6)</p> <p>4. El médico le manda analítica (P6)</p> <p>5. Otro médico le manda al hospital (P6)</p> <p>19. Diagnóstico tarda 6-7 meses (P6)</p> <p>21. Diagnóstico: Acude al médico (P6)</p> <p>27. Decidió acudir al médico (P6)</p> <p>28. Diagnóstico: el médico le manda análisis (P6)</p> <p>29. Proceso de diagnóstico lento (P6)</p> <p>60. Le comentan que es artritis nerviosa (P6)</p> <p>112. Cuando acude al médico ya se le caen las cosas (P6)</p> <p>142. Médico le explica que hay muchos síntomas y no siempre es operación (P6)</p> <p>40. Acude al médico por sintomatología (P7)</p> <p>44. Médico le manda pruebas (P7)</p> <p>45. Diagnóstico STC leve</p> <p>98. EMG para diagnóstico (hace 1 o 2 meses) (P7)</p> <p>99. Tras EMG dicen que es leve (P7)</p> <p>2. No tiene afectación grave (P8)</p> <p>28. Acude directamente al neurólogo (P8)</p> <p>29. Neurólogo le hacer EMG (P8)</p> <p>30. Diagnóstico de STC leve (P8)</p> <p>31. Neurólogo le manda férulas nocturnas (P8)</p> <p>32. Diagnóstico diferencial fue muy rápido (P8)</p> <p>33. En menos de un mes tenía el diagnóstico (P8)</p> <p>34. Diagnóstico STC bilateral (P8)</p> <p>91. Neuróloga diagnostica STC muy leve (P8)</p>			
--	--	--	--



<p>39. Hace un año va al médico (P9)  40. Busca ayuda médica tras un año con dolor. (P9)  42. Es reacia a ir al médico (P9)  43. Fue al médico al intensificarse el dolor (P9)  44. El médico le mando unas pruebas (P9)  50. Primer profesional al que acude buscando ayuda: medico (P9)  51. Va al médico de cabecera (P9)  52. Médico de cabecera le manda al hospital (P9)  53. En el hospital le mandan pruebas (P9)  54. En el hospital le mandan férulas (P9)  55. En el hospital le hacen EMG (P9)  56. Tras el diagnóstico el profesional dice: "...ya puedes vivir con ello" (P9)  105. Diagnóstico reciente (P9)  41. Diagnóstico: Primer paso va al médico de familia (P10)  42. Médico de familia le manda al traumatólogo (P10)  43. EL traumatólogo le manda las pruebas (P10)  44. Traumatólogo le manda radiografía (P10)  45. Traumatólogo le manda EMG (P10)  46. Diagnóstico: de momento tiene poco STC (P10)  47. "La mejoría no la noto" [respecto al 1º diagnóstico de artrosis que le dan] (P10)  48. Diagnóstico: Siguiente paso traumatólogo le manda uso de férulas (P10)  71. Busca ayuda: decide ir al médico a valorarse (P10)  72. Busca ayuda: razones, decide ir al médico porque "no podía aguantar más y me costaba" (P10)  75. Busca ayuda: decide ir al médico porque no pueden cambiarla nuevamente de puesto de trabajo (P10)  44. La doctora de las pruebas le dijo que de momento tiene poco (P11)  45. La doctora de las pruebas le dijo que cuando la clínica evolucione ven si le operan (P11)  85. Acude al médico por problemas digestivos y termina comentando que se le duermen las manos (P11)  86. El médico digestivo le dice que es el carpo que vaya a que le miren (P11)  88. La doctora le dice que tiene poco (P11)  89. La doctora le dice que le falla el nervio en el codo (P11)  90. La doctora le dice que tiene más afectación a nivel de codo (P11)  95. El médico era el traumatólogo (P11)  96. El médico le hace EMG (P11)  32. Clínica aumenta hace 18 meses cuando llega a España (P12)  33. Fue al médico y le mandan al especialista (P12)  34. Diagnóstico: le hacen examen neurológico (P12)  35. Diagnóstico: STC bilateral (P12)  36. Diagnóstico: hablan de cirugía (P12)  37. Diagnóstico: acude a médico de cabecera (P12)  38. Diagnóstico: médico de cabecera le manda Rx cervical (P12)  40. Regresa al médico de cabecera (P12)</p>			
--	--	--	--

<p>41. Médico de cabecera le deriva al traumatólogo (P12)</p> <p>45. Diagnóstico: Traumatólogo tras infiltración le mandan al neurólogo (P12)</p> <p>46. Diagnóstico: El neurólogo le hace pruebas (P12)</p> <p>47. Diagnóstico: Neurólogo le dice que tienen STC bilateral (P12)</p> <p>48. Diagnóstico: Neuróloga le dice que probablemente sea de cirugía (P12)</p> <p>49. Diagnóstico: neuróloga vuelve a derivar al traumatólogo para que decida (12)</p> <p>50. Diagnóstico: En el neurólogo le hacen EMG (P12)</p> <p>30. Acude al médico en verano porque está peor la clínica (P13)</p> <p>33. 1º médico que acude es al privado (P13)</p> <p>34. Médico privado le manda EMG (P13)</p> <p>35. Médico privado diagnostica STC moderado (P13)</p> <p>37. 1º médico que acude es el traumatólogo privado (P13)</p> <p>38. Médico privado le manda EMG (P13)</p> <p>13. Diagnóstico: 1º especialista al que acude: médico de cabecera (P14)</p> <p>14. Diagnóstico: Médico de cabecera manda venda 5 días (P14)</p> <p>16. Diagnóstico: Tras insistir le mandan al especialista (P14)</p> <p>17. Diagnóstico: Especialista le manda pruebas (P14)</p> <p>18. Diagnóstico: Está esperando resultados de las pruebas (P14)</p> <p>73. Diagnóstico: 1º médico que acude es el de cabecera (P14)</p> <p>74. Médico de cabecera le dice que no es nada, manda muñequera (P14)</p> <p>75. Insiste en ir al de cabecera hasta que le mandan al hospital (P14)</p> <p>76. Les mandan a enfermedades tropicales [por descartar tras un problema familiar, después de visitar su país](P14)</p> <p>77. Desde tropicales le derivan a especialista de la mano (P14)</p> <p>78. Especialista de la mano le hace unas pruebas y le diagnostican (P14)</p> <p>83. El traumatólogo le hace EMG [corrientitas] (P14)</p> <p>95. El médico le dice que tiene un problema (P14)</p> <p>136. Diagnóstico: "no es tan grave, pero te podrían llegar a operar" (P14)</p> <p>24. Diagnóstico: STC bilateral (P15)</p> <p>25. Diagnóstico: STC más agudo en la derecha por sobre uso (P15)</p> <p>26. Diagnóstico: STC bilateral (P15)</p> <p>67. Acude al médico cuando se hace daño (P15)</p> <p>88. Diagnóstico: Como sigue adormecimiento acude a Dra. cabecera (P15)</p> <p>89. Dra. Cabecera envía al especialista (P15)</p> <p>90. Cita en el hospital para pruebas (P15)</p> <p>91. Diagnóstico: hacen EMG (P15)</p> <p>92. Diagnóstico: le ponen nombre a la patología (P15)</p> <p>93. Diagnóstico: tiene un grado moderado en ambas manos (P15)</p> <p>100. Diagnóstico: tenía cita para el especialista en marzo 2020 cuando empezó la pandemia (P15)</p> <p>101. Diagnóstico se retrasa unos 8 meses por COVID (P15)</p> <p>102. Diagnóstico finalmente en octubre 2020 (P15)</p> <p>112. Persona que hace EMG comenta que en grado medio suelen recomendar cirugía (P15)</p>			
---	--	--	--

<p>113. Persona que hace EMG comenta que en grado medio suelen recomendar cirugía, pero aún está pendiente de valoración por especialista (P15)</p> <p>51. Acude a traumatólogo por espalda y le comenta lo de las manos [Fue más o menos en sept 2018] (P16)</p> <p>52. Traumatólogo le manda una revisión (P16)</p> <p>53. Diagnóstico STC leve (P16)</p> <p>54. Proponen seguimiento para ver evolución (P16)</p> <p>55. Revisión en sept 2020, y le vuelven a mandar EMG (P16)</p> <p>56. Diagnostican STC leve (P16)</p> <p>57. Se entera que está embarazada (P16)</p> <p>58. Aunque diagnóstico leve le dice que se cuide porque embarazo es factor de riesgo (P16)</p> <p>59. Recomiendan que siga con férulas (P16)</p> <p>60. “luego ya me llamasteis vosotros, y fue como bueno, por lo menos me dan solución “(P16)</p> <p>33. Médico le dice que está en fase inicial (P17)</p> <p>34. Médico le dice que no es de cirugía (P17)</p> <p>43. Estuvo tiempo diciéndoselo al médico (P17)</p> <p>44. Al final el médico le deriva al especialista (P17)</p> <p>51. Cambio de médico, y le deriva al reumatólogo (P17)</p> <p>52. Reumatólogo le manda pruebas (P17)</p> <p>53. Reumatólogo le manda las pruebas del STC (P17)</p> <p>54. Diagnóstico: EMG, afectación bilateral, mayor en la derecha (P17)</p> <p>24. Acude al neurólogo por otro problema (P18)</p> <p>25. Neurólogo le manda EMG (P18)</p> <p>26. Diagnóstico: Clínica no para operar (P18)</p> <p>27. Tras contagiarse COVID aumenta dolor en las manos (P18)</p> <p>31. Neurólogo le hace RMN (P18)</p> <p>32. Neurólogo le da el alta por no tener nada (P18)</p> <p>33. Acude al traumatólogo posteriormente (P18)</p> <p>34. Traumatólogo repite EMG (P18)</p> <p>35. Traumatólogo no puede justificar el aumento de clínica (P18)</p> <p>36. Ella lo asocia a COVID (P18)</p> <p>37. No diferencia en EMG para justificar clínica tan aguda (P18)</p> <p>44. Acude por 1º vez al neurólogo hace 1 año y medio [estamos en febrero 21] (P18)</p> <p>46. 1º médico que acude el de cabecera (P18)</p> <p>47. Médico de cabecera deriva al neurólogo (P18)</p> <p>61. Diagnóstico: el neurólogo le comentó que podía venir de cervicales porque se le duermen todos los dedos (P18)</p> <p>75. Todo lo justifican con su enfermedad de fibromialgia (P18)</p>			
<p>130. La otra traumatóloga no le dio ni un informe (P1)</p> <p>131. Le tuvo que pedir un informe para la empresa (P1)</p> <p>132. Solicita el informe por si en un futuro tiene que darse la baja, para justificar que lleva mal mucho tiempo (P1)</p>	<p><b>Relación y experiencias con los médicos/fisioterapeutas</b></p>	<p>Hace referencia a como las participantes viven la relación con los</p>	<p><b>Tema 4. La búsqueda de atención médica</b></p>

<p>134. La médica no le escucho (P1)  135. La médica le dice al renunciar a la operación le pasaba nota al de cabecera, para que si empeora le envíe de nuevo (P1)  49. El médico no le dice nada sobre recomendaciones o ejercicios (P2)  50. El médico no le manda al fisioterapeuta (P2)  73. Experiencia previa con los fisioterapeutas es buena (P3)  114. Cree en la fisioterapia (P3)  154. La fisioterapia le ha mejorado mucho siempre (P3)  131. Información escasa del traumatólogo (P3)  135. No le da tiempo a preguntar nada al traumatólogo (P3)  136. “En el hospital nunca me ha ido bien” (P3)  137. “No les termino de llegar a entender” (a los traumatólogos) (P3)  108. La información la tiene de la persona que le hace las pruebas, pero no se la da (P4)  57. En el hospital no le dan demasiada información (P9)  128. Desinformación por parte de los médicos (P14)  121. No le dan mucha información de la patología (los médicos) (P15)  122. Falta de información por el especialista (P15)  123. Ella tampoco pregunta a los médicos (P15)  90. No tiene demasiada información por parte de los médicos (P18)  91. Comenta la desatención/trato por parte de los médicos (P18)</p>		<p>profesionales sanitarios (médicos y fisioterapeutas) y la necesidad de realizar trámites administrativos con ellos.</p>	
<p>48. Busca información por internet (P2)  51. Se busca la vida para tener información (P2)  52. La información que tiene es un poco del médico y de su búsqueda por internet (P2)  62. Busca por internet como es la operación (P2)  126. No busca información externa (P3)  130. No busca en internet (P3)  161. No busca información externa (P4)  162. No busca información externa porque no se quiere agobiar (P4)  165. No busca en internet (P4)  166. No busca en internet para no comerse la cabeza (P4)  43.No busca información en Internet (P5)  137.Búsqueda de información en Internet (P6)  140. Información externa de una amiga (P6)  92. Busca información en Google (P7)  93. Busca información en amigos (P7)  95. Busca información (P7)  90. No consulta fuentes externas (P8)  99. Busca información en Google (P9)  100. Busca información por saber (P9)  101. Busca información antes de hablar con el médico (P9)  103. Pregunta información a su cuñada (P9)  106. Información de otras personas que la cirugía no queda bien (P10)</p>	<p><b>Búsqueda externa de información del STC</b></p>	<p>Hace referencia a cómo las mujeres con síntomas de STC buscan o no información en otras personas, o internet; buscan por no saber dónde acudir con la sintomatología que tienen, buscan ante la desinformación médica, buscan, pero solo hacen caso a lo “bueno”, no buscan por miedo o porque no tiene necesidad</p>	<p><b>Tema 4. La búsqueda de atención médica</b></p>

<p>109. Información previa sobre STC por compañera (P10)  110. Información previa de STC por revistas (P10)  111. No busca información en internet (P10)  112. “Vamos que no me preocupa” (P10) (referencia a la necesidad de información cuando ya sabe que es STC)  119. No busca información por internet (P11)  122. No busca información porque: “empiezas con el Túnel y acabas creyendo que te van a amputar la mano” (P11)  12. Acude al hospital (P12)  93. Tiene diferentes informaciones de 3° personas sobre cirugía (P12)  94. Busca información por internet (P12)  95. Busca información por internet, “trato de quedarme con los comentarios buenos, porque es que no, no quiero entrar como en pánico, porque no es bueno” (P12)  96. “No es bueno generarse que haga lo que haga voy a quedar mal y todo el cuento” (P12)  97. “Es mejor quedarse con los comentarios buenos” (P12)  98. “Me quedo con las cosas buenas porque no quiero entrar en pánico” (P12)  70. La información de otras personas es limitada (P13)  73. No busca información externa por internet (P13)  127. No busca información externa (P14)  129. No busca información externa (P14)  130. Solo tiene información de su compañera de trabajo (P14)  114. Busca información externa sobre la cirugía (P15)  120. Busca información externa antes del diagnóstico médico (P15)  65. Busca información para enterarse de qué le puede pasar (P16)  66. “la sensación de que me iba a dar algún tipo de infarto por la noche, si es verdad que ese ha sido mi mayor miedo de esto” [por eso búsqueda de información] (P16)  67. No saca muchas conclusiones [en búsqueda de información] (P16)  68. No busca demasiada información (P16)  69. No busca más información porque es muy miedosa (P16)  5. Ha buscado información externa en internet (P17)  6. La información externa le genera “molestias psíquicas”  8. La información externa le genera miedo a tener más molestias a la hora de hacer cosas (P17)  57. Por información externa de gente cree que no dan del todo buen resultado (P17)  59. Información externa de gente sobre la cirugía (P17)  96. Buscó información externa (P17)  72. Busca información en internet de la relación del dolor y el COVID (P18)  74. La información externa no le aporta nada (P18)</p>			
<p>83. El médico le da algo que no es una muñequera como tal (P1)  84.El médico a veces le pone kinesiotape (P1)  85.El médico del trabajo también a veces le pone kinesiotape (P1)  100.Le mandan ejercicios (P1)  101. Le mandan hielo si hay sobrecarga (P1)</p>	<p><b>Propuestas de tratamientos para el STC</b></p>	<p>Hace referencia a las diferentes opciones de tratamiento de las que disponen las mujeres con</p>	<p><b>Tema 5. Manejo terapéutico</b></p>

<p>104. Va al fisio particular (P1)  105. En el fisio le pone corrientes (P1)  136. La médica le recomienda algo rígido para dormir (P1)  216. La traumatóloga le dice que la solución es la cirugía (P1)  217. Si no se opera cuando le duela tiene que tomar analgésicos y dormir con la férula (P1)  17. Para dormir le mandan muñequera (P2)  43. Hasta ahora el único tratamiento han sido los estiramientos (P2)  45. Solo hace estiramientos porque nadie le ha dicho nada (P2)  140. Médico manda las férulas y las vitaminas a ver si mejoro (P3)  97. Con las pruebas le proponen usar férulas (P4)  98. Con las pruebas le proponen operación (P4)  101. Tratamiento: No compra las férulas (P4)  106. Tratamiento: operación o férula no le definen (P4)  107. No concretan tratamiento (P4)  72. Valoran evolución con tratamientos conservadores (P6)  143. Apuesta más por tratamiento conservador (P6)  21. Ahora lleva férula (P7)  28. El tratamiento de fisioterapia se agradece (P7)  96. Tras pruebas médicas usa férula (P7)  54. En el hospital le mandan férulas (P9)  58. En el hospital le mandan férulas para relajar (P9)  104. No le proponen cirugía (P9)  127. Tratamiento: Muñequera [de pequeña cuando hacia deporte] (P9)  103. Tratamiento de terapia manual y ejercicios lo ve genial (P10)  93. Tratamiento: Paciente pregunta que si con fisio mejora su día a día (P11)  13. Acude al hospital y le infiltran (P12)  20. Toma mucho paracetamol para calmar el dolor (P12)  42. Tratamiento: Acude al traumatólogo y le infiltra el dedo (P12)  43. Tratamiento: Tras infiltración le dicen que un día de reposo (P12)  44. Tras infiltración vuelve a la normalidad el dedo (P12)  100. Tratamiento: neuróloga le manda férulas nocturnas para ambas manos (P12)  28. Fisio le ayuda bastante (P13)  31. Acude al fisio durante 6 meses (P13)  32. Deja de acudir al fisio por incompatibilidad de horarios (P13)  39. Tratamiento: Médico plantea operación (P13)  40. Tratamiento: Médico no plantea tratamiento conservador (P13)  8. Tratamiento: ponerse una venda (P14)  43. Uso de venda solo cuando tiene dolor (P14)  50. Ponerse la venda le ayuda (P14)  66. Cuando clínica se pone la venda (P14)  71. Tratamiento: médicos le mandan la venda (P14)  72. Tratamiento: médicos no le mandan medicación (P14)  58. Tratamiento: Le mandan antiinflamatorios (P15)</p>		<p>STC; férulas, medicación, infiltraciones, ejercicios, fisioterapia...</p>	
--	--	--	--

<p>59. Tratamiento: Le mandan antiinflamatorio específico porque los otros no hacen efecto (P15)</p> <p>68. Tratamiento: Va al fisio/osteópata (P15)</p> <p>69. Tratamiento: Va al fisio de la SS, pero “no podían tocarme, no les permiten tocar a los pacientes ni lo que es profundizar” (P15) [no es por COVID, porque no existía en ese momento]</p> <p>70. Tratamiento: En el fisio de SS le mandan ejercicios suaves (P15)</p> <p>71. Tratamiento: Decide ir al fisio privado (P15)</p> <p>75. Tratamiento: Fisio privado, descarga (P15)</p> <p>76. Tratamiento: Fisio privado, hace más llevadero el STC (P15)</p> <p>55. Tratamiento: infiltraciones, no está para cirugía (P17)</p> <p>60. No le sugieren tratamiento porque no está para operar (P18)</p> <p>63. Va al fisio privado a que le descontracturen (P18)</p> <p>76. Toma pastillas para el dolor por la fibromialgia (P18)</p> <p>77. Las pastillas le alivian poco la clínica (P18)</p>			
<p>106. Intenta evitar infiltraciones (P1)</p> <p>123. Rechaza la cirugía cuando le llama la traumatóloga (P1)</p> <p>151. No se opera porque no quiere necesitar que la gente le haga sus cosas (P1)</p> <p>154. No se opera mientras aguante el dolor (P1)</p> <p>155. Le supone un problema la operación (P1)</p> <p>158. No sabe si le compensa operarse y no poder hacer ciertas cosas en la recuperación (P1)</p> <p>56. Lo principal es que no le operen y mejorar (P2)</p> <p>58. Quiere evitar la cirugía porque nunca le han operado de nada (P2)</p> <p>100. Tratamiento: No quiere operarse (P4)</p> <p>157. “No quiero llegar a operación” (P4)</p> <p>58. Prefiere evitar la cirugía (P5)</p> <p>59. Expectativas de tratamiento evitando cirugía (P5)</p> <p>153. No toma pastillas para el dolor (P6)</p> <p>155. Mejor evitar las pastillas (P6)</p> <p>157. Las pastillas no son recomendables (P6)</p> <p>155. Mejor evitar las pastillas (P6)</p> <p>115. Objetivo: No llegar a cirugía (P10)</p> <p>116. Preferencia de otras alternativas antes de la cirugía (P10)</p> <p>117. Objetivo ver si funciona tratamiento manual antes de llegar a cirugía (P10)</p> <p>118. “Si hay otras alternativas [en vez de cirugía] sí, ¿por qué no?” (P10)</p> <p>119. Primero intenta tratamiento en fisio (P10)</p> <p>70. No toma medicación (P14)</p> <p>115. Prefiere tratamiento conservador a la cirugía (P15)</p> <p>56. Quiere evitar las infiltraciones (P17)</p> <p>58. “Si le tengo cierto respeto” (a las infiltraciones por la información que tiene) (P17)</p> <p>60. Quiere evitar la cirugía (P17)</p>	<p><b>Límites del tratamiento que tienen los pacientes</b></p>	<p>Hace referencia a que tratamientos no son aceptados por las mujeres con STC; infiltraciones, medicación, cirugía...</p>	<p><b>Tema 5. Manejo terapéutico</b></p>

<p>122. No cree que la única solución sea la cirugía (P1)</p> <p>142. Expectativas de que no le duela nunca más (P1)</p> <p>143. Buen resultado de tratamiento que el dolor fuera soportable (P1)</p> <p>144. Que no le vaya incapacitando e imposibilitando el problema (P1)</p> <p>204. Espera poder decirnos en el futuro que no le duele (P1)</p> <p>205. Espera poder decirnos en el futuro que no está tan imposibilitada o incapacitada (P1)</p> <p>56. Lo principal es que no le operen y mejorar (P2)</p> <p>57. Mejorar, pero no se le quitará por el trabajo que tiene (P2)</p> <p>124. Expectativa de no llegar a la operación (P2)</p> <p>79. Expectativas: espero que se resuelva el problema (P3)</p> <p>100. Tratamiento: No quiere operarse (P4)</p> <p>114. Expectativa de mejora (P4)</p> <p>116. Expectativa de mucha mejora (P4)</p> <p>118. Expectativa de poder mejorar (P4)</p> <p>119. Expectativa de evitar la operación (P4)</p> <p>122. Expectativas altas respecto al tratamiento URJC (P4)</p> <p>123. Expectativas de curarse poco a poco (P4)</p> <p>157. “No quiero llegar a operación” (P4)</p> <p>173. Expectativas de mejora muy altas (P4)</p> <p>59. Expectativas de tratamiento evitando cirugía (P5)</p> <p>29. Buen tratamiento: que te alivie el dolor (P7)</p> <p>30. Buen tratamiento: que no sienta molestias al hacer ejercicio (P7)</p> <p>33. Buen resultado de curación: que no doliera (P7)</p> <p>34. Buen resultado de curación: apoyar la mano sin problema (P7)</p> <p>35. Buen resultado de curación: hacer los ejercicios sin problema (P7)</p> <p>36. Buen resultado de curación: apoyar mi peso sobre la mano sin dolor (P7)</p> <p>37. Buen resultado de curación: dormir bien (P7)</p> <p>107. Buen tratamiento poder ir al gimnasio (P7)</p> <p>54. Buenas expectativas con tratamiento de URJC (P8)</p> <p>56. Expectativas de mejora de calidad de vida con tratamiento (P8)</p> <p>67. Expectativas de prevenir llegar a cirugía (P8)</p> <p>92. Expectativas de no tener que pedir ayuda a su novio (P9)</p> <p>93. Expectativas de mejora del dolor al coger cosas (P9)</p> <p>94. Expectativas de mejora del dolor al escribir (P9)</p> <p>95. Expectativas de mejora del dolor en reposo (P9)</p> <p>96. Expectativas de que disminuya la clínica (P9)</p> <p>97. Mal tratamiento que le aumente el dolor (P9)</p> <p>98. Mal tratamiento que se olviden de ella (P9)</p> <p>102. Tratamiento: expectativas de no llegar a cirugía (P10)</p> <p>115. Expectativas de tratamiento, volver a ser independiente (P11)</p> <p>116. Mal tratamiento: notar que va a peor (P11)</p> <p>83. Expectativa de buen tratamiento no necesitar cirugía (P12)</p> <p>84. Que todo haga efecto y no tenga cirugía (P12)</p> <p>85. Expectativas tratamiento: que le libere y le dure (P13)</p>	<p><b>Expectativas del tratamiento del STC</b></p>	<p>Hace referencia a qué esperan las mujeres de los tratamientos que les ofrecen; no llegar a cirugía, que se resuelva, mejorar, alivio del dolor, dormir mejor, mejorar la función de la mano...</p>	<p><b>Tema 5. Manejo terapéutico</b></p>
---	--	---	--



<p>86. Mal tratamiento: que se le siga durmiendo la mano (P13)  87. Mal tratamiento: que le sigan los síntomas (P13)  88. Mal tratamiento: que se alivien los síntomas y luego vuelvan al poco tiempo (P13)  118. Buen tratamiento: no dolor (P14)  119. Mal tratamiento: seguir con dolor (P14)  109. Expectativas de tratamiento bueno: tener vida funcional (P15)  110. Expectativas de tratamiento bueno: que pueda manejarse en todos los ámbitos (P15)  111. Mal tratamiento que se quede peor de lo que llego (P15)  62. Expectativas de no llegar a operación (P16)  70. Expectativas de buen tratamiento: dormir la noche entera (P16)</p>			
<p>18. Usa la muñequera al salir (P2)  19. La muñequera le alivia (P2)  20. Según se pone la muñequera le duele, pero luego siente alivio (P2)  21. Cuando puede se pone la muñequera (P2)  88. La muñequera que usa es rígida (P2)  89. El médico de cabecera le dice que compre una muñequera con una barrita rígida (P2)  90. El médico de cabecera le dice que compre una muñequera con una barrita rígida (P2)  91. Al ser rígida le inmoviliza la mano (P2)  92. Al ser rígida al principio de ponérsela le duele un poco (P2)  93. Cuando lleva un rato con la muñequera le ayuda (P2)  31. No compra las férulas (P3)  32. No compra las férulas al llamarle de la URJC (P3)  54. Le recomienda férulas y unas vitaminas (P3)  55. No se ha comprado las férulas ni las vitaminas (P3)  71. No se compra las férulas que le proponen (P3)  72. Se ha esperado a comprar las férulas por la llamada del tratamiento de la URJC (P3)  74. Por su experiencia con la fisio prefiere esperar al tratamiento antes de comprar la férula (P3)  80. Las férulas resultan incómodas (P3)  81. Prefiere probar 1º fisioterapia [respecto a comprar las férulas] (P3)  82. Prefiere probar fisioterapia y si va bien se ahorra las férulas (P3)  83. Si tiene que comprarlas al final lo hace (P3)  84. Un día probó una férula y no durmió a gusto (P3)  85. Médico de cabecera le recomienda férula (P3)  86. La compra en la farmacia, pero le resulta incómoda (P3)  87. No notó mejoría (P3)  88. Cuando las probó se le dormían poco (P3)  89. Dice tener que probarlas por si le va bien (P3)  111. Como clínica leve no compra las férulas (P3)  112. Si fuese por la cadera si comprase [tipo férulas] (P3)</p>	<p><b>Tratamientos: uso de férula</b></p>	<p>Hace referencia a lo que supone la férula en la vida de las mujeres con STC; dificultades para comprarla, sensación de mejora o no de la clínica, quien se la receta o recomienda, donde las adquieren...</p>	<p><b>Tema 5. Manejo terapéutico</b></p>

<p>97. Con las pruebas le proponen usar férulas (P4)</p> <p>101. Tratamiento: No compra las férulas (P4)</p> <p>21. Ahora lleva férula (P7)</p> <p>22. Desde tratamiento URJC algunos días no ha dormido con férula (P7)</p> <p>96. Tras pruebas médicas usa férula (P7)</p> <p>97. Uso de férula desde hace 1 o 2 meses (P7)</p> <p>101. Con férula no clínica de calambres nocturnos (P7)</p> <p>102. Con férula no clínica de dolor nocturno (P7)</p> <p>103. Con férula no clínica de adormecimiento (P7)</p> <p>31. Neurólogo le manda férulas nocturnas (P8)</p> <p>39. Al no tener clínica de dolor, usa las férulas poco (P8)</p> <p>40. “Si me doliera más pues a lo mejor sí que me la pondría más para evitar el dolor” (P8)</p> <p>41. Uso de férulas siempre que se acuerda (P8)</p> <p>42. Férula le molesta para dormir, es incómoda (P8)</p> <p>43. Considera el uso de la férula un rollo (P8)</p> <p>92. Uso de férulas para frenar la patología (P8)</p> <p>54. En el hospital le mandan férulas (P9)</p> <p>59. La férula es nocturna (P9)</p> <p>70. La férula al dormir le disminuye dolor (P9)</p> <p>71. La férula le relaja bastante (P9)</p> <p>72. La férula le va bien (P9)</p> <p>127. Tratamiento: Muñequera [de pequeña cuando hacia deporte] P9)</p> <p>128. La muñequera utilizada al aparecer el dolor de nuevo (P9)</p> <p>48. Diagnóstico: Siguiendo paso traumatólogo le manda uso de férulas (P10)</p> <p>49. Dormir con las férulas es molesto (P10)</p> <p>100. Tratamiento: neuróloga le manda férulas nocturnas para ambas manos (P12)</p> <p>101. Repercusión económica: No compra las férulas nocturnas por tema económico (P12)</p> <p>41. Usa férula cuando empieza con los síntomas (P13)</p> <p>42. Usa férula desde hace un año y medio [comienzo de síntomas] (P13)</p> <p>43. Prescripción de la férula por la farmacia (P13)</p> <p>44. Férula ayuda a la clínica (P13)</p> <p>45. Uso de férula por la noche (P13)</p> <p>46. Férula ayuda a la clínica (P13)</p> <p>47. Férula ayuda a la clínica porque a veces se duerme la mano cuando duerme (P13)</p> <p>79. Tratamiento: Se compra por su cuenta unas férulas de descarga (P15)</p> <p>80. Clínica mejora bastante con férulas (P15)</p> <p>81. Uso de férulas nocturno (P15)</p> <p>82. Uso de férulas permite descanso (P15)</p> <p>47. Traumatología del hospital le pauta las férulas (P16)</p> <p>48. Usa las férulas para dormir (P16)</p> <p>32. Médico le manda férulas nocturnas y naproxeno (P17)</p> <p>35. Usa férula nocturna (P17)</p> <p>36. Usa la férula desde hace 3 meses en la mano derecha (P17)</p>			
---	--	--	--

<p>37. Usa la férula en la mano izquierda los fines de semana (P17)  38. Nota mejoría con la férula (P17)  39. El adormecimiento no es tan fuerte con la férula (P17)  48. Usa férulas nocturnas para dormir (P18)  49. Uso alterno de férulas porque a veces le aumentan la clínica (P18)  50. A veces mejora clínica con la férulas (P18)</p>			
<p>122. No cree que la única solución sea la cirugía (P1)  159. Conoce la experiencia de gente que está igual o peor tras cirugía (P1)  60. Si te operan la 1º vez te tienen que volver a operar (P2)  61. Si te operan a la 1º casi nunca se soluciona (P2)  63. Nunca ha estado en un quirófano y le da miedillo (P2)  64. Salvo el miedo, no tiene otro motivo para no querer operarse (P2)  123. La gente que conoce operada están bien (P2)  99. “La operación entonces eso es lo más impactante de todo el camino” (P4)  100. Tratamiento: No quiere operarse (P4)  58. Prefiere evitar la cirugía (P5)  156. “como dicen son como los trastos viejos, es mejor dejarlos lejos, lejos” (P6)  157. Las pastillas no son recomendables (P6)  108. Preferencia de otras alternativas antes de la cirugía porque quiere evitarla (P10)  92. Tratamiento: Paciente pregunta que si con fisio evita operación (P11)  84. Que todo haga efecto y no tenga que ir cirugía (P12)  72. La información de 3º personas sobre la operación es positiva en general (P13)  3. Operación me da miedo (P14)  4. Miedo a la operación por depender de otros (P14)</p>	<p><b>Creencias sobre la cirugía</b></p>	<p>Hace referencia a los prejuicios y creencias que tienen las mujeres con STC pese a no haber pasado por cirugía</p>	<p><b>Tema 6. La cirugía no es una opción</b></p>
<p>151. No se opera porque no quiere necesitar que la gente le haga sus cosas (P1)  155. Le supone un problema la operación (P1)  156. El tiempo que tendría que estar sin hacer cosas con las manos tras la cirugía (P1)  157. De la cirugía piensa si dolerá más o menos y el tiempo que le va a imposibilitar (P1)  158. No sabe si le compensa operarse y no poder hacer ciertas cosas en la recuperación (P1)  85. Miedo al estar lejos de la familia [si hay cirugía] (P12)  137. No quiere operación, por miedo a perder el trabajo (P14)  63. Prefiere no llegar a operación (P16)  64. Prefiere evitar la operación (P16)  74. No quiere operación por ser leve su STC (P16)  75. Quiere evitar operación (P16)  76. Evitará al máximo la operación ya que su afectación es leve (P16)  77. Al no estar impedida evitará operación (P16)  78. Si fuese más grave supone que debería operarse (P16)</p>	<p><b>Problemas que supone la cirugía</b></p>	<p>Hace referencia a los problemas que supondría en la vida de las mujeres someterse a cirugía y los diferentes motivos que tienen para rechazarla</p>	<p><b>Tema 6. La cirugía no es una opción</b></p>



## Anexo 9. Comité de investigación de la Universidad Rey Juan Carlos.



Rectorado

Doña. Adriana Izquierdo Lahuerta, Secretaria del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos,

### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

**LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO, PERSPECTIVA Y MANEJO DEL DOLOR EN EL DÍA A DÍA: ESTUDIO CUALITATIVO FENOMENOLÓGICO**

**Con número de registro interno: 0806202014020**

y considera que:

- Se cumplen los requisitos éticos necesarios del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.
- La capacidad de la investigadora y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Por lo que ha decidido emitir un dictamen **FAVORABLE** para la realización de dicho proyecto, cuya investigadora principal es Doña **PALOMA MORO LÓPEZ-MENCHERO**.

Lo que firmo en Móstoles a 3 de noviembre de 2020.

Firmado por IZQUIERDO LAHUERTA  
ADRIANA - DNI 01927386D el día  
03/11/2020 con un certificado emitido por  
AC Administración Pública

Firmado: Dña. Adriana Izquierdo Lahuerta.

• Este informe sólo tiene validez para el proyecto o procedimiento propuesto y en las condiciones en ellos descritas. Cualquier cambio que afecte a las implicaciones éticas y/o de seguridad del mismo y de los participantes, invalida este informe y deberá ser puesto en conocimiento de este Comité de Ética para su valoración.

• El Comité de Ética de la Investigación puede instar a las autoridades autonómicas para que proceda a la suspensión cautelar de la investigación autorizada en los casos en los que no se hayan observado los requisitos que establece la legislación vigente y sea necesaria para proteger los derechos de los ciudadanos.

## **Anexo: 10.** Hoja de información al paciente y consentimiento informado

En primer lugar, agradecemos su colaboración en el estudio titulado: *“La Experiencia de vivir con Síndrome del Túnel del Carpo, Perspectiva y Manejo del dolor en el día a día: Estudio Cualitativo.”*

Sin su ayuda esta investigación no podría realizarse. Gracias por su participación.

### **1. ¿Qué es y qué persigue este estudio?**

El estudio tiene como objetivos describir y analizar la experiencia de los pacientes con STC en relación con: a) experiencia con la enfermedad, b) impacto del STC en la vida diaria, c) estrategias de manejo del STC, d) proceso diagnóstico, e) expectativas del tratamiento y curación, f) impacto en sus relaciones sociolaborales, y g) presencia de creencias sobre el STC.

### **2. ¿Cómo se realizará el estudio?**

Se va a realizar un estudio cualitativo. Los estudios cualitativos son utilizados para comprender procesos fenómenos desde la perspectiva de los participantes, respecto a una situación o evento (en este caso la experiencia de vivir con el Síndrome del Túnel Carpiano, STC).

Se aplicará un muestreo por propósito en el que se seleccionan a los participantes con información relevante. Los criterios de inclusión serán pacientes con STC. Esto significa que se incluirán en el estudio, personas que presenten parestesia (sensación indolora de hormigueo o adormecimiento en las manos), y/o dolor en la zona del antebrazo, muñeca, manos y/o dedos. Además, de estos criterios, debe presentar un déficit en la conducción motora y sensitiva del nervio mediano. Para conocer ese déficit se aplicará los criterios de la Sociedad Americana de Electromiografía, Academia Americana de Neurología y Academia Americana de Medicina Física y Rehabilitación.

Se van a utilizar como instrumentos de recogida de datos: entrevistas no-estructuradas, semiestructuradas, grupos focales y testimonios escritos y notas de los investigadores durante la recogida de datos. Estas entrevistas y grupos focales serán grabados en audio y posteriormente transcritas literalmente. Esas transcripciones serán analizadas para identificar aspectos claves de su experiencia. Es preciso grabar la entrevista y los grupos focales para poder tener material para analizar, y no perder ningún detalle o información relevante que usted nos proporcione.

Se aplicará un análisis temático identificando los contenidos relevantes para identificar los códigos y/o unidades de significado, para posteriormente agrupar los códigos en grupos con significados comunes (categorías). Estos grupos se organizarán en base a contenidos comunes que permitan describir la experiencia de los participantes y que darán como resultado final los temas que describen la experiencia de los participantes. El análisis temático se realizará de manera separada en las entrevistas, grupos focales, testimonios escritos y notas del investigador. Posteriormente, el resultado de cada análisis se integrará en una matriz de análisis para a través de reuniones de análisis entre los miembros del equipo investigador, identificar y definir los temas finales. No se usará software de análisis cualitativo.

Para presentar los resultados del estudio se utilizarán fragmentos de narraciones (extractos de las entrevistas obtenidas) para representar y justificar los resultados obtenidos tras el análisis. Los fragmentos de las narraciones serán obtenidos de la transcripción literal de las entrevistas, nunca de la grabación. Esas narraciones y fragmentos de entrevistas o grupos focales NUNCA irán acompañados de ningún tipo de dato personal que permita su identificación.

### **3.- ¿Cómo trataremos sus datos?**

En el momento de la inclusión en el presente estudio, se retirarán todos los datos personales y se codificará con una secuencia alfanumérica. Los datos cualitativos obtenidos de la recogida de datos se codificarán con su respectivo código y se almacenarán y guardarán en un portátil al que sólo tendrán acceso los investigadores de este estudio.

- Sepa que la **finalidad del tratamiento** de los datos personales que se deriven de su participación serán utilizados para investigación exclusiva de este estudio y no serán cedidos a terceros. No obstante, le informamos que está contemplado en el Reglamento europeo general de Protección de Datos, Reglamento (UE) 2016/679 ( art. 13.3) que si se diera el caso de que el/la investigador/a responsable del estudio quisiera proyectar el tratamiento ulterior de datos personales para un fin que no sea aquel para el que se recogieron, deberá proporcionarle a usted con anterioridad a dicho tratamiento ulterior la información sobre ese otro fin y todo lo relativo a la información necesaria sobre sus derechos y el tratamiento de los datos.
- El **plazo de conservación** de sus datos personales con posterioridad a su participación será de 2 años, tras la difusión y publicación de los resultados. Los autores creemos que 2 años es un tiempo adecuado para poder difundir y explotar los resultados obtenidos a la comunidad científica.
- Le informamos que el estudio NO va a implicar **decisiones automatizadas** y NO va a incluir la **elaboración de perfiles**. Sepa que usted tiene el derecho a oponerse a que sus datos sean sometidos a decisiones individuales automatizadas.
- Le informamos que el/la investigador/a principal **NO** tiene intención de realizar transferencia internacional de datos a un tercer país u organización internacional.

#### 4.- Sus derechos en materia de protección de datos

A continuación, le proporcionamos información que tiene derecho a conocer en cumplimiento de la legislación en materia de protección de datos y a efectos de garantizar un tratamiento de datos leal y transparente para usted:

- Dado que usted está leyendo esta hoja de información, ya que se solicita su participación en un proyecto de investigación, sepa que tiene derecho a recibir previamente toda la información necesaria debidamente documentada y en forma comprensible y mediante los medios adecuados según las necesidades de adaptación que usted requiera para ello. Si no entiende algo no dude en decirlo y en pedir todas las explicaciones que necesite.
- Le informamos que el/la investigador/a responsable del estudio es: Paloma Moro López-Menchero, estudiante de Doctorado de la Universidad Rey Juan Carlos, palomoro82@gmail.com , teléfono +34 616.077.823, bajo la dirección del Doctor y profesor del Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física, Universidad Rey Juan Carlos, Domingo Palacios Ceña domingo.palacios@urjc.es, +34.91.488.8883.
- Sepa que sólo tendrán acceso a sus datos los miembros del equipo de investigación, siendo **el responsable último del tratamiento** de los datos el/la Investigador Principal. Será con esta persona con la que deberá contactar en la dirección de correo arriba indicada en caso de querer ejercer los derechos que le corresponden en materia de protección de datos.
- Ponemos en su conocimiento que, en cumplimiento del Reglamento europeo general de Protección de Datos, la Universidad Rey Juan Carlos ha designado, como **delegado de protección de datos**, a D. Juan Gómez Larraz. Las funciones de este delegado son de asesoramiento, control y supervisión de los procedimientos y de aplicación de la normativa, así como las relaciones con la Agencia Española de Protección de Datos como autoridad de control y con los interesados. A tal efecto, sepa que podrá contactar con el delegado en la dirección de mail protecciondedatos@urjc.es.
- Según los **artículos 15 a 22 del Reglamento Europeo (UE) 2016/679** usted tiene derecho a solicitar al responsable del tratamiento de los datos, es decir, al Investigador principal, el acceso a sus datos personales, a su rectificación o supresión, a la limitación de su tratamiento, o a oponerse

al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos. Sepa, además, que tales derechos podrán ejercerse directamente o por medio de representante legal o voluntario.

- Usted tiene **derecho a retirar/revocar su consentimiento** en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada o sin que ello le reporte ningún tipo de consecuencia.
- Según el Reglamento UE 2016/679 en su artículo 77, usted puede ejercer su **derecho a presentar una reclamación** ante una autoridad de control.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Yo (nombre del/la participante/paciente):**

- En representación de mí misma/o (marcar si procede)
- En representación de otra persona de la que paso a indicar su nombre (marcar si procede).

Nombre de quien represento:

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio, confirmo que he leído la hoja de información que me ha sido entregada. Afirmando que he comprendido lo que pone en ella y que se me ha dado la oportunidad de realizar las preguntas que he considerado necesarias para poder entenderlo bien, por lo que manifiesto mi voluntad libre e informada de aceptar voluntariamente mi participación en el estudio, suscribo que me es entregada copia de este consentimiento y consiento de forma expresa, mediante mi firma, el tratamiento de mis datos personales para los fines anteriormente mencionados, en relación con la gestión y ejecución del proyecto de investigación.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

**Nombre y apellidos del/la participante/ representante:  
apellidos del/la investigador/a:**

**Nombre y**

**Firma**

**Firma**

---

## DERECHO DE REVOCACIÓN

(En caso de querer ejercer su derecho de retirar su consentimiento)

**Yo (nombre del/la participante/paciente)**



- En representación de mí misma/o (marcar lo que proceda)
- En representación de otra persona de la que paso a indicar su nombre (marcar lo que proceda).

Nombre de quien represento:

Y, reconociendo haber tenido en cuenta sus deseos u objeciones previamente expresados al respecto de este estudio. Revoco el consentimiento informado otorgado a día ..... de ..... de ..... y no deseo continuar en el estudio dándolo por finalizado a partir de la fecha anteriormente descrita. Además, suscribo que me es entregada copia de esta revocación.

**Nombre y apellidos del/la participante/ representante:  
apellidos del/la investigador/a:**

**Nombre y**

**Firma**

**Firma**

