

UNIVERSIDAD DE MURCIA

Facultad de Medicina



EXPERIENCIAS DE DOLOR Y ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO EN LA
DISMENORREA PRIMARIA: UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

PAIN EXPERIENCES AND SELF-CARE STRATEGIES FOR PRIMARY
DYSMENORRHEA: A QUALITATIVE RESEARCH PROJECT

GRADO EN FISIOTERAPIA

Trabajo de Fin de Grado

Autora: Celia María Alcázar Sánchez

Tutora: María Elena del Baño Aledo

Julio 2024

AGRADECIMIENTOS

A mí misma, solo yo sé el camino recorrido.

A mi hijo Javier, por todo el ánimo y comprensión que me ha brindado estos 2 años, siempre alentándome a superarme. Solo tú has conseguido que siempre busque ser mi mejor versión, para ser la madre que te mereces tener.

A mi Tribu, aquella que me sostiene desde el cielo y desde la tierra. Gracias por haber creído siempre en mí, por todos esos favores que han hecho posible, que el tiempo se multiplicara para poder llegar a todo. Sin vosotros habría sido imposible hacer este trabajo.

A mis amigas, las de siempre, esas que son la familia que se elige, por empujar en los días malos y celebrar los buenos, por no dejarme rendirme nunca, por creer más en mí que yo misma; vosotras sabéis quienes sois, sois maravillosas, soy muy afortunada de teneros en mi vida.

A mi psicóloga, Laura, por ayudarme a cambiar mi vida siempre a mejor.

A Michelangelo, por llegar en el momento justo y cogerme de la mano, ojalá no me sueltes nunca.

A las participantes del estudio, gracias por vuestro altruismo a favor de la investigación. Sin vosotras nada de esto habría sido posible.

A mi grupo de amigas de la UMU, esas que dibujan sonrisas y pasan apuntes, esas que han hecho que la experiencia universitaria 2.0 haya sido mucho más divertida y bella, gracias por hacerme sentir una más desde el primer día.

A mis compañeras del grupo de investigación, Fina Mari y Ana Belén, vuestras aportaciones han dado calidad a este trabajo y sobre todo han enriquecido la experiencia del proyecto convirtiéndolo en algo maravilloso.

Y por último, gracias a mi tutora Maria Elena, por crear líneas de investigación siempre con gafas violetas, por tu paciencia infinita, por tu maravillosa manera de ver el mundo de la investigación, por tu contagiosa energía, por tu empatía y paciencia conmigo. Eres una gran profesional y una mejor persona y me siento muy agradecida por poder haber trabajado a tu lado, me has enseñado muchísimo y has conseguido hacer fácil lo difícil.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1. Definición de dismenorrea y tipología.....	7
1.2. Factores de riesgo y prevalencia de la DP	9
1.3. Tratamiento farmacológico de la DP	10
1.4. Tratamiento fisioterápico de la DP.....	11
1.5. Estrategias de autocuidado en la DP	13
1.6. Justificación del estudio	14
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	16
3. MATERIAL Y MÉTODOS	17
3.1. Diseño y ámbito del estudio.....	17
3.2. Participantes del estudio	17
3.3. Recogida de datos.	19
3.4. Procesamiento y análisis de datos.	22
3.5. Planificación del estudio.....	22
4. RESULTADOS DEL PRETEST	25
5. DISCUSION	29
6. BIBLIOGRAFÍA.....	32
7. ANEXO I: Informe Favorable CEI.....	35
8. ANEXO II: Declaración de consentimiento informado	36
9. ANEXO III: Hoja de información a las participantes.....	37
10. ANEXO IV: Detalle para las participantes	39

RESUMEN

Introducción.

La dismenorrea primaria (DP) se define como calambres dolorosos de tipo espasmódico en el abdomen inferior, en ausencia de patología orgánica pélvica, que pueden irradiarse a la zona lumbar y muslos, acompañada de otros síntomas sistémicos. Estos aparecen con el inicio de la menstruación y pueden alargarse hasta 72 horas. Entre un 50% - 90% de la población femenina sufre DP. Pocas mujeres consultan a un profesional, prefiriendo no utilizar tratamiento o auto tratarse. Entre un 38-80% de las mujeres se automedica. El uso de intervenciones fisioterápicas se emplea con poca frecuencia.

Objetivos.

Explorar la utilización de estrategias de autocuidado farmacológicas y no farmacológicas en el dolor menstrual y su efectividad percibida en mujeres universitarias con dismenorrea primaria.

Material y métodos.

Estudio cualitativo, observacional, descriptivo y transversal. La técnica de recolección de datos será la realización de grupos focales. Los criterios de inclusión son: mujeres de 18 a 25 años con DP moderada o grave según la escala de Andersch y Milson, haber sufrido dolor en los últimos tres ciclos menstruales y ser nulíparas. Los criterios de exclusión son el uso actual o reciente de anticonceptivos hormonales, antecedentes de patología pélvica relacionada con la dismenorrea, antecedentes de cirugías ginecológicas y padecer: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca o infecciosa.

El guion se elaborará tras la revisión bibliográfica de estudios con características similares. Las conversaciones serán grabadas con el consentimiento de las participantes para posterior transcripción y análisis. Se realizarán 2 grupos focales que servirán como pretest.

Conclusiones.

Este estudio tiene potencial para mejorar la comprensión y manejo del dolor menstrual, a través de estrategias de autocuidado, pudiendo ser éstas complementarias o alternativas a las farmacológicas y aumentar la percepción de autoeficacia de las mujeres sobre su ciclo menstrual y el dolor asociado.

Palabras clave.

Dismenorrea primaria; estrategias de autocuidado; fisioterapia; dolor menstrual; automedicación; salud femenina; estudio cualitativo; grupos focales.

ABSTRACT

Introduction.

Primary dysmenorrhea (PD) is defined as painful, spasmodic cramps in the lower abdomen, in the absence of pelvic organic pathology, which may radiate to the lower back and thighs, accompanied by other systemic symptoms. These appear with the onset of menstruation and can last up to 72 hours. Between 50% and 90% of the female population suffers from PD. Few women consult a professional, preferring not to use treatment or self-treat. Between 38-80% of women self-medicate. The use of physiotherapy interventions is rarely used.

Objective.

To explore the use of pharmacological and non-pharmacological self-care strategies for menstrual pain and their perceived effectiveness in university women with primary dysmenorrhea.

Material and methods.

This is a qualitative, observational, descriptive and cross-sectional study. The data collection technique will be the conduct of focus groups. The inclusion criteria are: university students aged 18 to 25 with moderate or severe PD according to the Andersch and Milson scale, having suffered pain in the last three menstrual cycles and being nulliparous. Exclusion criteria will include current or recent use of hormonal contraceptives, history of pelvic pathology related to dysmenorrhea, history of gynecologic surgeries, and having diabetes, high blood pressure, heart disease, or infectious disease.

The script will be prepared after a literature review of studies with similar characteristics. The conversations will be recorded with the consent of the participants for later transcription and analysis. Two focus groups will be realized as pretest.

Conclusions.

This study has the potential to improve the comprehension and management of menstrual pain, through self-care strategies, which may be complementary or alternative to pharmacological ones, and increase women's perception of self-efficacy about their menstrual cycle and associated pain.

Key words.

Primary dysmenorrhea; self-care strategies; physiotherapy; menstrual pain; self-medication; women's health; qualitative study; focus groups.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición de dismenorrea y tipología.

La dismenorrea se define como dolor de tipo cólico en la región suprapúbica con irradiación a la zona lumbar y los muslos que se produce antes o durante la menstruación (1). La intensidad del dolor es variable, así como el grado de limitación de las actividades y la necesidad de medicación. El dolor suele durar de 8 a 72 horas, comenzando entre varias horas antes o después del inicio del sangrado menstrual; siendo más intenso en el 1º y 2º día de la menstruación (1). La severidad de la dismenorrea se clasifica según la escala de Andersch y Milson en 4 grados que se detallan en la tabla 1 (2).

Tabla 1. Escala multidimensional de valoración de la gravedad de la dismenorrea (traducida de Andersch y Milson, 1982).

GRADO	CAPACIDAD LABORAL	SÍNTOMAS SISTÉMICOS	ANALGÉSICOS
Grado 0: La menstruación no es dolorosa y la actividad diaria no se ve afectada.	No afecta	Ninguno	No requeridos
Grado 1: Menstruación dolorosa, pero raramente limita la actividad normal de la mujer. Los analgésicos son raramente requeridos. Dolor leve.	Afecta raramente	Ninguno	Raramente requeridos
Grado 2: Actividad diaria afectada. Se precisan analgésicos que hacen efecto, por lo que la ausencia en el trabajo o los estudios es inusual. Dolor moderado.	Moderada afectación	Pocos	Requeridos
Grado 3: Actividad claramente inhibida. Los analgésicos tienen un efecto débil. Síntomas vegetativos como dolor de cabeza, cansancio, náuseas, vómitos y diarrea. Dolor severo.	Claramente inhibida	Evidentes	Efecto débil

Con la dismenorrea las mujeres pueden sufrir otros síntomas además del dolor, como son: cambios de humor, fatiga, dolor de cabeza, diarrea, náuseas y vómitos (3,4). Los síntomas alcanzan su punto álgido con el flujo sanguíneo máximo y son comparativamente reproducibles de un período menstrual a otro (5).

Su primera manifestación suele aparecer 6 meses después de la menarquia (1) y casi siempre dentro de los tres años posteriores a la misma (4). El dolor menstrual se puede clasificar en dismenorrea primaria y secundaria:

La dismenorrea secundaria (DS) es el dolor menstrual asociado con una patología pélvica subyacente como endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica y quistes ováricos. Su inicio puede ocurrir muchos años después del inicio de la menarquia. Una amplia variedad de factores fisiológicos, ambientales y de comportamiento pueden influir en la DS (5).

La dismenorrea primaria (DP) es una de las afecciones ginecológicas más comunes que sufren la mayoría de las mujeres en edad fértil durante la menstruación. Aunque es una afección común, por lo general no se diagnostica lo suficiente y la mayoría de las mujeres no buscan atención médica (6).

Una de las hipótesis causales con mayor peso es que surge de la liberación excesiva de prostaglandinas (PG), lo que aumenta la amplitud y frecuencia de las contracciones uterinas y provoca vasoespasmo de las arteriolas uterinas, lo que causa isquemia y dolor cíclico en forma de calambres en la parte inferior del abdomen (7). Se ha demostrado que las mujeres con dismenorrea tienen niveles más altos de PG en plasma sanguíneo que las mujeres sin dismenorrea. La mayor parte de la liberación de PG durante la menstruación se produce dentro de las primeras 48 horas, lo que coincide con la mayor intensidad de los síntomas. Las PG estimulan la contractilidad del miometrio y la vasoconstricción local. Las prostaglandinas, especialmente la PGF2a, estimulan las contracciones del miometrio, reduciendo el flujo sanguíneo uterino y provocando hipoxia uterina. Esta hipoxia es responsable de los calambres dolorosos que caracterizan la dismenorrea primaria (4).

Aunque casi un 90% de las pacientes adolescentes que presentan dolor menstrual suele ser debido a dismenorrea primaria, no se debe dar por hecho y siempre hay que descartar posibles enfermedades subyacentes por medio de la historia y el examen clínico (8). En la tabla 2 se presenta un resumen de las principales diferencias entre ambos tipos de dismenorrea.

Tabla 2. Características distintivas de dismenorrea primaria y secundaria (adaptada de Kulkarni y Deb, 2019) (8).

	DISMENORREA PRIMARIA	DISMENORREA SECUNDARIA
Edad	16-25 años	30-45 años
Inicio del dolor	Justo antes del inicio del sangrado	El dolor parece en la fase lútea
Fisiopatología	Exceso de prostaglandinas	Patología secundaria asociada
Síntomas	▪ Autolimitados, duran 1-3 días ▪ Usualmente responden a AINES o AO ▪ Sangrado normal o leve	▪ Asociados a las características de la enfermedad ▪ Resistentes a AINES o AO ▪ Usualmente sangrado abundante
Signos	Examen físico normal	Depende de la enfermedad asociada

AINES: Antiinflamatorios no esteroideos. AO: Anticonceptivos orales

1.2. Factores de riesgo y prevalencia de la DP.

El Inicio temprano de la menarquia, el tabaquismo, mayor índice de masa corporal, nula paridad, el flujo menstrual abundante, antecedentes familiares de dismenorrea, la depresión y el estrés se encuentran entre los factores que aumentan el riesgo de sufrir dismenorrea (6,9,10). Por otra parte, el ejercicio físico, la ingesta de pescado y el uso de anticonceptivos orales son protectores o ayudan a minimizar los síntomas (3,11).

La dismenorrea primaria afecta a alrededor de tres cuartas partes de todas las mujeres durante su vida reproductiva (4). La prevalencia mundial de la DP oscila entre el 45% y el 95% de las mujeres en edad reproductiva, donde entre el 2% y el 29% experimentan dolor intenso. Esta variación en los porcentajes de prevalencia se explica por las diferentes metodologías utilizadas para evaluar la DP, la población seleccionada, el grupo de edad y la diferencia de percepción del dolor entre las comunidades. La DP tiene un impacto negativo significativo en la calidad de vida relacionada con la salud, las actividades diarias, la productividad laboral y el rendimiento académico. Esto se pone en evidencia en el estudio de Karout et al. (2021) en el que, alrededor del 42% de las mujeres encuestadas, informaron de limitaciones en las actividades diarias y el 17% dijeron haber faltado de 1 a 2 días al trabajo o a la escuela (6).

A pesar de su alta prevalencia y su impacto en las actividades diarias, la DP a menudo no se trata adecuadamente e incluso se ignora, ya que muchas mujeres jóvenes sufren en silencio sin consultar a un médico. Las mujeres consideran que la DP es

vergonzosa y tabú y la perciben como una consecuencia inevitable de la menstruación en la que el dolor debe ser tolerado (6). En muchos casos, las mujeres no consultan con un profesional de la salud para encontrar maneras de gestionar el dolor y el resto de los síntomas asociados. Según Armour et al. (2019) menos de un tercio de las pacientes con dismenorrea consultan a su médico de cabecera para recibir tratamiento y dos tercios de las que lo hacen manifiestan estar insatisfechas con el tratamiento ofrecido (4,7).

1.3. Tratamiento farmacológico de la DP.

En general, los estudios que exploran el tratamiento en la dismenorrea encuentran que la medida más empleada es el consumo de medicamentos, generalmente sin pauta médica.

Las directrices de consenso de la Sociedad Canadiense de Obstetricia y Ginecología indican, que los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son un tratamiento eficaz de primera línea para la dismenorrea primaria, mientras que la píldora anticonceptiva oral, constituye la segunda línea de tratamiento. Si bien ambos son efectivos para muchas mujeres, aproximadamente el 25% de estas tienen dolor resistente a cualquiera de estos tratamientos (12).

A pesar de la recomendación, hay estudios que evidencian que un elevado porcentaje de mujeres con DP usan múltiples medicamentos para tratar el dolor. Aunque los fármacos más usados son los AINEs, estos suelen combinarse con otros medicamentos que no tienen ningún beneficio comprobado (paracetamol o narcóticos). En el estudio de O'Connell et al. (2006), el 31% de las participantes usaban generalmente dos tipos de medicamentos de venta libre y el 15% usaban tres tipos, pero los medicamentos a menudo se usaban de manera inconsistente y rara vez en dosis terapéuticas, de hecho, muchas de las participantes (53%) no estaban seguras de la dosis utilizada (13).

Jarrett et al. (1995) encontraron que la estrategia más comúnmente usada para el dolor menstrual fue el uso de medicamentos entre mujeres con edades comprendidas entre los 21 y 44 años que padecían dismenorrea (14). Sin embargo, como reflejan numerosos estudios, son pocas las mujeres que recurren a un profesional sanitario para saber qué medicación deben consumir y en qué dosis. Por ejemplo, Campbell y McGrath (1997) encontraron que el 70% de las participantes en su estudio sobre autocuidado en adolescentes con dismenorrea informaron haber usado medicamentos de venta libre para controlar el dolor, sin consultar previamente al médico (15).

Estudios más recientes muestran que la consulta al médico sigue siendo poco frecuente, aunque ha aumentado la consulta a otros profesionales sanitarios como el farmacéutico. En el estudio de Karout et al. (2021), más del 75% de las mujeres con

dismenorrea se medicaban para aliviar el dolor menstrual, aunque apenas un 12% consultaron al médico antes de tomar medicación. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que consultaron al farmacéutico fue del 22%. Además, las investigadoras concluyeron que, a pesar de consultar a un profesional sanitario sobre qué medicación tomar, las mujeres seguían pautas inadecuadas y a menudo, se ingerían dosis subterapéuticas, lo que provocaba una efectividad menor en el alivio del dolor (6). Según Shrestha et al. (2022) la prevalencia de automedicación en la dismenorrea primaria entre las estudiantes universitarias que participaron en su estudio, fue del 37% y menos del 4% consultaron en alguna ocasión a un médico. La mayor prevalencia de automedicación se encontró entre las mujeres con dismenorrea de grado II, según la escala de Andersch y Milsom (16).

En los estudios revisados se constata que la estrategia más utilizada en el manejo del dolor menstrual es la farmacológica y que el consumo de medicamentos suele realizarse sin asesoramiento profesional, lo que provoca una reducción en la eficacia de estos medicamentos en el alivio del dolor.

1.4. Tratamiento fisioterápico de la DP.

Se ha estudiado la efectividad de numerosas técnicas de fisioterapia en el alivio de los síntomas de la DP. Machado et al (2019) sugirieron que la termoterapia y el TENS pueden servir como buenas opciones de tratamiento de la DP, destacando el valor de la termoterapia para la reducción de los síntomas (17). La efectividad del TENS también había sido respaldada previamente por Tugay et al. (2007) que compararon el uso del TENS con las corrientes interferenciales, concluyendo que ambos tratamientos son efectivos en la reducción de los síntomas de DP (18). Según Thabet et al. (2017) la DP puede tratarse con láser de alta intensidad siendo eficaz para reducir el dolor y reducir los niveles de prostaglandinas en sangre (19). Este tipo de intervención fue investigada por Shin et al. (2012), quienes confirmaron la efectividad de la terapia láser en el alivio sintomático de la DP (20).

Kirmizigil y Demiralp (2020) evidenciaron mejoras en mujeres con dismenorrea en el alivio del dolor y la calidad del sueño mediante la realización de ejercicio terapéutico y técnicas de masaje del tejido conectivo (21). Según Özgül et al. (2018), la movilización del tejido conectivo es un método eficaz que puede adoptarse para el alivio del dolor menstrual a corto plazo (22).

En relación con el ejercicio terapéutico (ET), los protocolos de ejercicio que se proponen son variados y entre ellos se encuentran: estiramientos, ejercicios de relajación, ejercicios aeróbicos, de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico y la práctica de disciplinas como el yoga y pilates (23). Por ejemplo, los estiramientos de la región

abdominal y pélvica son efectivos en el manejo del dolor de la dismenorrea, así como los ejercicios de Kegel y los ejercicios de fortalecimiento específicos para los músculos del suelo pélvico, estos incluso demuestran efectividad desde el primer ciclo (24). La realización de ejercicios de yoga en mujeres con dismenorrea primaria también ha demostrado provocar disminuciones significativas en la intensidad del dolor (25).

Parece existir acuerdo entre los investigadores en que el abordaje del dolor menstrual mediante ET presenta la ventaja de que los ejercicios pueden ser realizados de forma autónoma por las mujeres bajo la supervisión del fisioterapeuta, aunque las pautas a seguir son diferentes según el ejercicio prescrito. Los programas de ejercicio más efectivos para reducir la intensidad del dolor son los ejercicios de estiramiento y movilidad pélvica, realizados al menos durante 8 semanas. Sin embargo, la práctica de yoga o el ejercicio aeróbico, realizados durante 12 semanas, provocan también un efecto positivo en la calidad de vida (23,26).

Aunque la evidencia que respalda el uso del ejercicio para tratar la DP es de baja calidad, esta parece sugerir que el ejercicio, realizado durante aproximadamente 45 a 60 minutos cada vez, tres veces por semana o más, puede proporcionar una reducción clínicamente significativa en la intensidad del dolor menstrual de alrededor de 2,5 puntos en la escala visual analógica del dolor (24). Además, sabemos que el ejercicio tiene el potencial de reducir otros síntomas y molestias que suelen asociarse a la DP, por ejemplo, estado de ánimo depresivo, fatiga, estreñimiento, hinchazón, etc. Y las mujeres pueden experimentar alivio de este tipo de síntomas si adoptan un estilo de vida físicamente activo.

Dados los beneficios generales para la salud del ejercicio y el riesgo relativamente bajo de efectos secundarios de la fisioterapia en la población general, las mujeres pueden considerar el uso de estos tratamientos conservadores reduciendo el uso del tratamiento farmacológico, lo que conduciría a menos efectos secundarios y a una reducción del gasto financiero en AINE, píldoras anticonceptivas o cualquier otro fármaco comúnmente utilizado por las pacientes con DP. Pero no todo lo que se pueda hacer será beneficioso, independientemente de qué y cómo se realice, es necesario que un fisioterapeuta supervise la adecuación y correcta realización de las técnicas seleccionadas, de forma individual (27).

1.5. Estrategias de autocuidado en la DP.

El autocuidado es la capacidad de las personas de promover la salud, prevenir enfermedades y hacerles frente con o sin el apoyo de profesionales de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Promover el autocuidado significa, que las personas adquieran conocimientos, desarrollen herramientas y estrategias que les permitan resolver los problemas cotidianos, en el caso de la dismenorrea, disminuir, aliviar o prevenir el dolor (28,29).

Son numerosos los autores que han estudiado las estrategias de autocuidado de las mujeres que padecen dolor menstrual (4,7,30–32). Chen et al. (2006) realizaron grupos focales para explorar las estrategias de autocuidado de adolescentes con dismenorrea. Entre las estrategias identificadas por las participantes se incluían la reducción de la actividad física, cambios en la dieta como el uso de hierbas medicinales o la ingesta de infusiones, la aplicación de calor local y de terapias propias de la medicina tradicional China como la acupresión. Las autoras ponen de relevancia la necesidad de realizar investigaciones que reconozcan la influencia del contexto cultural en la adopción de estas medidas de autocuidado (7).

Fernández-Martínez et al. (2021) también emplearon la metodología de grupos focales en su estudio, constatando que la adopción de posturas antiálgicas era una estrategia común a todas las participantes, así como la realización de actividad física moderada, como caminar. El uso de distracciones, como ver la televisión o escuchar música y la aplicación local de calor también eran prácticas habituales en el autocuidado de la dismenorrea. Sin embargo, los cambios en la dieta y la acupresión no fueron mencionados por las participantes de su estudio (31). Resultados similares habían hallado previamente Banikarim et al. (2000) que encuestaron a 706 adolescentes hispanas con dismenorrea, encontrando que las estrategias de autocuidado no farmacológicas empleadas incluían el descanso (58% de las participantes), la aplicación de calor local (26%), consumo de manzanilla o té caliente (20%) y la práctica de ejercicio (15%) (32).

Respecto a la existencia de factores predictores en el uso de estrategias de autocuidado, la bibliografía revela que las chicas que presentan mayor intensidad del dolor son más propensas a automedicarse, a utilizar terapias complementarias y a buscar consejo médico. Las chicas delgadas tienden a seleccionar cuidadosamente sus dietas durante la menstruación y existe una ligera asociación entre cursar estudios de medicina y buscar consejo médico para el alivio del dolor menstrual (30).

Sobre la efectividad de estas técnicas, las intervenciones en el estilo de vida que consisten en calor, ejercicio de baja intensidad y acupresión, parecen proporcionar reducciones positivas significativas en la intensidad del dolor, la duración y otros síntomas molestos relacionados con el dolor menstrual. El ejercicio de baja intensidad, que consiste en yoga y estiramientos, presenta el beneficio positivo más grande, con grandes reducciones en el dolor en comparación con ningún tratamiento y una reducción moderada en comparación con el ibuprofeno. Dada la gran proporción de mujeres que perciben como ineficaces los analgésicos de venta libre (33), el calor, la acupresión o el ejercicio pueden proporcionar un complemento eficaz o, en el caso del ejercicio y el calor, una alternativa eficaz a la medicación analgésica para el tratamiento del dolor en la dismenorrea primaria (4).

1.6. Justificación del estudio.

Aun siendo la DP una disfunción que afecta a un número importante de la población, hay muy poco conocimiento sobre las distintas alternativas de autocuidado, el buen uso de las estrategias farmacológicas y las opciones que ofrece la fisioterapia para aliviar el dolor menstrual. A pesar de vivir en la era de la información, existen resistencias para hablar de algo tan cotidiano como es la menstruación y sigue pesando sobre las mujeres el lastre cultural de que el dolor menstrual hay que sufrirlo y, a ser posible, en silencio.

Es importante liberar a las mujeres de su posición de aceptación y conformidad con respecto a este tema, y alentarlas a buscar soluciones que, hasta ahora, han sido desconocidas o mal empleadas por una gran mayoría. El uso de herramientas no farmacológicas de autocuidado aumenta la percepción de autoeficacia que tienen las mujeres sobre su ciclo menstrual y el dolor asociado a la menstruación en particular.

Hablar de autocuidado ante el dolor menstrual implica también combatir las inequidades menstruales, es decir, todas aquellas disparidades sistemáticas y evitables en el acceso al conocimiento menstrual, a servicios sanitarios para la salud menstrual, a espacios de manejo menstrual, así como las barreras para la participación social basadas en tener un ciclo menstrual y menstruar (29).

Desde esta perspectiva, en el proyecto que presentamos abordaremos la caracterización del dolor menstrual desde la experiencia de quien lo padece y exploraremos las estrategias de autocuidado y las percepciones sobre la efectividad de las mismas. El estudio hace énfasis en la identificación del grado de conocimiento que tienen las participantes sobre las alternativas que ofrece la fisioterapia.

En una sociedad democrática, con unos ciudadanos que quizá sean los mejor formados de la historia, hay que aspirar a acabar con el paternalismo en todos los ámbitos, incluyendo el ámbito sanitario y de investigación. Frecuentemente en el ámbito de la salud se investiga a las personas, pero no con las personas. Por ello, la participación de la ciudadanía en la investigación tiene una importancia creciente, además de ser un derecho legal que se fundamenta en la justicia social, el empoderamiento y la autonomía (34).

Para ello plantearemos un diseño metodológico cualitativo basado en grupos focales donde las mujeres podrán intervenir exponiendo su experiencia sobre estos temas, generando conocimiento compartido y, además, participar en el diseño de un futuro estudio que evalúe la efectividad de una intervención fisioterápica en la DP exponiendo sus necesidades y los requisitos que debería tener el tratamiento para garantizar la aceptabilidad y utilidad de la propuesta.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Las **hipótesis** del proyecto son:

- Las mujeres consideran que hablar del dolor menstrual es vergonzoso y tabú; y lo perciben como una consecuencia inevitable de la menstruación en la que el dolor debe ser tolerado.
- Las mujeres con dismenorrea primaria utilizan los fármacos como principal medida analgésica, pero no consultan a un profesional sanitario para ello.
- Las mujeres con DP desconocen lo que la fisioterapia puede hacer para ayudar a aliviar el dolor menstrual.

El **objetivo general** del estudio es explorar la utilización de estrategias de autocuidado farmacológicas y no farmacológicas en el dolor menstrual en mujeres universitarias con dismenorrea primaria.

Como **objetivos específicos** nos planteamos los siguientes:

- Caracterizar el dolor menstrual desde la experiencia de quien lo padece.
- Conocer la efectividad percibida de las medidas de autocuidado por parte de las mujeres con dismenorrea primaria.
- Explorar el grado de conocimiento de las técnicas de fisioterapia que pueden considerarse posibles alternativas a la medicación analgésica para el alivio del dolor menstrual.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Diseño y ámbito del estudio.

Se ha diseñado un estudio cualitativo usando la técnica de grupos focales como fuente de información. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Murcia (M10/2024/066) (Anexo I). El tratamiento de los datos de carácter personal de las participantes se ajustó a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. Se solicitará el consentimiento informado (Anexo II) a todas las participantes por una integrante del equipo de investigación en el momento del reclutamiento y tras leer la hoja de información al participante (Anexo III).

La técnica de grupos focales tiene como objetivo la obtención de información, basada en la interacción entre los diferentes participantes del grupo. La función del investigador es la mera guía y mediación de la discusión a través de una entrevista semiestructurada, realizando preguntas de carácter abierto que permitan que se generen reacciones, experiencias, actitudes o sentimientos entre los participantes (35). El número de participantes varía según la literatura; no siendo nunca inferior a cinco, lo que garantiza que haya dinamismo y participación, ni superando los diez asistentes, ya esto podría provocar pérdida de información por la no intervención de alguno de ellos (36).

Este método es el más adecuado para estudios que buscan comprender creencias y experiencias, y la fuerte cultura oral que generalmente se encuentra dentro de las comunidades de jóvenes facilita este enfoque (7). La técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semi estructurada nos permite captar el pensar, sentir y vivir de las participantes recogiendo sus actitudes y experiencias. Además, escuchar las estrategias de tratamiento de otras personas genera un conocimiento compartido que puede ayudar a las participantes a desarrollar o refinar sus propios métodos de manejo de síntomas (37).

Este estudio sobre la experiencia de dolor menstrual y la utilización de estrategias de autocuidado en la dismenorrea primaria se realizará en la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia y la población de estudio serán las propias estudiantes de dicha facultad.

3.2. Participantes del estudio.

Las participantes del estudio serán mujeres estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia seleccionadas mediante muestreo por conveniencia. Se utilizará, sobre todo al principio, una muestra de voluntarias y, posteriormente, también se recurrirá al muestreo en bola de nieve que es más práctico que el anterior ya que, gracias

a la presentación que hace la persona ya incluida en el proyecto, resulta más fácil establecer una relación de confianza con las nuevas participantes.

Los criterios de inclusión son los siguientes: edad comprendida entre los 18 y los 25 años, con dolor menstrual moderado o grave según la Escala de Andersch y Milson, como mínimo durante los últimos 3 ciclos menstruales; y nulíparas.

Se establecen los siguientes criterios de exclusión:

- Tener diagnóstico de ovario poliquístico, endometriosis, miomas o adenomiosis.
- Padecer alguna de las siguientes enfermedades: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca o enfermedad infecciosa.
- Antecedentes de cirugías ginecológicas.
- Estar en tratamiento con medicamentos anticonceptivos.

El proceso de reclutamiento, se realizará a través de correo electrónico y la plataforma de mensajería instantánea WhatsApp mediante el envío de un video, en el que se informa del estudio y un formulario de Google que deben cumplimentar, para saber si cumplen los criterios de inclusión. En el cuestionario se les pedirá el consentimiento para recopilar los datos que se van a preguntar. Estos serán tratados de manera confidencial, al archivo generado por la aplicación será protegido por una clave de acceso y sólo tendrá acceso a él la responsable del grupo de investigación de seleccionar y contactar con las participantes. Escaneando el código QR que aparece a continuación se puede ver el vídeo creado para difundir el estudio (figura 1).

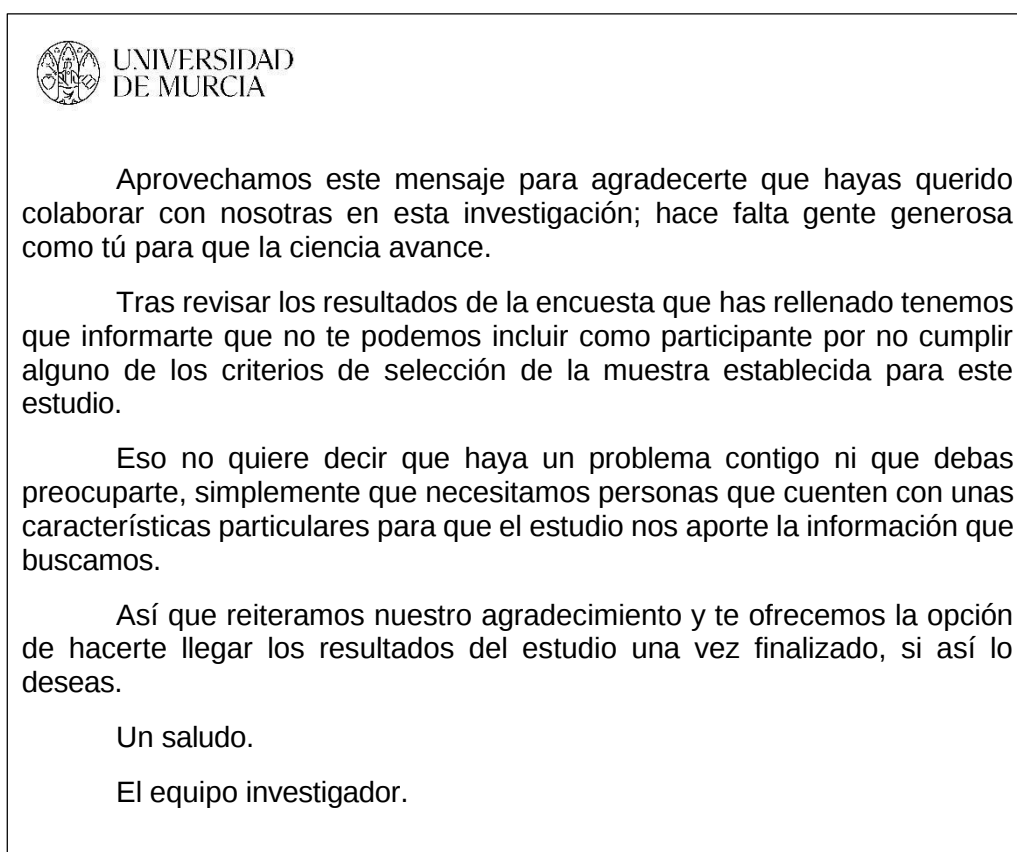
Figura 1. Código QR para el reclutamiento.



<https://youtube.com/shorts/8JfiPdIKlto?si=4v-T8mgLt5vRFmSb>

Tras revisar las respuestas, se seleccionarán a las participantes que cumplan estos criterios y la investigadora responsable del reclutamiento, contactará con ellas a través de correo electrónico para saber si están interesadas en asistir a la entrevista grupal y citarlas, en función de su disponibilidad, a la realización del grupo focal. También contactará por correo electrónico con aquellas que no cumplan los criterios de inclusión para agradecerles que hayan cumplimentado el documento de Google forms. En la tabla 3 se expone el mensaje de agradecimiento redactado.

Tabla 3. Mensaje de agradecimiento a las participantes excluidas del estudio.



3.3. Recogida de datos.

El guion de la entrevista grupal ha sido elaborado por las investigadoras en base a la revisión de la literatura científica para obtener la mayor información útil posible en relación a los objetivos específicos que contempla el estudio. Así, la guía temática abordará las siguientes áreas generales: (a) experiencias respecto al dolor menstrual, (b) estrategias de autocuidado para la dismenorrea y (c) percepción de las participantes sobre la utilidad de las técnicas de fisioterapia en el alivio del dolor menstrual.

Se citará a las participantes en la sala de reuniones del Departamento de Fisioterapia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Se sentarán en torno a una mesa cuadrada y dos miembros del grupo de investigación se ubicarán entre ellas, separada una de la otra, para facilitar la fluidez de la conversación y evitar generar una dinámica de comunicación centrada exclusivamente en la respuesta a las preguntas. Una de las investigadoras actuará de moderadora, mientras que la segunda se dedicará a tomar notas de campo que ayuden al análisis posterior de la entrevista (expresiones no verbales, dinámica de turnos de palabra, momentos de murmullo que pueden hacer ininteligible la grabación...) (36).

En cada reunión se ofrecerá un refrigerio a las participantes. Este consistirá en infusiones con edulcorantes naturales y dulces caseros elaborados con productos bajos en grasa e hidratos de carbono mínimamente procesados como son las galletas de avena integral o el bizcocho de zanahoria y pasta de dátiles.

Se ha elaborado un material audiovisual que será proyectado al inicio de cada bloque temático para contextualizar el tema que se tratará a continuación (figura 2). Las preguntas comenzarán siendo abiertas para fomentar el vaciado de información y la conversación entre las participantes. Si es necesario se recurrirá a preguntas más concretas para abarcar todos los subtemas que las investigadoras han identificado en la revisión de estudios previos similares. El contenido de estos subtemas se presenta en la tabla 4. La parte final de la entrevista se destinará a preguntar la opinión de las participantes sobre las características que debería tener una intervención de fisioterapia en el tratamiento de la DP para que sea percibida de utilidad y genere adherencia, involucrándolas así en el diseño del estudio de un futuro ensayo clínico con el objetivo de comprobar la eficacia de nuestras técnicas en el alivio del dolor menstrual.

Figura 2. Código QR para material audiovisual de apoyo a la entrevista.



<https://youtu.be/yh5bXN4WcIM?si=iWW0EVr3kb1o9fVD>

Se pedirá a las participantes que den su consentimiento para ser grabadas con una grabadora de voz y facilitar así el registro de todas las intervenciones y la posterior transcripción de la entrevista. Se estima una duración de 60-90 minutos para cada grupo focal.

Al terminar la entrevista se ha diseñado para las participantes, un marcapáginas con consejos de autocuidado para realizar durante la menstruación, que se les entregará dentro de un sobre junto a una varita de incienso y un sobre de infusión de jengibre y limón, con lo que además de darles herramientas de autocuidado para esos días, se les agradecerá la asistencia a las entrevistas (Anexo IV).

Tabla 4. Bloques de contenido general y temas concretos de la entrevista a los grupos focales.

BLOQUES DE CONTENIDO	TEMAS CONCRETOS
Experiencias de dismenorrea	• Descripción y caracterización del dolor • Presencia de otros síntomas • Antecedentes familiares • Afectación de las actividades de la vida diaria
Manejo de la dismenorrea	• Consulta a un profesional • Empleo de medidas farmacológicas • Uso de técnicas de fisioterapia • Eficacia percibida de las estrategias utilizadas • Aprendizaje del autocuidado
Inclusión de las participantes en el diseño del estudio	• Preferencias en el uso de agentes físicos y ejercicio • Criterios para la adherencia

Se realizarán dos grupos focales preliminares para evaluar la idoneidad del guion del grupo de discusión, reformular las preguntas que no se comprendan y entrenar a las integrantes del equipo en el papel de moderadora de este tipo de entrevista grupal y el registro de notas de campo. Los resultados de este pretest se presentan en la siguiente sección.

El reclutamiento se detendrá cuando se alcance la saturación, es decir, cuando no se identifiquen nuevas categorías o las afirmaciones que se extraigan sean similares a las ya existentes, lo que evidencia que se ha alcanzado la suficiente profundidad de comprensión en las categorías teóricas emergentes (38). Se estima que serán necesarios,

al menos, 6 grupos focales con 5-8 participantes cada uno para llegar a la saturación teórica del tema de estudio (36).

3.4. Procesamiento y análisis de datos.

Las sesiones serán transcritas íntegramente por las investigadoras. Las transcripciones se anonimizarán y a cada participante se le asignará un código numérico. También se revisarán las notas de campo para mejorar la precisión.

Se utilizará un enfoque de análisis temático para codificar y clasificar los comentarios en los diferentes temas, subtemas y categorías. Tres investigadoras realizarán de manera individual un proceso iterativo de lectura, análisis y codificación de los datos. Mediante el programa informático de análisis cualitativo MAXQDA 11.0 podrán seleccionar fragmentos de las intervenciones y codificarlos en los temas previamente definidos y en las categorías emergentes (39).

Finalizada la etapa de análisis individual, las investigadoras compartirán sus análisis para llegar a acuerdos comunes. La categorización y clasificación de cada enunciado codificado será sistemáticamente revisada, discutida y validada de forma consensuada por el equipo de investigación.

Se llevarán a cabo las rondas de codificación y discusión que sean necesarias para mejorar la credibilidad del análisis y desarrollar categorías y temas claros. Se estima un mínimo de tres rondas para lograr este objetivo. Para verificar la consistencia, una cuarta investigadora verificará los resultados a través de una revisión ciega de las mismas transcripciones (35).

3.5. Planificación del estudio.

Las fases de este proyecto serán las siguientes:

- Diseño del proyecto incluyendo dentro de esta fase: revisión de la bibliografía, definición de objetivos y material y método, preparación de solicitud al comité de ética de investigación, preparación de material para la difusión del estudio y elaboración del guion de la entrevista.
- Difusión y reclutamiento: aquí se deberá elaborar el video para el reclutamiento de las participantes, la selección de la muestra y el contacto con las potenciales participantes para poder agendar un día para realizar las entrevistas.
- Realización de los grupos focales: en esta fase se realizará la convocatoria definitiva de las participantes, la preparación del refrigerio y de los detalles que dar al finalizar las entrevistas, realización de la entrevista y recogida de los datos.

- Transcripción y análisis: esta fase incluirá la transcripción de las grabaciones de audio de las entrevistas y el análisis cualitativo de los textos usando el programa MAXQDA 11.0, hasta conseguir el consenso entre las investigadoras.

Las 2 fases previas se harán primero para 2 grupos focales, con el objetivo de depurar la entrevista y a continuación el resto de los grupos focales que formarán parte del estudio.

- Redacción del informe final: elaboración del documento final que incorpora al proyecto previo los resultados del estudio, la discusión de los mismos y la enumeración de las conclusiones.
- Revisión del informe final.

En la tabla 5 se presenta el cronograma del estudio con la enumeración de las tareas a realizar en cada fase, las personas responsables del grupo de investigación y la temporalidad estimada de cada tarea. Las tareas del pretest con 2 grupos focales se identifican en el cronograma como fase 1 y las tareas vinculadas al estudio con el resto de grupos focales lo harán como fase 2.

En la columna de responsables de tarea se indican las siglas de las integrantes del grupo de investigación que se encargarán de dicha actividad. Estas son: Celia María Alcázar Sánchez (CMAS), Ana Belén Plazas Ruíz (ABPR), Josefa María Vigueras Sánchez (JMVS) y María Elena del Baño Aledo (MEBA).

Respecto a las columnas de tiempo, cada una de ellas representa una quincena del mes. El total de tiempo estimado de ejecución del proyecto es de 19 meses.

Las tareas ya realizadas se señalan en el cronograma en color gris oscuro y las que quedan por realizar en gris claro.

Tabla 5. Cronograma de actividades del proyecto de investigación.

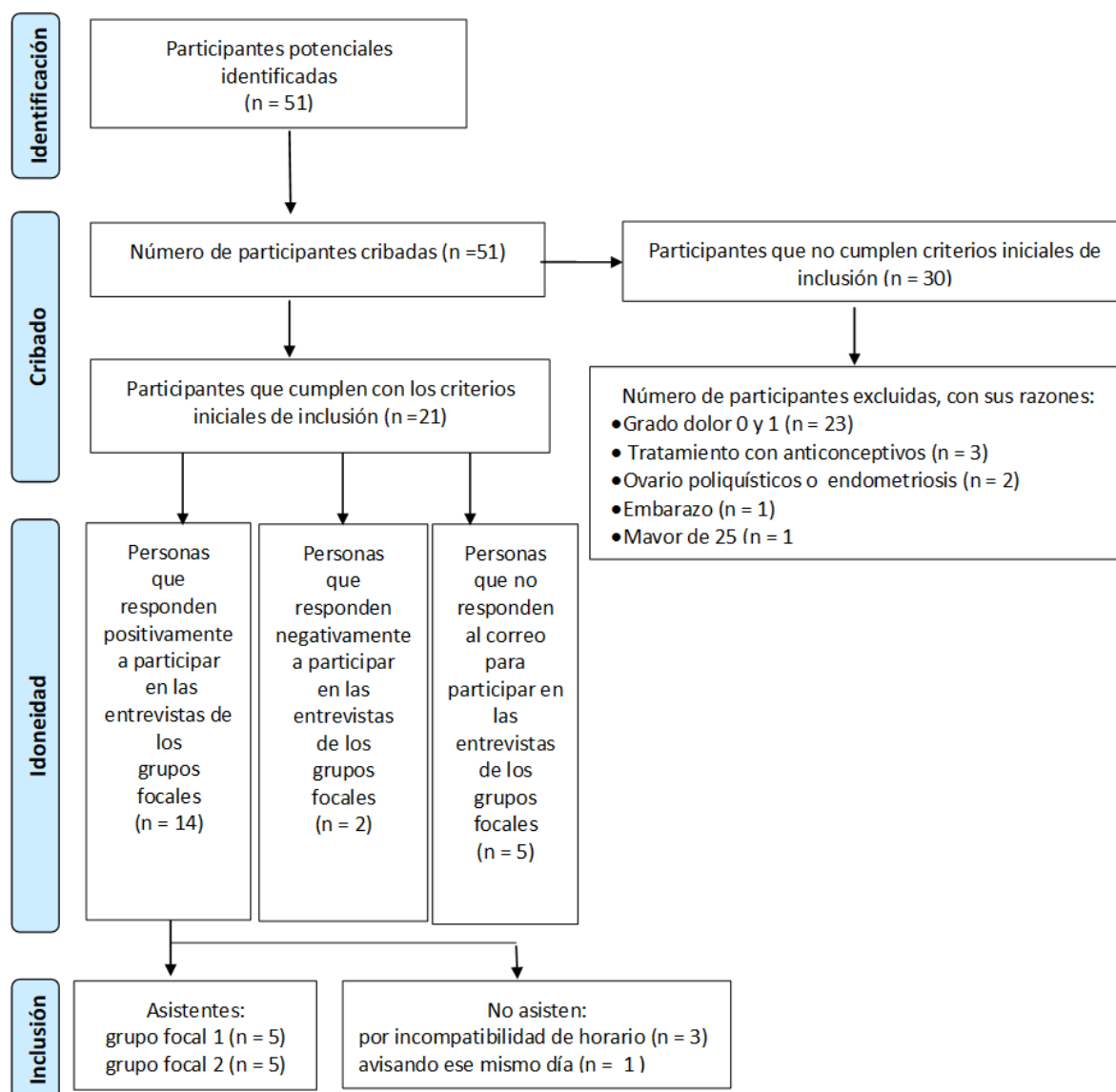
AÑOS		2023			2024										2025				
TAREAS	RESPONSABLES	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	
Revisión bibliográfica	M.E.D.A. C.M.A.S. J.M.V.S. A.B.P.R.																		
Redacción proyecto	M.E.D.A. C.M.A.S. J.M.V.S. A.B.P.R.																		
Solicitud al CEI	C.M.A.S.																		
Material de difusión	M.E.D.A. C.M.A.S. J.M.V.S. A.B.P.R.																		
Guion de la entrevista	M.E.D.A. C.M.A.S. J.M.V.S. A.B.P.R.																		
Reclutamiento Fase 1	C.M.A.S. A.B.P.R.																		
Selección muestra fase 1	A.B.P.R.																		
Grupos focales fase 1	M.E.D.A. C.M.A.S.																		
Transcripción fase 1	C.M.A.S. A.B.P.R.																		
Análisis datos fase 1	C.M.A.S. J.M.V.S.																		
Reclutamiento fase 2	C.M.A.S. A.B.P.R.																		
Selección muestra fase 2	A.B.P.R.																		
Grupos focales fase 2	M.E.D.A. A.B.P.R.																		
Transcripcion fase 2	C.M.A.S. A.B.P.R.																		
Analisis datos fase 2	C.M.A.S. J.M.V.S.																		
Redaccion de informe	C.M.A.S. A.B.P.R.																		
Revision de informe	M.E.D.A. J.M.V.S.																		

4. RESULTADOS DEL PRETEST

Los 2 grupos focales preliminares se realizaron el día 23 de abril de 2024 en 2 turnos de 90 minutos cada uno, en la sala de reuniones del Departamento de Fisioterapia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Las entrevistas fueron realizadas por dos investigadoras del grupo de investigación, la profesora María Elena del Baño Aledo y la alumna Celia María Alcázar Sánchez. En el primer grupo la profesora actuó de moderadora y la alumna tomó las notas de campo. En el segundo grupo focal intercambiaron los roles.

De la muestra inicial de 51 participantes elegibles, 10 acabaron participando en el estudio, cinco en cada grupo focal. El progreso de las etapas de selección y las razones de no participación se presentan en el flujograma siguiente (figura 3).

Figura 3. Flujograma de la selección de participantes.



El análisis de las transcripciones de estos 2 grupos focales permitió depurar el esquema de categorías y temas, definiendo de una manera más clara los temas de interés. La codificación de las transcripciones nos hizo modificar en 3 ocasiones nuestro esquema de categorías y temas. El esquema original de las investigadoras fue el siguiente:

1. Experiencia de la dismenorrea
 - Experiencias familiares
 - Caracterización dolor
 - a. Intensidad
 - b. Distribución temporal
 - c. Localización
 - Otros síntomas
 - a. Síntomas emocionales
 - b. Síntomas físicos
 - Influencia en vida diaria
 - a. Restricción participación
 - b. Actividad limitada
2. Manejo de la dismenorrea
 - Medidas farmacológicas
 - Técnicas fisioterápicas
 - Aprendizaje autocuidado
 - Cambios hábitos de vida
 - Consulta a profesional
3. Inclusión de las participantes en el diseño del estudio
 - Preferencias en el uso de agentes físicos y ejercicio
 - Criterios para la adherencia

La primera revisión de las transcripciones evidenció la necesidad de añadir algunos apartados al árbol de categorías y temas y, por tanto, redefinir algunas de las preguntas de la entrevista. A continuación, se exponen los cambios e incorporaciones que se han realizado y se presentan entrecomilladas algunas de frases o unidades de significado extraídas de las entrevistas. Por ejemplo, dentro de la sección **Otros síntomas** se añadió los cambios en la libido porque varias participantes manifestaron padecerlos durante la menstruación.

“Es verdad que los días de antes sube la libido, pero luego menstruando baja”

Dentro de la categoría **Manejo de la dismenorrea** se añadió la interpretación del dolor debido a la manifestación de expresiones como la siguiente:

“con la regla es un: yo puedo aguantar un poco más”

También se incorporó una nueva categoría que surgió en el debate grupal a la que denominamos **Conocimiento de tu ciclo menstrual** debido a la estrecha relación que existe entre el modo en que una mujer vive el dolor menstrual y el grado de autoconocimiento de su ciclo. Dentro de esta categoría emergieron 2 temas: **grado de conocimiento y medio de registro**.

“no acabo de entenderla, me adapto a ella, pero no la entiendo, no entiendo mi cuerpo”

“yo tengo una aplicación, lo que pasa es que no anoto nada, pero la tengo”

En la segunda revisión se añadió, dentro de caracterización del dolor, el subtema **tipo de dolor**, que incluye las frases en las que se usan adjetivos para definir el dolor menstrual - “son pinchazos que te dan de repente” – y la **intensidad**, que a pesar de ser un atributo esencial del dolor no fue la primera respuesta a la pregunta ¿Cuánto os duele la regla?. Estas recurrían a explicar lo que el dolor no les dejaba hacer en su vida cotidiana o cuantas pastillas tenían que tomar para calmarlo a la hora de responder a esta pregunta. Aún así, pudimos extraer algunas unidades de significado que sí hablaban explícitamente de intensidad. Además, en esta revisión, dentro de otros síntomas se añadió **sangrado**:

“dolor extremo, de estar vomitando”

“durante el segundo día tengo mucho flujo”

En la última revisión se añadió, dentro del apartado de conocimiento de tu ciclo menstrual, **compartir experiencias** ya que muchas indicaron que el hecho de hablar de su menstruación con otras personas, les permite entenderlo mejor.

“entre amigas lo hablamos mucho”

Tras el pretest, la propuesta de categorías y temas queda como refleja la figura 4, habiendo codificado en total 393 unidades de significado, 204 de la transcripción del primer grupo focal y 176 del segundo.

El pretest también nos ha permitido practicar la entrevista de los grupos focales y pulir las preguntas que no se comprendieron bien, como aquella en la que se les pide que hablen sobre el significado del dolor. En este caso se cambió el fraseo de la pregunta a cómo interpretan el dolor y en que grado se adaptan a él.

Figura 4. Esquema del sistema de codificación.

Code System		
Code System		#
Code System		380
EXPERIENCIAS DISMENORREA		0
Experiencias familiares		14
Caracterización dolor		9
Distribución temporal		20
Actividades limitadas		14
Localización		8
Otros síntomas		0
sangrado		10
Libido		6
Síntomas emocionales		21
Síntomas físicos		46
Influencia en vida diaria		0
Restricción participación		21
Actividad limitada		12
MANEJO DISMENORREA		0
Interpretación del dolor		3
Medidas farmacológicas		46
Medidas fisioterápicas		33
Criterios para la adherencia		18
Aprendizaje autocuidado		16
Cambios hábitos de vida		41
Consulta a profesional		19
CONOCIMIENTO DE TU CICLO MENSTRUAL		0
Medio de registro		12
Grado de conocimiento		11

5. DISCUSION

En relación a los estudios que se han realizado previamente sobre el mismo tema las fortalezas de nuestra investigación son varias. En primer lugar, nuestra entrevista incorpora, de manera explícita, preguntas sobre el conocimiento de las técnicas de fisioterapia, cosa que no hacen otros estudios, quedándose las medidas de autocuidado en estrategias caseras, como el calor, cambios de hábitos alimenticios y reposo (13).

Además, nuestro proyecto incorpora preguntas específicas sobre qué técnicas de fisioterapia estarían ellas dispuestas a hacer, lo que nos va a ayudar para diseñar un estudio para evaluar la efectividad de nuestras técnicas en el alivio del dolor menstrual donde las participantes estén presentes desde el diseño del mismo. Así, podremos planificar intervenciones donde el riesgo de baja adherencia sea menor, lo que nos permitirá realizar la intervención durante el tiempo que sea necesario. Generalmente, los estudios no plantean intervenciones que superen las 8 semanas de duración, en parte porque es el mínimo para lograr resultados y, en parte, porque el riesgo de abandono de las participantes es elevado después de ese tiempo. Esto conlleva la limitación de no poder establecer tratamientos de larga duración que conlleven cambio de hábitos de vida (26,27).

En los estudios que usan métodos cualitativos como el de Dasom et al (2023), no encontramos casi referencias a la realización de un pretest, que, en nuestro caso, nos ha permitido pulir la entrevista, así como el entrenamiento de las investigadoras a la hora de realizarla (39). En este pretest, aun teniendo una muestra pequeña, hemos podido observar tras la exhaustiva codificación de las entrevistas, el poco conocimiento de las estrategias de autocuidado que tienen las participantes y que el manejo farmacológico que hacen para la gestión del dolor, se basa casi siempre en pautas que no vienen de profesionales de la salud.

Nuestra investigación también tiene limitaciones. Como ya hemos podido comprobar en el pretest, existen dificultades con el reclutamiento de las participantes, ya que, aun teniendo la DP una alta prevalencia, no son muchas las que identifican la severidad del dolor como grado 2 y 3, lo que requiere acceder a un número elevado de potenciales participantes para seleccionar a la muestra. La existencia de fallos en la elaboración del guion de la entrevista, en el sentido de redacción confusa de algunas preguntas u omisiones de temas de interés es una limitación que ha podido ser subsanada gracias a la realización del pretest.

Respecto a la muestra, al ser todas las participantes estudiantes de carreras de ciencias de la salud, los resultados podrían estar sesgados, ya que todas tienen

conocimientos sanitarios. Sería interesante, de cara a futuros estudios, que la muestra fuera más heterogénea en cuanto a conocimientos previos (16).

Por último, una limitación común a muchas de las investigaciones que se realizan en este país. Se necesita mucho más tiempo y personal involucrado en el proyecto con dedicación plena para poder realizar un estudio con muestra suficiente para aportar una comprensión global del fenómeno de estudio. Fruto de dicha limitación es que este trabajo fin de grado (TFG) se presenta como proyecto de investigación y no como un trabajo experimental ya concluido. De todas formas, el equipo de investigación - la autora de este TFG entre ellas - ha manifestado su compromiso de concluir este trabajo, aunque ya no exista la exigencia de cumplir con un requisito curricular para la consecución del título de Graduada en Fisioterapia.

Las principales aportaciones y avances de este trabajo al campo del autocuidado y la dismenorrea podrían ser las siguientes:

1. Identificación de barreras y medidas educativas: la investigación evidenciará la necesidad de explorar las barreras que enfrentan las mujeres para buscar atención médica para la dismenorrea. Se podrían implementar medidas efectivas para aumentar la conciencia sobre las prácticas de automedicación y restringir la venta de medicamentos con efectos potencialmente nocivos o de escasa efectividad. Además, se deberían incorporar programas e intervenciones educativas que aborden la dismenorrea primaria, sus factores de riesgo modificables y el apoyo a la autogestión para evitar sufrimientos e interrupciones innecesarias en las actividades diarias.

2. Promoción del ejercicio y fisioterapia: la investigación incidirá en que el ejercicio regular, como el yoga y los estiramientos, puede reducir significativamente la intensidad del dolor menstrual y mejorar la calidad de vida. Estos tratamientos conservadores, supervisados por un fisioterapeuta, podrían reducir el uso de remedios farmacológicos y sus efectos secundarios, además de disminuir los costes financieros asociados.

3. Desarrollo de estrategias de autocuidado: el estudio pretende poner en relevancia las estrategias de autocuidado no farmacológicas, como la aplicación de calor local, el uso de infusiones y la adopción de posturas antiálgicas. Estas prácticas pueden ser complementarias o alternativas eficaces a la medicación analgésica y pueden aumentar la percepción de autoeficacia de las mujeres sobre su ciclo menstrual y el dolor asociado.

4. Participación y empoderamiento: la investigación fomenta la participación de las mujeres en el proceso de investigación y en el diseño de futuros estudios, lo cual es crucial para garantizar la aceptabilidad y utilidad de las intervenciones propuestas. Este enfoque

participativo no solo genera conocimiento compartido, sino que también promueve el empoderamiento y la autonomía de las mujeres.

En resumen, este estudio tiene el potencial de avanzar significativamente en la comprensión y el manejo del dolor menstrual a través de estrategias de autocuidado, promoviendo una mejor calidad de vida para las mujeres afectadas por la dismenorrea primaria.

Por ello apostamos por un enfoque multidisciplinar en el que el fisioterapeuta colabore desde los servicios nacionales de atención primaria en este campo de salud de la mujer. Ya sea a través del tratamiento de los síntomas de forma pasiva como dicen muchos autores o de forma activa, como evidencia también la bibliografía, enfoque en el que nosotras desde este equipo investigador queremos hacer hincapié, con el objetivo final de crear un protocolo de ejercicio terapéutico guiado por un fisioterapeuta y enseñado para que las pacientes puedan realizarlo, una vez dominado, en sus casas.

Además, buscamos darles herramientas de autocuidado, ya que no olvidemos que una de las competencias del fisioterapeuta en el sistema nacional de salud es educar para la salud. De este modo se evitarían los elevados costes que tendrían para las personas que menstrúan el asistir mensualmente a un fisioterapeuta privado para realizar estos ejercicios, ya que desgraciadamente solo un 5% de los fisioterapeutas colegiados de la Región de Murcia lo hacen en el sistema público y una cifra aún más pequeña dentro de ellos lo hacen en áreas relacionadas con la salud de la mujer, de esta manera eliminaríamos desigualdades sociales y culturales, aunque seguimos abogando por aumentar las cifras de fisioterapeutas en el sistema nacional de salud al menos hasta las cifras que la OMS recomienda.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Guimarães I, Póvoa AM. Primary Dysmenorrhea: Assessment and Treatment. *Rev Bras Ginecol E Obstetrícia RBGO Gynecol Obstet.* agosto de 2020;42(08):501-507.
2. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol.* Noviembre de 1982;144(6):655-660.
3. De Sanctis V, Soliman AT, Daar S, Di Maio S, Elalaily R, Fiscina B, et al. Prevalence, attitude and practice of self-medication among adolescents and the paradigm of dysmenorrhea self-care management in different countries. *Acta BioMedical Atenei Parm.* 19 de marzo de 2020;91(1):182-192.
4. Armour M, Smith CA, Steel KA, Macmillan F. The effectiveness of self-care and lifestyle interventions in primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med.* diciembre de 2019;19(1):19-22.
5. De Sanctis VD, Soliman AT, Elsedfy H, Soliman NA, Elalaily R, Kholy ME. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: a review in different countries. 2010; *Acta Biomed* 2016; Vol. 87, N. 3: 233-246.
6. Karout S, Soubra L, Rahme D, Karout L, Khojah HMJ, Itani R. Prevalence, risk factors, and management practices of primary dysmenorrhea among young females. *BMC Womens Health.* 8 de noviembre de 2021;21(1):392.
7. Chen CH, Lin YH, Heitkemper MM, Wu KM. The Self-Care Strategies of Girls with Primary Dysmenorrhea: A Focus Group Study in Taiwan. *Health Care Women Int.* junio de 2006;27(5):418-427.
8. Kulkarni A, Deb S. Dysmenorrhoea. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 1 de octubre de 2019;29(10):286-291.
9. Barcikowska Z, Wójcik-Bilkiewicz K, Sobierajska-Rek A, Grzybowska ME, Wąż P, Zorena K. Dysmenorrhea and Associated Factors among Polish Women: A Cross-Sectional Study. *Pain Res Manag.* 11 de julio de 2020 ;1-10.
10. Momma, R.; Nakata, Y.; Sawai, A.; Takeda, M.; Natsui, H.; Mukai, N.; Watanabe, K. Comparisons of the Prevalence, Severity, and Risk Factors of Dysmenorrhea between Japanese Female Athletes and Non-Athletes in Universities. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022(19): 52.
11. Abadi Babil D, Dolatian M, Mahmoodi Z, Akbarzadeh Baghban A. Comparison of lifestyles of young women with and without primary dysmenorrhea. *Electron Physician.* 25 de marzo de 2016;8(3):2107-2114.
12. Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Can.* diciembre de 2005;27(12):1117-1130.
13. O'Connell K, Davis AR, Westhoff C. Self-treatment Patterns among Adolescent Girls with Dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* agosto de 2006;19(4):285-289.
14. Jarrett M, Heitkemper MM, Shaver JF. Symptoms and self-care strategies in women with and without dysmenorrhea Symptoms and self-care strategies in women with and without dysmenorrhea, *Health Care for Women International* 2009, 16 (2):167-178.

15. Campbell MA, McGrath J. Use of Medication by Adolescents for the Management of Menstrual Discomfort. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1997; (151):905-913.
16. Shrestha R, Bhandari MS, Shrestha SS, Shrestha JTM, Shrestha U. Self-medication in Primary Dysmenorrhea among Undergraduate Students in a Medical College: A Descriptive Cross-sectional Study. *J Nepal Med Assoc*. 30 de noviembre de 2022;60(256):1011-5.
17. Perez Machado AFP, Rodrigues Perraccini M, Rampazo EP, Driusso P, Liebano RE, Effects of thermotherapy and transcutaneous electrical nerve stimulation on patients with primary dysmenorrhea_ A randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*. (47) 2019; 102188.
18. Tugay N, Akbayrak T, Demirtürk F, Karakaya İlç, Kocaacar Ö, Tugay U, et al. Effectiveness of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation and Interferential Current in Primary Dysmenorrhea. *Pain Med*. mayo de 2007;8(4):295-300.
19. Thabet AAEM, Elsodany AM, Battecha KH, Alshehri MA, Refaat B. electromagnetic field in the treatment of primary. 2017;29(10):1742-1748.
20. Shin YI, Kim NG, Park KJ, Kim DW, Hong GY, Shin BC. Skin adhesive low-level light therapy for dysmenorrhoea: a randomized, double-blind, placebo-controlled, pilot trial. *Arch Gynecol Obstet*. May 2012.
21. Kirmizigil B, Demiralp C. Effectiveness of functional exercises on pain and sleep quality in patients with primary dysmenorrhea: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet*. Mayo 2020;302(1):153-163.
22. Özgül S, Üzelpasaci E, Orhan C, Baran E, Beksac MS, Akbayrak T. Short-term effects of connective tissue manipulation in women with primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. noviembre de 2018; (33):1-6.
23. Daley AJ. Exercise and Primary Dysmenorrhoea: A Comprehensive and Critical Review of the Literature. *Sports Med*. 2008;38(8):659-670.
24. Armour M, Ee CC, Naidoo D, Ayati Z, Chalmers KJ, Steel KA, de Manincor MJ, Delshad E. Exercise for dysmenorrhoea. *Cochrane Gynaecology and Fertility Group*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Septiembre 2019, (9). Art. No.: CD004142.
25. Yonglitthipagon P, Muansiangsai S, Wongkhumngern W, Donpunha W, Chanavirut R, Siritaratiwat W, et al. Effect of yoga on the menstrual pain, physical fitness, and quality of life of young women with primary dysmenorrhea. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. Enero de 2017;21(4):840-864.
26. Carroquino-Garcia P, Jiménez-Rejano JJ, Medrano-Sanchez E, De La Casa-Almeida M, Diaz-Mohedo E, Suarez-Serrano C. Therapeutic Exercise in the Treatment of Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther*. febrero de 2019;(99):1371-1380.
27. López-Liria R, Torres-Álamo L, Vega-Ramírez FA, García-Luengo AV, Aguilar-Parra JM, Trigueros-Ramos R, et al. Efficacy of Physiotherapy Treatment in Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 23 de julio de 2021;(18):7832.

28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022 Resumen ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
29. Holst AS, Jacques-Aviñó C, Berenguera A, Pinzón-Sanabria D, Valls-Llobet C, Munrós-Feliu J, et al. Experiences of menstrual inequity and menstrual health among women and people who menstruate in the Barcelona area (Spain): a qualitative study. *Reprod Health*. diciembre de 2022;(19):45.
30. Chen L, Tang L, Guo S, Kaminga AC, Xu H. Primary dysmenorrhea and self-care strategies among Chinese college girls: a cross-sectional study. *BMJ Open*. septiembre de 2019;(9):e026813.
31. Fernández-Martínez E, Pérez-Corrales J, Palacios-Ceña D, Abreu-Sánchez A, Iglesias-López MT, Carrasco-Garrido P, et al. Pain management and coping strategies for primary dysmenorrhea: A qualitative study among female nursing students. *Nursing Open*. 2022;(9):637–645.
32. Banikarim C, Chacko MR, Kelder SH. Prevalence and Impact of Dysmenorrhea on Hispanic Female Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Diciembre de 2000;(154):1226-1229.
33. Chen CX, Carpenter JS, LaPradd M, Ofner S, Fortenberry JD. Perceived Ineffectiveness of Pharmacological Treatments for Dysmenorrhea. *J Womens Health*. 1 de septiembre de 2021;30(9):1334-1343.
34. Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Violán C, Mahtani-Chugani V. La participación ciudadana en la investigación desde la perspectiva de investigadores de atención primaria. *Gac Sanit*. mayo 2018;1645.
35. Rodas Pacheco FD, Pacheco Salazar VG. Grupos Focales: Marco de Referencia para su Implementación. *INNOVA Research Journal*. Septiembre-diciembre de 2020;5(3):182-195.
36. Vallés Martínez, Miguel S. Capítulo 8: Técnicas de conversación, narración (III): grupos de discusión y técnicas afines. En: *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis;1999; p. 279-335.
37. Sharp BAC, Taylor DL, Thomas KK, Killeen MB, Dawood MY. Cyclic Perimenstrual Pain and Discomfort: The Scientific Basis for Practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. noviembre de 2002;31(6):637-649.
38. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. julio de 2018;52(4):1893-1907.
39. Im D, Pyo J, Lee H, Jung H, Ock M. Qualitative Research in Healthcare: Data Analysis. *J Prev Med Pub Health*. 31 de marzo de 2023;56(2):100-110.

7. ANEXO I

Financ: MARIA SENEJA CORBALAN GARCIA. Fecha-hora: 21/02/2024 17:31:40. PuestoCargo: VICERRECTORA DE INVESTIGACIÓN (UNIVERSIDAD DE MURCIA). Emisor del certificado: CN=ISA SURD, SERIALNUMBER=A8273302, OU=QUALIFIED CAO-SISTEMAS INFORMATICOS ABIERTOS SOCIEDAD ANONIMA C-ES. Emisor del certificado: CN=AC FMT Usuarios, OU=Coreo OFNMT, RCN=ES. Fecha-hora: 21/02/2024 20:05:51. Emisor del certificado: CN=AC FMT Usuarios, OU=Coreo OFNMT, RCN=ES.

UNIVERSIDAD
DE MURCIA

VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

Informe de evaluación Comisión de Ética de Investigación (CEI)

Jaime Miguel Peris Riera, como secretario de la Comisión de Ética de Investigación

CERTIFICA

Que esta Comisión de Ética de Investigación, ha evaluado la propuesta de la investigadora Celia Maria Alcazar Sanchez, M10/2024/066, para la realización del trabajo fin de grado: "Estrategia de autocuidado en la dismenorrea primaria".
Y considerando que,

1. La investigación está justificada porque sus objetivos permitirán generar un aumento del conocimiento y un beneficio para la sociedad que hace asumibles las molestias y riesgos previsibles.
2. La capacidad del equipo investigador y los recursos disponibles son los adecuados para realizarla.
3. Se plantea según los requisitos metodológicos y éticos necesarios para su ejecución, según los criterios de buenas prácticas de la investigación científica.
4. Se cumple la normativa vigente, incluidas las autorizaciones, acuerdos o convenios necesarios para llevarla a cabo.

Ha emitido en la reunión celebrada el miércoles 28 de febrero de 2024 (ACTA5/2024/CEI),
INFORME FAVORABLE a que dicho trabajo fin de grado sea realizado por el equipo investigador:

Maria Elena Del Baño Aledo (Directora del trabajo fin de grado)

Celia Maria Alcazar Sanchez

Josefa Maria Vigueras Sanchez

Ana Belen Plazas Ruiz

para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del/de la presidente/a de la Comisión de Ética de Investigación

1 de 2

Comisión de Ética de Investigación
Vicerrectorado de Investigación
Edificio ESUM, 3ª planta
Campus de Espinardo
30071 - Murcia
ESPAÑA

comision.etica.investigacion@um.es
Tlf.: 868 88 3614 / 9898 9899
www.um.es/web/vic-investigacion/



HR EXCELLENCE IN RESEARCH



Código seguro de verificación: RUxFMnZj-683QOBIA-kfuYNBjy-CfudMsT0

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>

8. ANEXO II

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MAYORES DE EDAD

Dña. _____, de _____ años de edad **manifiesto que:**

- ☐ He sido informada sobre los beneficios que podría suponer mi participación para cubrir los objetivos del trabajo fin de grado titulado **“ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO EN LA DISMENORREA PRIMARIA”**, y cualquier investigación derivada del mismo, dirigido por CELIA MARÍA ALCÁZAR SÁNCHEZ de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia (contactable en el teléfono 601096304 y correo celiamaria.alcazars@um.es)
- ☐ Me han informado que la finalidad general del trabajo fin de grado es **explorar la utilización de estrategias de autocuidado farmacológicas y no farmacológicas en el dolor menstrual y su efectividad percibida en mujeres universitarias con dismenorrea primaria**.
- ☐ He sido informada de que se trata de un trabajo fin de grado que cuenta con el visto bueno del Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia y que no está financiado.
- ☐ Una vez que he leído la **hoja de información a la participante** que me ha sido entregada, afirmo haber comprendido los posibles efectos indeseables que podría comportar –en mi bienestar– la participación en este proyecto.
- ☐ He sido informada de que mis datos serán sometidos a tratamiento en virtud de mi consentimiento con fines de investigación científica y desde la Universidad de Murcia. El plazo de conservación de los datos será de 8 meses (mínimo indispensable para asegurar la realización del estudio o proyecto). No obstante, y con objeto de garantizar condiciones óptimas de privacidad, mis datos identificativos serán sometidos a anonimización total o parcial cuando el procedimiento del estudio así lo permita. En todo caso, la información identificativa que se pudiese recabar será eliminada cuando no sea necesaria.
- ☐ He sido informada de que mi voz va a ser grabada durante la entrevista y la transcripción de los datos será anonimizada.
- ☐ También he sido informada de que para cualquier consulta relativa al tratamiento de mis datos personales en este estudio o para solicitar el acceso, rectificación, supresión, limitación u oposición al tratamiento, podré dirigirme a la dirección protecciondedatos@um.es.
- ☐ He sido informada de mi derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.
- ☐ He sido informada de que puedo revocar mi consentimiento y abandonar en cualquier momento la participación en el estudio sin dar explicaciones y sin que ello suponga perjuicio alguno (en tal caso, todos los datos cedidos podrían ser borrados si así lo expreso).
- ☐ Me ha sido entregada una **hoja de información a la participante**, así como una **copia de la declaración de consentimiento informado (que también he firmado)**.
- ☐ Me han explicado las características y el objetivo del estudio, sus riesgos y beneficios potenciales.

Y en virtud de todas las manifestaciones anteriores, confirmo que **otorgo mi consentimiento** a que esta recogida de datos tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el trabajo de fin de grado.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. Dña. _____
(Participante)

Fdo. Dña. _____
(Firma de la investigadora/estudiante responsable que devuelve firmada la hoja de consentimiento informado)

9. ANEXO III

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES MAYORES DE EDAD

Hoja informativa Trabajo Fin de Grado titulado “ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO EN LA DISMENORREA PRIMARIA”

Estimada Sra.:

Le invitamos a participar en un estudio (trabajo de fin de grado) sobre estrategias de autocuidado y su efectividad en el tratamiento del dolor menstrual sin causa ginecológica. Para que pueda valorar la pertinencia o interés de dicha participación, le facilitamos toda una serie de información detallada al respecto.

El propósito es que tras su lectura –y en el caso de estar conforme con su participación–, pueda darnos su consentimiento –con su firma– en el otro documento que –junto a este– se le hace entrega (denominado **Declaración de consentimiento informado**).

La presente **hoja de información** podrá usted conservarla (para participar, solo deberá devolver –con su firma– la **Declaración de consentimiento informado**).

Como responsable del equipo investigador que llevará a cabo este estudio, confío en que resulte de su interés y pueda –finalmente– contar con su consentimiento a esta participación.

En cualquier caso, reciba anticipadamente mi agradecimiento por su dedicación a la lectura de esta información.

TÍTULO DEL TRABAJO FIN DE GRADO

ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO EN LA DISMENORREA PRIMARIA

PROMOTOR O FINANCIADOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO

No cuenta con financiación

LUGAR DONDE SE PROCESARÁ LA MUESTRA O TOMA DE DATOS

Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia

OBJETIVOS Y FINALIDAD

Explorar la utilización de estrategias de autocuidado farmacológicas y no farmacológicas en el dolor menstrual y su efectividad percibida en mujeres universitarias con dismenorrea primaria.

Se trata de un proyecto que cuenta con el informe favorable de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

DATOS DE LA INVESTIGADORA

Ante cualquier duda o renuncia que pueda surgir en relación con su participación en el presente estudio (trabajo fin de grado), puede dirigirse a la persona responsable de la misma, cuyos datos son los siguientes:

- **Nombre:** CELIA MARÍA ALCÁZAR SÁNCHEZ
- **Cargo:** investigadora principal
- **Dirección de contacto:** Departamento de Fisioterapia. Campus de Ciencias de la Salud. El Palmar. Universidad de Murcia.
- **Correo electrónico:** celi maria.alcazars@um.es
- **Teléfono de contacto:** 601096304

En el caso de Tesis Doctoral, Trabajo Fin de Máster o Trabajo Fin de Grado, los datos del **director/directora** son los siguientes:

- **Nombre:** MARÍA ELENA DEL BAÑO ALEDO
- **Cargo:** PDI
- **Dirección de contacto:** Departamento de Fisioterapia. Campus de Ciencias de la Salud. El Palmar. Universidad de Murcia.
- **Correo electrónico:** mbano@um.es
- **Teléfono de contacto:** 868884875

DATOS REFERENTES A LA PARTICIPANTE

- **Motivos de su participación**
 - Se le ha convocado a participar en este estudio porque su experiencia como mujer que padece dolor menstrual es valiosa para la investigación. Sus opiniones resultarán esenciales para esta investigación.
- **Naturaleza voluntaria de la participación**
 - La participación en esta actividad es libre y totalmente voluntaria.
 - En cualquier momento puede negarse a seguir participando del estudio sin que deba dar razones para ello, ni recibir ningún tipo de sanción (y en tal caso, todos los datos facilitados podrán ser borrados si así lo solicita).
- **Requerimientos de la participación**
 - Si usted da su consentimiento para participar en este estudio, debe saber que su participación consistirá en participar en una entrevista grupal.
 - Esta entrevista será grabada con grabadora de voz, para poder transcribir después las intervenciones.
- **Duración del estudio**
 - El estudio tendrá una duración total de 5 meses.
 - No existe la posibilidad de que los datos que nos facilite puedan ser utilizados (en el futuro) en nuevos estudios.
- **Tipo de participación del sujeto**
 - El tiempo contemplado para prestar su participación es de 2 horas.
 - Los datos obtenidos tendrán carácter confidencial, asegurándose el anonimato.
 - Estos datos serán codificados con un número asignado a cada participante, y su correspondencia solo estará a disposición de la investigadora principal del proyecto a los efectos de poder establecer correlaciones, manteniéndose este aspecto de forma completamente confidencial.

- Los datos recogidos **no serán cedidos a terceros**. Los datos estarán a cargo de la investigadora principal para el posterior desarrollo de informes parciales y finales (de modo anonimizado en cuanto a participantes), así como para divulgación científica en revistas y publicaciones.
- Finalizado el proceso de investigación, las participantes podrán recibir un informe con los resultados globales (igualmente sin posibilidad alguna de identificar a las participantes).
- **Beneficios para las participantes**
 - Los beneficios (directos o indirectos) que recibirá a través de su participación, se traducen en los siguientes aspectos: No hay beneficios directos ni indirectos.
 - No se contempla ningún otro tipo de beneficios.
- **Contraprestaciones para las participantes**
 - Las contraprestaciones previstas para las participantes, son las siguientes: No hay.
 - Las participantes **no contarán con un seguro** vinculado a dicha participación.
 - En el caso de que el equipo investigador transformase los hallazgos de esta investigación en resultados de interés comercial, con la participación en la investigación la informante clave expresa su conformidad en la renuncia –como participante– a cualquier derecho de naturaleza económica, patrimonial o potestativa sobre los resultados o potenciales beneficios que puedan derivarse de manera directa o indirecta de las investigaciones que se lleven a cabo con la muestra cuya información cede para investigación.

RIESGOS E INCONVENIENTES PARA LA PARTICIPANTE

- No existen.

DERECHOS DE LAS PARTICIPANTES

- Las participantes tienen derecho a la plena revocación del consentimiento y sus efectos, incluida la posibilidad de la destrucción o de la anonimización de la muestra y de que tales efectos no se extenderán a los datos resultantes de las investigaciones que ya se hayan llevado a cabo.
- Para ejercer ese derecho de revocación del consentimiento, para atender cualquier efecto adverso derivado de la participación, para responder cualquier pregunta que las participantes deseen formular durante el proceso de investigación, o para resolver cualquier duda, los participantes deben contactar con MARIA ELENA DEL BAÑO ALEDO formulando su solicitud por correo electrónico (mbano@um.es). En un plazo no superior a 7 días recibirán su respuesta y –en su caso– la confirmación de revocación del consentimiento.
- Las participantes tienen derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento, sin que eso les afecte de ningún modo (personal, profesional o socialmente).
- En el caso de que los datos facilitados por las participantes de este estudio volviesen a ser utilizados en estudios posteriores (para el avance del conocimiento científico en este campo), no volvería a pedirse el consentimiento informado a tales participantes.
- Queda garantizada la confidencialidad de la información obtenida. A pesar de que este estudio no recogerá datos de carácter personal, todos los datos de las informantes clave que otorguen su consentimiento a participar de este estudio serán registrados y almacenados en un fichero con base a lo establecido por la legislación vigente en materia de protección de datos y en garantía de confidencialidad. Para ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición, las participantes podrán contactar en la dirección protecciondedatos@um.es (propiedad de la Universidad de Murcia).

Tras toda esta información, se le **solicita** que firme y entregue la hoja de **declaración de consentimiento informado** que se adjunta para poder validar su participación en este estudio. Muchísimas gracias por su valiosa contribución.

Fdo. Dña. _____
(firma de la investigadora/estudiante responsable)

10. ANEXO IV

