

Agradecementos

Á miña familia, fonte de inspiración, exemplo e abeiro. Ás miñas titoras, que me apoiaron e aconsellaron nesta andaina.

Ás bailadoras, polo seu legado.

1. ÍNDICE

1. ÍNDICE	3
2. ÍNDICE DE ANEXOS	5
3. ÍNDICE DE TÁBOAS.....	6
4. RESUMO ESTRUTURADO	7
5. SIGLAS E ACRÓNIMOS	9
6. ANTECEDENTES E ESTADO ACTUAL DO TEMA.....	10
6.1. Lagoas de coñecemento existentes:.....	14
6.2. Referencias bibliográficas máis importantes:.....	15
6.3. Busca bibliográfica.	15
7. APLICABILIDADE	16
8. HIPÓTESES.....	17
8.1. Hipóteses cuantitativas.....	17
8.2. Hipótese cualitativa	17
9. OBXECTIVOS	18
9.1. Obxectivo xeral:	18
9.2. Obxectivos específicos:.....	18
10. METODOLOXÍA.....	18
10.1. Deseño do estudo:	18
10.2. Poboación e tamaño da mostra:.....	19
10.3. Intervención de empoderamento para a saúde e danza tradicional.....	21
10.4. Metodoloxía cuantitativa.....	22
10.4.1. Análise estatística.	22
10.4.2. Instrumentos da avaliación cuantitativa.....	23
10.4.3. Limitacións do deseño e análise cuantitativa:	24
10.5. Metodoloxía cualitativa	25
10.5.1. Mostra.....	26
10.5.2. Técnica de recollida de datos.....	26
10.5.3. Estratexia de recollida de datos.....	27
10.5.4. Rexistro de datos	28
10.5.5. Análise dos datos	30
11. PLAN DE TRABAJO	31

12.	ASPECTOS ÉTICOS	32
13.	PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS	33
14.	FINANCIAMIENTO DA INVESTIGACIÓN.	34
15.	BIBLIOGRAFÍA	35
16.	ANEXOS	40

2. ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. BUSCA BIBLIOGRÁFICA.....	40
ANEXO 2. ENTREVISTA INICIAL	41
ANEXO 3. FICHA DE INTERVENCIÓN.....	42
ANEXO 4. NANDA, NOC, NIC.....	44
ANEXO 5. AMPLIANDO COÑECEMENTOS SOBRE A FM.....	45
ANEXO 6. VARIABLES DA ANÁLISE CUANTITATIVA.....	48
ANEXO 7. CADRO RESUMO DAS PROBAS APLICADAS MEDIANTE .	49
ANEXO 8. PEVP II.....	50
ANEXO 9. ICAF	57
ANEXO 10. ENTREVISTA EN PROFUNDIDADE	65
ANEXO 11. CAEIG	66
ANEXO 12. SOLICITUDE DE PERMISO Á XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL	67
ANEXO 13. FOLLA DE INFORMACIÓN AO PARTICIPANTE NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN.....	68
ANEXO 14. DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	76
ANEXO 15. DIARIO DE CAMPO	78
ANEXO 16. MODELO DE COMPROMISO DA INVESTIGADORA	79
ANEXO 17. ORZAMENTO DA INVESTIGACIÓN.....	80

3. ÍNDICE DE TÁBOAS

Táboa 1. Cronograma.....	31
Táboa 2. Revistas.....	33
Táboa 3. Financiamento.....	34

4. RESUMO ESTRUTURADO

Título: Empoderamento de pacientes con Fibromialxia a través dunha intervención enfermeira con danza tradicional

Resumo:

A Fibromialxia é unha síndrome crónica, de etiología descoñecida, de evolución complexa e variable, que provoca unha dor músculo – esquelética xeralizada cunha gran variedade de posibles síntomas acompañantes como alteracións do sono, depresión, fatiga e alteracións cognitivas que poden alterar a calidade de vida do paciente. Afecta ás esferas biolóxica, psicolóxica e social do paciente e é un problema importante de saúde pola súa prevalencia, morbilidadade, alto índice de frecuentación sanitaria e o elevado consumo de recursos.

Neste estudo tratamos de comprobar, dende o enfoque da promoción da saúde e da teoría de Nola J.Pender, se unha intervención enfermeira baseada na danza tradicional pode mellorar o compromiso cun estilo de vida saudable en persoas con Fibromialxia.

Respecto da metodoloxía proxéctase unha investigación cunha abordaxe mixta. Desde a perspectiva cuantitativa, realizarase un estudo experimental dirixido a probar a eficacia dunha intervención enfermeira con danza tradicional na mellora de elementos como a autoeficacia e a autoestima que son favorecedores dun compromiso cun estilo de vida saudable, e desde a cualitativa analizarase se esta intervención permite mellorar o afrontamento destas persoas respecto da súa patoloxía.

Palabras chave: Fibromialxia, Estilo de vida, Danza, Empoderamento, Afrontamento, Autocoidado.

Title: Empowering Fibromyalgia patients through the use of folk dance as a nurse intervention.

Abstract:

Fibromyalgia is a chronic syndrome of unknown etiology with a complex and variable evolution that causes generalized musculoskeletal pain with a wide variety of possible accompanying symptoms such as sleep disturbances, depression, fatigue and cognitive alterations that can alter the patient's quality of life. It affects the biological, psychological and social spheres of the patient and is a major health problem due to its prevalence, morbidity, high disease rate and high consumption of resources.

In this study, we try to verify, from the health promotion approach and the theory of Nola J. Pender, if a nurse intervention based on traditional dance can improve the commitment to a healthy lifestyle in people with fibromyalgia.

Regarding the methodology, a research with a mixed approach is proposed. From a quantitative perspective, an experimental study will be addressed to test the effectiveness of a traditional dance nurse intervention in improving elements such as self-efficacy and self-esteem that are conducive to a commitment to a healthy lifestyle; and from the qualitative, it will be analyzed if this intervention allows improving the confrontation of these people regarding their pathology.

Keywords: Fibromyalgia, Life Style, Dancing, Empowerment, Coping, Self Care.

5. SIGLAS E ACRÓNIMOS

FM: Fibromialxia

NANDA: Nanda International

EPISER: Estudio de prevalencia das enfermidades reumáticas en España.

NIC: Clasificación Internacional de Intervencións de Enfermaría.

NOC: Clasificación Internacional de Resultados en Enfermaría.

PEVP II : Perfil de Estilo de Vida Promotor da Saúde II.

ICAF: Índice Combinado de Afectación da Fibromialxia.

CAEIG: Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia.

RR: cálculo do risco relativo.

RRR: a redución do risco relativo.

RAR: a redución absoluta do risco.

NNT: número de pacientes necesarios a tratar.

6. ANTECEDENTES E ESTADO ACTUAL DO TEMA

A fibromialxia como obxecto de estudo

A Fibromialxia (FM) é unha síndrome que se caracteriza por dor crónica, difusa, centralizada e multifocal á que se asocian outros síntomas tales como fatiga, sono non reparador, alteracións cognitivas e do estado de ánimo e afecta principalmente ás mulleres. A súa etiología é descoñecida, aínda que existe evidencia de estar relacionada con cambios neurofisiolóxicos. Na actualidade o diagnóstico como a abordaxe da FM son basicamente clínicos.¹

A prevalencia mundial da FM na poboación xeral é dun 2.7%, sendo máis frecuente en mulleres que en homes, de un 4,1% a un 1.4 % respectivamente. En España, estimouse que un 2.4% da poboación maior de 20 anos padece Fibromialxia, cunha prevalencia entre os homes dun 0,2% fronte a un 4.2% en mulleres.²

Entre os factores modificables da FM destacan a alteración do sono, a obesidade, a inactividade física e a insatisfacción laboral e vital. O tratamento destes problemas faise basicamente tentando diminuír a dor e a fatiga, mellorar o sono e os niveis de actividade, promover a adaptación e a calidade de vida das e dos pacientes, manter a súa funcionalidade e incrementar a capacidade de afrontar a enfermidade e mellorar o seu benestar psicolóxico.³

No ano 2011 púxose de manifesto que a educación tiña que ser un compoñente esencial e prioritario do tratamento da FM, recomendándose unha abordaxe baseada nunha combinación de exercicio físico, estratexias de intervención cognitivo-condutual e fármacos, unha recomendación que acadou o grado A na categorización do grado de calidade da evidencia científica dispoñible.⁴

No ano 2012, Camerini et al⁵ concluíron que as intervencións de saúde dirixidas a pacientes crónicos debían concentrarse simultaneamente na educación e no empoderamento, en lugar de favorecer un só de estes construtos individuais.

O estudo de Woodall et al.⁶ cuestionou a eficacia do empoderamento e os resultados revelaron que estas intervencións melloraban a autoeficacia e a autoestima, aumentaban o sentido de control o coñecemento e a conciencia, producían un cambio de comportamento e un maior sentido de comunidade, e favorecían deste xeito a constitución de redes sociais ampliadas e un maior apoio social. Esta mellora do benestar emocional e mental xa foi sinalada no pasado por Antonowsky, no seu modelo de atención sanitaria salutoxénico, como un predictor de calidade de vida en diferentes poboacións.⁷ Todo isto leva á soste a tese de que unha intervención de empoderamento de pacientes con fibromialxia é precisa.

Antonowsky tamén indicou que un forte sentido da coherencia en individuos e poboacións está relacionado co benestar mental e a calidade de vida.⁷ Considérase que o uso terapéutico dun recurso da comunidade como a danza tradicional pode ter como resultado un incremento do sentido da coherencia do colectivo de mulleres a tratar e, por extensión, da comunidade coa que habita, resultando nunha mellora, tal e como se indicou do benestar mental e da calidade de vida.

A danza como obxecto de intervención para o empoderamento

Se ben a danza en si mesma pode ter outras finalidades artísticas ou lúdicas, a danza coma o movemento permiten ademais a expresión de sentimentos e emocións profundas, o desenvolvemento da creatividade, fomentan a relación cos demais, e promoven o autocoñecemento e a capacidade de expresión,⁸ aspectos esenciais nunha experiencia de empoderamento persoal.

Ademais a danza, contribúe tamén ao desenvolvemento físico da persoa e a unha mellora da súa condición física, ao estimular a realización de tarefas motrices específicas, a liberación de tensións, canalizando o estrés e axudando no desenvolvemento da capacidade creativa.⁹

Por estas razóns avaliamos que existen argumentos de peso para considerar que é posible mellorar a calidade de vida das persoas con FM a través dunha intervención de empoderamento baseada no uso da danza. Se a isto lle engadimos que as persoas con enfermidades que cursan con dor ou rexeitamento ao aspecto do corpo manifestan as máis das veces unha escisión entre a identidade corporal e a persoal, ao converterse o corpo -que doe, ou que non funciona optimamente- na causa de todas esas repercusións que afectan negativamente á súa calidade de vida, non podemos senón decantarnos por unha intervención que teña a capacidade de facer que a persoa tome conciencia do seu corpo e poida reverter a consideración do mesmo, pasando a velo como un instrumento ao servizo da mellora do seu benestar persoal e non só no seu detrimento.¹⁰ Por esta razón consideramos que a danza é o elemento de elección na abordaxe da persoa con FM.

Pero máis aló de consideracións persoais, a danza foi obxecto de estudo como elemento terapéutico en diversas investigacións. No ano 1990, Thoren et al.¹¹ sostiveron nos resultados do seu estudo, a tese de que o exercicio rítmico, coma o realizado cando se baila, mellora o benestar persoal debido á activación dos sistemas de opioides centrais ao provocar un incremento da descarga de fibras nerviosas aferentes mecánicas derivadas da contracción muscular.

Kaltsatou et al.¹² no 2013, realizaron un ensaio controlado aleatorizado, no que compararon os resultados dunha investigación en pacientes con problemas cardíacos. Nun grupo fixeron unha intervención baseada no

baile tradicional grego. Nun segundo grupo levouse a cabo un adestramento físico clásico. Nun terceiro grupo, non houbo intervención. Puido observarse unha mellora funcional así como maior motivación no primeiro grupo.

Nun ensaio aleatorizado realizado por Kaholokula et al.¹³ en 2017, sobre un programa de danza tradicional na mellora e manexo da hipertensión, observouse unha mellora significativa na adherencia á actividade en enfermos con problemas cardíacos, destacándose a maiores do efecto terapéutico o feito de ser unha intervención culturalmente congruente.

Burzynska et al.¹⁴ nun estudo realizado tamén este mesmo ano, para estudar o efecto da danza en persoas maiores, probaron que a actividade afectou a bioquímica do tecido cerebral no fórnix -a parte relacionada coa velocidade de procesamento e coa memoria- podendo apreciarse incrementos no grosor e cantidade de conexións desta zona.

Todas estas achegas fan que nos reiteremos na utilidade dunha intervención enfermeira baseada no uso da danza tradicional como elemento vertebrador dunha intervención de empoderamento persoal para persoas con FM.

Marco teórico. A teoría da promoción da saúde.

Coa finalidade de dar forma a esta intervención no marco do traballo enfermeiro e do proceso de atención de enfermería, sen perder de vista a perspectiva salutoxénica, isto é, creadora de saúde, dende a que xorde esta intervención, optamos pola realización de este estudo ao abeiro da teoría de promoción da saúde de Nola Pender¹⁵, unha teoría enfermeira na que a meta dos cuidados é facilitar o compromiso das persoas coas condutas promotoras da saúde nas dimensións de alimentación, actividade física, relacións interpersoais, responsabilidade coa saúde,

xestión do estrés e crecemento persoal; un conxunto de condutas que constitúen o que Pender denomina un estilo de vida promotor da saúde¹³. Consideramos que dende esta perspectiva poderemos abordar a resolución do afrontamento ineficaz, do trastorno da imaxe corporal e do trastorno da identidade persoal que sofren a meirande parte das persoas con FM ao tratarse de respostas humanas etiquetadas e recollidas na taxonomía NANDA¹⁶ como diagnósticos enfermeiros, sobre as que podemos intervir profesionalmente mellorando o compromiso cun estilo de vida promotor da saúde.

Apreciamos así mesmo que a experiencia de empoderamento persoal será decisiva para abordar a resolución destas entidades, dado que se probou empiricamente que a autoestima e a autoeficacia son os principais preditores dun estilo de vida promotor da saúde.¹⁵

Dado que a autoeficacia é o elemento central no modelo de Pender, o eixo sobre o que pivota o compromiso das persoas co estilo de vida promotor da saúde, é razoable esperar que unha experiencia de empoderamento¹⁷ persoal determine o éxito da intervención enfermeira.

6.1. Lagoas de coñecemento existentes:

Descoñécese a etioloxía da FM, así como gran parte da súa fisiopatoloxía mais, dada a revisión da bibliografía realizada, comprobouse que a investigación nos últimos anos é cuantiosa. Espérase que o incremento do coñecemento ao respecto, axude a superar o estigma que afecta en moitas ocasións á atención das persoas con FM.

Non están suficientemente estudados todos os beneficios do baile na saúde das persoas, mais, dadas as evidencias de que se dispón, crese

que non está suficientemente explorado e aproveitado o seu uso terapéutico.

6.2. Referencias bibliográficas máis importantes:

- *Burzynska AZ, et al White Matter Integrity Declined Over 6-Months, but Dance Intervention Improved Integrity of the Fornix of Older Adults. Front Aging Neurosci 2017 Mar 16;9:59. [acceso o 16 de abril de 2017]; Disponible en: <http://journalfrontiersin.org/article/10.3389/fnagi.2017.00059/full>*
- *Moreno-Fergusson ME, et al. Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: significado de los cambios. av enferm 2012; vol. XXX(N.º1):82-94. [acceso o 16 de marzo de 2017] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a09.pdf>*
- *Montero EM, Roth P, et al Síndrome de Fibromialgia [Internet] 2016; [acceso o 3 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/fibromialgia/>.*
- *Hernán M.; Morgan A.; Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Monografía en Internet] Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [acceso o 8 de maio de 2017]; nº 51:181; Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>*

6.3. Busca bibliográfica.

Realizouse unha busca bibliográfica nas principais bases de datos, catálogos e buscadores: Pubmed, Cochrane Library Plus, CUIDEN, Dialnet, CiberIndex. Os descritores utilizados, así como a estratexia de busca principal recolleuse nunha táboa que se pode consultar nos anexos, de maneira que permite que a busca sexa reproducible. (anexo 1)

Atopouse información a través dos autores de artigos obtidos nesta primeira busca en Pubmed, así como a través de referencias encontradas

na bibliografía de ditos artigos de revisións sistemáticas, ou ben, ensaios clínicos aleatorizados.

7. APLICABILIDADE

Realizar unha intervención de empoderamento nas mulleres afectadas de FM pode supoñer unha mellora para a calidade de vida destas persoas así como un aforro de recursos, tanto económicos como sociais.

Crese que dita intervención pode contribuír á superación da falta de implantación das recomendacións recollidas polas revisións publicadas, ademais de consolidar e ampliar o papel da enfermaría¹⁹ no tratamento desta enfermidade.

Utilizar “activos de saúde” da comunidade, tales como a danza tradicional galega, que supón un exercicio físico facilmente adaptable a estas pacientes, suporá unha oportunidade para favorecer o incremento do “sentido da coherencia” individual así como comunitaria. Ademais o feito de que sexa unha actividade ofertada na comarca por parte de varias asociacións e a un custo accesible, permite que o hábito adquirido durante a intervención poda continuar na práctica habitual.

Propor esta actuación na atención primaria de saúde así como o feito de que se conciba dende a óptica do empoderamento sitúa a actuación enfermeira nun ámbito de proximidade dende o que resulta máis efectiva a adquisición de coñecementos e habilidades de autocoidado por parte destas pacientes, resultando un incremento da autoeficacia, o que mellora, segundo a bibliografía consultada, a súa vivencia da enfermidade.

Terase presente que as mulleres cunha doenza maioritariamente feminina son dobremente vulnerables²⁰, co que unha sanidade que procure a equidade deberá promover iniciativas que palíen os efectos derivados

desta discriminación. Este proxecto, cun enfoque transversal de xénero contribúe ao obxectivo da equidade en saúde.

8. HIPÓTESES

8.1. Hipóteses cuantitativas

Hipótese 0: a intervención proposta non consegue aumentar de maneira significativa o compromiso cun estilo de vida promotor da saúde nin diminuír de significativamente a afectación da saúde.

Hipótese 1: a intervención proposta consegue aumentar de maneira significativa o compromiso cun estilo de vida promotor da saúde e diminuír significativamente a afectación da saúde.

8.2. Hipótese cualitativa

En metodoloxía cualitativa a hipótese varía segundo o tipo de corrente ou teoría utilizada. Dado que neste proxecto se vai utilizar o interaccionismo simbólico é posible formular unha hipótese do seguinte xeito.²¹

Hipótese: as intervencións enfermeiras encadradas no ámbito cultural das pacientes con FM favorecerán as súas estratexias de afrontamento.

9. OBXECTIVOS

9.1. Obxectivo xeral:

Deseñar e avaliar a eficacia dunha intervención de empoderamento en mulleres con FM por medio da danza tradicional no concello de Ferrol.

9.2. Obxectivos específicos:

1. Identificar o grao de compromiso co estilo de vida promotor da saúde, ao inicio e ao final do estudo.
2. Coñecer o grao de afectación da enfermidade ao inicio e ao final do estudo.
3. Comprobar se a intervención modifica de maneira significativa o compromiso co estilo de vida promotor da saúde e o grao de afectación da enfermidade.
4. Demostrar se a intervención pode modificar significados da corporeidade e identidade nas mulleres do estudo.

10. METODOLOXÍA

10.1. Deseño do estudo:

Este proxecto realizouse de acordo ás recomendacións de esixencia e calidade para a realización de ensaios clínicos recollidas na guía Consort do ano 2010.

O tipo de deseño seleccionado é un deseño mixto. Na parte cuantitativa optárase por un estudo experimental con deseño de ensaio clínico aleatorizado. Mediante esta proposta indagarase se a intervención de empoderamento con danza tradicional incrementa o compromiso cun

estilo de vida promotor da saúde, así como, se esta diminúe a afectación da FM nos suxeitos a estudo.

Mediante técnicas cualitativas explorárase o afrontamento, indagando se a intervención mellora as estratexias empregadas por estas mulleres.

10.2. Poboación e tamaño da mostra:

O ámbito de estudo será o Concello de Ferrol. Segundo os datos proporcionados polo estudo EPISER² do ano 2000 sobre prevalencia das enfermidades reumáticas na poboación española, a FM atópase nun 2,4% e nunha distribución por sexos 1,5-3,2; é dicir atoparase 3 mulleres por cada home coa doenza. Dado que o grupo de enfermos é máis frecuente entre os 30 e os 55 anos decídese seleccionar ás mulleres do concello de entre 20 e 64 anos: 22106 persoas segundo datos do Instituto Galego de Estatística²⁵ do ano 2011.

Tendo en conta a prevalencia de FM, cabe esperar que a cifra aproximada de mulleres que se atoparán no concello con esa doenza será 530.

En relación ao tamaño da mostra establécese unha seguridade dun 95% e un poder estatístico dun 80% cun test bilateral. Ante a ausencia de datos sobre a porcentaxe de mellora, establécese que o resultado no grupo control será dun 50% e no grupo intervención dun 80%. Desta forma, o tamaño da mostra será $n = 45$ mulleres en cada grupo, axustada a unha proporción esperada de perdas do 15%.

Selección das participantes

Os criterios de inclusión para este estudo son:

- mulleres de entre 20 e 64 anos,
- residentes en Ferrolterra,
- diagnosticadas de Fibromialxia dende, como mínimo, un ano previo ao comezo deste estudo,
- con capacidade de expresión oral.

Os criterios de exclusión:

- con outras patoloxías engadidas con capacidade psíquica, física ou funcional gravemente alterada,
- con enfermidades cardiovasculares ou pulmonares de baixa capacidade aeróbica,
- con enfermidades psiquiátricas incontroladas,
- que estean incluídas nese momento en calquera outro ensaio clínico,
- consumidoras dalgún tipo de droga.

As mulleres serán contactadas nos seus centros de Atención Primaria a través dos profesionais da saúde que as atenden de maneira habitual. Ás pacientes que cumpran cos criterios de inclusión, que non cumpran cos de exclusión e que teñan lido e asinado o consentimento informado do estudo, serán asignadas de forma aleatoria a un dos grupos: grupo control ou grupo intervención.

Aleatorización

O esquema de asignación será simple en proporción 1:1, realizado mediante un programa informático (Epidat 4.1) que xerará aleatoriamente cada un dos grupos, intervención e control.

Unha vez incluídas na investigación, as participantes serán avaliadas mediante as seguintes ferramentas:

Avaliación

Segundo ao que corresponde ao deseño cuantitativo, deberán cubrir dous cuestionarios inmediatamente antes e despois do período da intervención, que serán autoadministrados previa explicación dos elementos máis relevantes por parte dos profesionais que as contacten, e coa posibilidade de realizar calquera tipo de pregunta ao respecto, ás persoas que estean a realizar a investigación. Estes cuestionarios son: O Perfil de Estilo de

Vida Promotor da Saúde II (PEVP II)²⁶ e o Índice Combinado de Afectación da FM (ICAF)²⁷.

En relación ao deseño cualitativo do estudo, realizaranse entrevistas en profundidade, ao igual que no deseño cuantitativo, de maneira inmediatamente previa e posterior á intervención, mais, neste caso, só se realizarán ás mulleres do grupo intervención.

Garantirase a confidencialidade da información persoal obtida coas ferramentas de avaliación asignando a cada participante un código (cores e asteriscos) que non permita identificar ás persoas informantes.

10.3. Intervención de empoderamento para a saúde e danza tradicional

O formato das intervencións atópase no seguinte anexo (anexo 3). Combinan o empoderamento para a saúde coa práctica da danza.²⁸

Levaranse a cabo mediante 16 sesións dunha hora de duración durante 8 semanas, co propósito de potenciar a autoeficacia, a autoestima e o coñecemento da propia enfermidade, así como unha mellora nas estratexias de afrontamento da muller con FM, para lograr as condutas promotoras da saúde.

Ditas sesións terán como base a revisión da literatura científica, a Clasificación Internacional de Intervencións e Resultados en Enfermaría (NIC, NOC)¹⁹ (anexo 4) e o proposto no Modelo de Promoción da Saúde de Nola J. Pender¹⁷.

As sesións abordaranse en formato grupal para propiciar a participación activa e o compromiso persoal para levar a cabo o plan de acción, facendo énfase nos beneficios do cambio de conduta.

As intervencións referidas á adquisición de coñecementos sobre a súa enfermidade levaranse a cabo nos primeiros 15 minutos de cada sesión. A súa estrutura e temáticas indícanse no anexo 5.

Dado que neste tipo de intervencións é recomendable non superar as 10 participantes, compre realizar no grupo intervención: 3 grupos de 10 mulleres e outros 2 grupos, un de 8 e outro de 7 mulleres, resultando un total de 5 grupos que serán tratados como un só, a efectos da análise de datos. Inclúranse na análise, aquelas pacientes do grupo intervención que teñan acudido a un mínimo de 12 sesións das 16 establecidas.

10.4. Metodoloxía cuantitativa

10.4.1. Análise estatística.

En primeiro lugar os resultados presentaranse trala aplicación dos test de valoración en dous momentos diferenciados, un inmediatamente antes da intervención e o segundo con posterioridade á mesma.

Os datos obtidos nas probas presentaranse mediante táboas. Nestas amosarase a estatística descritiva dos grupos e os resultados da avaliación basal e final. Exprésaranse as variables cuantitativas como media (\bar{X}) e desviación típica (S) e as variables cualitativas como frecuencia e porcentaxe, xunto ao seu intervalo de confianza ao 95%.

Estudarase a asociación entre variables co “test chi cadrado” (χ^2). Realizarase a comparación de medias trala comprobación da normalidade co test “t de student” ou o “u de Mann-Whitney”, segundo proceda.

Para comparar os resultados dos cuestionarios PEVP II e ICAF antes e despois da intervención utilizarase o test “t de student” ou a proba de rangos con signo de Wilcoxon. Para estudar a correlación entre variables cuantitativas utilizarase o coeficiente de correlación de Pearson ou Spearman, segundo proceda. Realizarase análise multivariante mediante regresión lineal múltiple ou regresión lóxística segundo a resposta considerada, para axustar a eficacia da intervención segundo factores de

confusión, así como para determinar que outras variables están asociadas cos resultados.

Ademais, estudarase a relevancia clínica da intervención mediante o cálculo do risco relativo (RR), a redución do risco relativo (RRR), a redución absoluta do risco (RAR) e o número de pacientes necesarios a tratar (NNT), en todos os casos cun intervalo de confianza ao 95%.

As análises realizaranse usando o paquete estatístico SPSS v.20.0.

10.4.2. Instrumentos da avaliación cuantitativa

A continuación descríbense os instrumentos utilizados para a avaliación cuantitativa, dos cales atopamos unha táboa resumo (anexo 7).

Trátase de dous cuestionarios, o PEVP II (anexo 8) e o ICAF (anexo 9).

Mediante o PEVP II²⁶ obsérvase o compromiso coas condutas promotoras da saúde en seis dimensións da vida: responsabilidade en saúde, nutrición, actividade física, xestión do estrés, crecemento persoal e relacións interpersoais.

Este cuestionario foi deseñado por Nola J. Pender no ano 1996 e validouse en lingua española por Susan N. Walker et al no ano 1990. O instrumento consta de 52 ítems tipo Lickert con catro alternativas: nunca, algunhas veces, frecuentemente e sempre, cuns valores de 1, 2, 3 e 4 puntos respectivamente.

Os resultados obtidos serán de tipo global ou en cada unha das dimensións mencionadas anteriormente. Serán froito da suma das preguntas, cada unha das cales está relacionada con unha das dimensións, obtendo entre 8 e 9 preguntas por dimensión ou ben da media dos resultados.

Na poboación xeral, segundo a bibliografía²⁶, considérase que neste test, un resultado indicativo dun estilo de vida promotor da saúde obtense a partir dos 140 puntos.

Neste caso, e dadas as características do colectivo a estudar, crese que 120 puntos é unha cifra adecuada a partir da cal se pode considerar que o estilo de vida é promotor da saúde.

No ano 2010 desenvolveuse por Vallejo et al o Índice Combinado de Afectación da Fibromialxia (ICAF)²⁷, un instrumento que avalía diversos aspectos da FM e ofrece cinco índices: afectivo, físico, afrontamento activo, afrontamento pasivo e total

O ICAF é un “instrumento válido, fiable e sensible ao cambio, coa vantaxe engadida de que ofrece algúns dominios adicionais (factores) que proporcionan información moi valiosa sobre os aspectos máis delicados do paciente, os cales deben ser tratados no momento do tratamento na práctica clínica diaria”³⁰.

O ICAF xurde co ánimo de obter un conxunto de datos básicos para avaliar aos pacientes con FM en ensaios clínicos e resulta de sintetizar ata 9 ferramentas utilizadas neste grupo de afectados.

O tempo medio que se necesita para cubrir o ICAF é de 15 minutos.

Este cuestionario ten tres puntos de corte: ausencia de FM <34, suave 34-41, moderada 41-50 e severa >50.

Terase en conta a resposta das participantes nos ítems 30-33 do test ICAF nos que se informa de ideas suicidas. Nos casos de presentar este resultado contactarase coa paciente por teléfono e se lle alentará para asistir a unha cita médica.

10.4.3. Limitacións do deseño e análise cuantitativa:

En calquera fase do presente estudo, pódense producir erros sistemáticos que xeren unha diminución da validez interna do mesmo. A fin de evitalos,

estableceranse medidas para evitar a súa aparición. Sinalamos como nesgos principais.³¹

- Nesgo ou biés de selección: este erro é debido a que os grupos non son comparábeis por como foron escollidos os suxeitos a estudo. Minimízase cun tamaño de mostra adecuado, incrementando deste xeito a precisión do estudo e diminuíndo o erro debido ao azar, realizando un protocolo estrito de captación de pacientes e considerando os criterios de inclusión e exclusión.
- Nesgo ou biés de información: erro debido a que os grupos non son comparábeis polo modo en que foron obtidos os datos. Para contrarrestalo utilizaranse procedementos estandarizados, cuestionarios validados e folla de recollida de datos. Prestarase atención ante unha posible perda do tamaño da mostra.
- Nesgo ou biés de confusión: erro debido a unha mestura de efectos debidos a unha terceira variable. Para evitalo inclúense todas as variables que podan ter interese e analízanse mediante técnicas de regresión múltiple.

10.5. Metodoloxía cualitativa

O “xénero” como construción social parece determinar unha “capacidade de afrontamento” diferencial en homes e mulleres.³⁰ Neste estudo búscase desentrañar o simbólico da construción identitaria das mulleres con FM, como enfermas crónicas nun corpo doente que non se fai evidente a ollos dos que as rodean.

Considérase de interese coñecer como viven a enfermidade e como isto puidera xerar modificacións na súa identidade persoal e social. Un resultado posible é a escisión entre corpo, conciencia e acción, escisión que podería derivar dun mecanismo de afrontamento pasivo, en concreto de tipo evitativo. Estes mecanismos, aínda que poden resultar efectivos

nun primeiro momento, a medio e longo prazo acostuman a asociarse con maior dor e peor funcionamento físico.³²

De comprobarse a existencia inicial de dita escisión, observarase se é superada nunha medida razoable mediante a intervención de empoderamento proxectada. Isto tratará de ser evidenciado por medio dun cambio nas estratexias de afrontamento.

Interaccionismo simbólico

O enfoque escollido para esta parte do estudo é o do interaccionismo simbólico, que basea a comprensión da sociedade na comunicación. A interacción lévase a cabo mediante o intercambio de actos simbólicos. Ese manexo dos símbolos é o que a dota de significado. Por iso para Blumer,³³ para entender á persoa o importante non é a conduta senón o significado que esta ten. Así, dende esta óptica, todas as organizacións, culturas e grupos están integrados por actores, envoltos nun proceso permanente de significación e interpretación do mundo que lles rodea.

Unha das características fundamentais do interaccionismo simbólico é que o centro da súa análise está no estudo do mundo social visible, tal e como o fan e comprenden os actores sociais. Apártase así, das teorías que presupoñen a existencia de significados sociais ocultos tras o mundo fenoménico das aparencias, tal e como propón a fenomenoloxía, outra corrente de pensamento relevante na investigación cualitativa³⁴.

10.5.1. Mostra.

Nesta parte do estudo incluíranse, de inicio, 20 mulleres das 45 pertencentes ao grupo intervención do deseño cuantitativo. Pénsase que con este número se podería chegar á saturación dos datos, mais o tamaño da mostra determinarase conforme se vaian realizando as entrevistas e deixen de emerxer novos datos.

10.5.2. Técnica de recollida de datos.

Escolleuse a técnica da *entrevista semi- estruturada* para a recollida de datos. Realizaranse entrevistas en profundidade dado que, como indica

Pedraz,²⁴ “son as axeitadas para comprender e analizar a experiencia humana subxectiva e íntima”. Nelas, utilizaranse preguntas abertas suxeridas pola revisión da literatura sobre os temas do afrontamento, da identidade e corporeidade, na busca da comprobación da nosa hipótese de partida. (Anexo 10)

10.5.3. Estratexia de recollida de datos

Realizaranse dúas entrevistas a cada muller, inmediatamente antes e inmediatamente despois da realización da intervención.

Solicitado o permiso ao CAEIG (Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia) (anexo 11), contactárase coa persoa directiva da Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol, co fin de obter a aprobación para a obtención do estudo (anexo 12).

Unha vez obtida e aprobado o mesmo polo CAEIG, contactárase cos Coordinadores dos Centros de Atención Primaria do concello.

Presentaráselles a investigación e pedirase a súa colaboración, que consistirá na captación de pacientes para este estudo así como a administración e asesoramento na realización dos cuestionarios, como indicamos en apartados anteriores.

Unha vez conseguida a colaboración das 90 persoas necesarias e da súa aleatorización nos grupos sinalados anteriormente, procederanse a realizar as entrevistas, que seguirán o seguinte esquema:

presentación da investigadora e benvida á persoa participante. Entrega dunha folla informativa sobre o estudo (anexo 13). A continuación, aclararanse as dúbidas e solicitarase a súa colaboración. No caso de aceptar, farase entrega do consentimento informado que deberá asinar (anexo 14).

Establecerase como tempo previsto de entrevista uns 45 minutos, mais procurarase non exceder os 60 minutos, para evitar a fatiga das entrevistadas e condicionar as respostas.

As entrevistas serán individuais para recoller a visión subxectiva e persoal da entrevistada e realizaranse nun espazo habilitado para tal efecto, tranquilo e pechado, onde se poda levar a cabo a conversa sen interferencias. Se a entrevistada o permite, as entrevistas serán gravadas para a súa posterior transcripción e análise.

Utilizarase o diario de campo para anotar as impresións, interpretacións e outra información relevante. Para finalizar agradecerase a participación e procederase á despedida.

A entrevista comezará coa seguinte pregunta: **“Como afecta a FM á súa vida?”**.

10.5.4. Rexistro de datos

As ferramentas precisas para esta parte do estudo son as seguintes:

Guía de campo: consiste na lista de variables a estudar.

Variables a estudar

Variables a estudar mediante a entrevista:

- Estratexias de afrontamento

Definición: O afrontamento constitúe un dos procesos máis estudados en dor crónica e en FM. As estratexias son as condutas (manifestas ou non) que empregan as persoas para facer fronte a situacións estresantes. As estratexias “activas”, de aproximación ao problema, desviando a atención da dor, mantendo a actividade, soen presentar efectos positivos. As que implican esforzos pasivos e/ou evitativos do problema –estratexias “pasivas”-, como repouso ou pensamento evitativo, mostran efectos negativos.

Seguindo a Taylor³⁵ a eficacia do afrontamento tería que ver con buscarlle un sentido á experiencia, coa capacidade de ter un mellor manexo do evento e sobre a propia vida en xeral e coa posibilidade de manter ou aumentar a autoestima.

- Corporeidade:

Segundo a Le Breton³⁶, considérase que o corpo é unha estrutura simbólica, unha realidade variable dunha sociedade a outra. Sepárase así do que sería “o corpo” para Durkheim como o reducible ao biolóxico. No corpo humano, coa súa corporeidade, interactúan moitos factores, o físico, o emocional, o espiritual, etc.

Grazas ao corpo o ser humano existe e a través do corpo maniféstase no aspecto relacional

Cando o corpo enferma, fala, reacciona. Nestes casos, diferentes profesionais van a proporcionar atención ao corpo humano pero non á corporeidade porque esta é o coñecemento que ten o ser humano de si mesmo no particular e internamente da integración de todos aqueles factores que o identifican como único e exclusivo diante dos demais.

- Identidade:

Definición: Segundo a Brewer³⁷, entenderemos a identidade en tres dimensións:

- en relación ao autoconcepto, como a identidade de xénero, étnica ou cultural
- a derivada das relacións interpersoais entre roles.
- a que se deriva da pertenza a un grupo.

Tamén se atenderá aos elementos enunciados por Nola J.Pender¹⁷ dende o modelo de promoción da saúde, prestando especial atención aos seguintes conceptos: Influencias interpersoais, percepción da autoeficacia, percepción dos beneficios percibidos das accións de autocoidado, percepción de barreiras para as accións de autocoidado, afectos relacionados co comportamento, influencias situacionais.

O Caderno de Campo: Consistirá nun caderno de papel no que se procederá a anotar os comentarios das informantes, unha vez finalizada a entrevista ou durante a mesma se isto fose necesario.

O *Diario de Campo*: É un rexistro secundario (en soporte informático) onde se incorporará a información recollida previamente no caderno de Campo (anexo 15).

10.5.5. Análise dos datos

O seu obxectivo é facelos intelixibles, de maneira que aporten comprensión acerca da cuestión investigada. Tentarase ademais, darlles encaixe no marco teórico mencionado anteriormente.

Pensar os datos, traballalos e interpretalos, é, tal e como indica Pedraz²⁴ o que se debe realizar nesta fase de análise.

Isto pode traducirse dunha maneira máis técnica como:

- Preanálise e deseño.
- Extracción de categorías de análise: asignación de etiquetas e ordenación das mesmas e por último
- Reconstrución dos datos mediante a interpretación do fenómeno estudado e a redacción do informe.

Criterios de calidade

Criterios de calidade na investigación cualitativa:

- Adecuación epistemolóxica: Segundo Pedraz²⁴, debe existir correspondencia entre as cuestións e facetas do fenómeno a estudar, o enfoque e o deseño proposto para exploralo, así como dos presupostos teóricos de partida.
- Relevancia: Nun estudo sobre persoas debe estar xustificada a realización do estudo en canto a custo- beneficio.
- Credibilidade: Refírese á validez interna ou intrínseca, ou ao grao no que os resultados reflicten a realidade. Requiren óptima claridade e orde.
- Transferibilidade: Equivale á xeralización dos resultados, á aplicabilidade.

11. PLAN DE TRABAJO

MES ACT	Xul	Ag	S	O	N	D	X	F	M	A	Mai	X	Xul
Rev. Bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Solicitud ao CAEIG	■	■	■										
Contacto participantes				■									
Entrega e recollida de consentimentos preintervención				■									
Entrega e recollida de cuestionarios preintervención				■	■	■	■						
Realización de entrevistas				■	■	■	■	■					
Realización da intervención				■	■	■	■	■					
Transcripción de entrevistas				■	■	■	■	■	■				
Entrega e recollida de cuestionarios postintervención						■	■	■	■				
Análise de datos						■	■	■	■	■			
Elaboración do informe											■	■	
Difusión dos resultados													■

Táboa 1. Cronograma

Período de realización do estudo

O período de realización do presente estudo é do mes de xullo de 2017 ao seguinte mes de xullo de 2018 incluído, é dicir, un total de 13 meses.

12. ASPECTOS ÉTICOS

Para elaborar esta investigación e garantir a ética das súas actuacións, o anonimato dos participantes e o tratamento debido dos datos e resultados, teremos en conta determinados códigos e declaracións, tales como:

- A Declaración de Helsinki³⁸ (1964), que trata sobre os principios éticos que deben cumprir os investigadores.
- Informe Belmont (1974), que considera os principios e guías éticas para a protección dos suxeitos humanos na investigación.
- Convenio de Oviedo (1997)³⁹, para protexer os dereitos humanos e a dignidade do ser humano con respecto ás aplicacións da bioloxía e a medicina.
- Código deontolóxico da enfermaría española.

Ademais, respectarase sempre a lexislación española no ámbito da investigación:

Lei orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal⁴⁰; Lei 3/2001 reguladora do consentimento informado e da historia clínica nos pacientes; Lei 41/2002 básica reguladora da autonomía do paciente e obrigas; Lei 14/2011, de 1 de xuño, da Ciencia, a Tecnoloxía e a Innovación (sobre os dereitos e deberes do persoal investigador). Algúns aspectos que tratan son a voluntariedade de participación, o non causar danos físicos nin mentais, intimidade e confidencialidade dos participantes, obriga de informar sobre o estudo aos participantes e tamén, considerar os principios éticos de beneficencia, xustiza e respecto ás persoas.

Ademais de todo o anterior, cumpriremos cos seguintes documentos:

- Solicitud de permiso ao Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia (CAEIG)

- Compromiso do investigador principal (anexo 16)
- Solicitud á Xerencia de Xestión Integrada da Coruña para a realización dunha investigación.
- Folla informativa sobre a investigación.
- Consentimento informado aos participantes da investigación.

13. PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Unha vez finalizado o estudo, difundiranse os resultados a través de diversas vías: publicación en revistas e difusión dos resultados en Congresos.

As revistas nas que se intentará publicar serán:

Revistas internacionais	Factor de impacto
International Journal of Nursing Practice	0,980
International Journal of Nursing Studies	0,314
Pain Management Nursing	1,745
Revistas Nacionais	
Cultura de los cuidados	0,396
Index de Enfermería	1,711
Metas de Enfermería	0.212
Revista Rol de Enfermería	0.152

Táboa 2. Revistas

Intentarase expoñer nos seguintes congresos:

- Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología. Bilbao.
- Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Madrid.

14. FINANCIAMENTO DA INVESTIGACIÓN.

O orzamento da investigación atópase no anexo 17.

O lugar escollido para a realización das entrevistas será unha sala reservada a este fin nos centros de Atención Primaria de referencia das mulleres incluídas neste estudo. Para a realización da intervención de danza tradicional solicitarase a reserva dalgunha localización a disposición da veciñanza no concello de Ferrol. Terase en conta que deberá ser un local de tamaño e condicións apropiadas para a realización de actividade física de baixo impacto, ademais de contar cunha temperatura ambiente suficiente, como por exemplo un polideportivo.

Posibles fontes de financiamento:

Tras elaborar o orzamento da investigación, contactarase con organismos públicos ou privados que podan financiar a investigación.

Neste caso, os organismos son:

Nivel provincial	Nivel nacional
<ul style="list-style-type: none"> • Bolsas da Deputación provincial da Coruña dirixidas á investigación en ciencias da saúde. • Colexio Oficial de Enfermaría de A Coruña dirixidas á presentación de traballos científicos en xornadas e congresos a enfermeiros colexiados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Axudas á investigación Ignacio H. de Larramendi (MAPFRE): no ámbito da promoción da saúde.

Táboa 3. Financiamento

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Montero EM, Roth P, et al Síndrome de Fibromialgia [Internet] 2016; [acceso o 3 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/fibromialgia/>.
2. Web Sociedad Española de Reumatología. Estudio Episer 2000. [Internet] [acceso o 3 de marzo de 2015]; Disponible en: <http://www.ser.es/episer/>
3. Porro Novo Javier, Estévez Pereira Adonis, Rodríguez García Annia, Suárez Martín Ricardo, González Méndez Bianka. Guía para la rehabilitación de la fibromialgia. Rev Cuba Reumatol [revista en Internet] 2015; 17(Suppl 1): 1-1., [acceso o 14 de marzo de 2015]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000300012&lng=es.
4. Collado A, et al Fibromialgia. [Monografía en Internet] 2011:152. [acceso o 3 de marzo de 2015]; Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/fibromialgia.pdf>
5. Camerini L, Schulz PJ, Nakamoto K. Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: a cross-sectional evaluation. Patient Educ Couns [revista en Internet] 2012; Nov;89(2):337-344. [acceso o 3 de marzo de 2017]; Disponible en: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(12\)00333-3/references](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(12)00333-3/references)
6. Woodall J. et al Empowerment and Health & Well-being: Evidence Review. [Monografía en Internet] 2010;38. [acceso o 3 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://www.altogetherbetter.org.uk/SharedFiles/Download.aspx?pageid=4&mid=112&fileid=91>
7. Hernán M.; Morgan A.; Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Monografía en Internet] Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [acceso o 8 de maio de 2017];nº 51:181; Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
8. Padilla C, Hermoso Y. Siglo XXI: perspectivas de la Danza en la Escuela [Internet] Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Cádiz Tavira18 (2003), pp: 9-20. ISBN 0214-137X. Tavira 2003:9-20. [acceso o 19 de abril de 2017] ; Disponible en:

- <http://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/7742/31480925.pdf?sequence=1>
9. Fructuoso C, Gomez C. La danza como elemento educativo en el adolescente. Apunts [Revista en Internet]. 2001;66(4º trimestre):[acceso o 19 de abril de 2017] ; [31-37]. Disponible en: http://www.retos.org/numero_20/RETOS%2020%2033-36.pdf
 10. Moreno-Fergusson ME, et al Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: significado de los cambios. av enferm 2012; vol. XXX(N.º1). [acceso o 16 de marzo de 2017] [82-94]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a09.pdf>
 11. Thoren P, Floras JS, Hoffmann P, Seals DR. Endorphins and exercise: physiological mechanisms and clinical implications. Med Sci Sports Exerc 1990 Aug;22(4): [acceso o 3 de marzo de 2017]; [417-428]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2205777>
 12. Kaltsatou AC; et al Functional and psychosocial effects of either a traditional dancing or a formal exercising training program in patients with chronic heart failure: a comparative randomized controlled study. Clin Rehabil [revista en Internet] 2014; [acceso o 3 de marzo de 2017]; Feb;28(2): [128-138]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23864515>
 13. Kaholokula JK, Look M, Mabellos T, Zhang G, de Silva M, Yoshimura S, et al Cultural Dance Program Improves Hypertension Management for Native Hawaiians and Pacific Islanders: a Pilot Randomized Trial J Racial Ethn Health Disparities [revista en Internet] 2017 Feb;4(1):35-46. [acceso o 21 de marzo de 2017]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27294768>
 14. Burzynska AZ, et al White Matter Integrity Declined Over 6-Months, but Dance Intervention Improved Integrity of the Fornix of Older Adults. Front Aging Neurosci [revista en Internet] 2017; Mar 16;9:59. [acceso o 16 de abril de 2017]; Disponible en: <http://journalfrontiersin.org/article/10.3389/fnagi.2017.00059/full>
 15. Pender, N.J., Murdaugh, C., & Parsons, M.A. Health promotion in nursing practice, 6th edition. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, 2010.
 16. NNNconsult. 2017; [Internet]. [acceso o 15 de abril de 2017] Disponible en: www.nnnconsult.com
 17. Dailey DL, Frey Law LA, Vance CG, Rakel BA, Merriwether EN, Darghosian L, et al Perceived function and physical performance are associated with pain and fatigue in women with fibromyalgia. Arthritis Res Ther 2016 Mar 16;18:68-016-0954-9. [acceso o 17 de marzo de 2017]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26979999>

18. Chiauuzzi E, DasMahapatra P, Cochin E, Bunce M, Khoury R, Dave P. Factors in Patient Empowerment: A Survey of an Online Patient Research Network. *Patient* 2016 Dec;9(6):511-523. [acceso o 12 de abril de 2017] ; Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-016-0171-2>
19. Perez-Velasco M, Penacoba-Puente C. Self-efficacy and self management of healthy habits in fibromyalgia. *Enferm Clin* 2015 May-Jun;25(3):133-137. [acceso o 20 de marzo de 2017]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5110856>
20. Agost Felip MR, Martín Alfonso L. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*[revista en Internet] 2012;38(1):126-140. [acceso o 13 de maio de 2017]; Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_1_12/spu12112.htm
21. Pedraz Marcos A. Investigación cualitativa. Barcelona: Elsevier; 2014.
22. Instituto Galego de Estadística. 2017; [Internet] [acceso o 23 de marzo de 2017]; Disponible en: <https://www.ige.eu/igebdt/selector.jsp?COD=142&paxina=001&c=0201001001>.
23. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nurs Res* 1990 Sep-Oct;39(5):268-273. [acceso o 3 de marzo de 2017]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2399130>
24. Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J, Group ICAF. Development of a self-reporting tool to obtain a combined index of severity of fibromyalgia (ICAF). *Health Qual Life Outcomes* 2010 Jan 7;8:2-7525-8-2. [acceso o 3 de marzo de 2017]; Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-8-2>
25. Hauser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbacher M, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum* 2009 Feb 15;61(2):216-224. [acceso o 6 de abril de 2017]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19177530>
26. Cobos-Carbo A, Augustovski F. Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. *Medicina clínica* [revista en Internet]2011;137(5):213-215. [acceso o 12 de maio de 2017] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-declaracion-consort-2010-actualizacion-lista-S0025775310009899>

27. Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J, Rejas J, Group ICAF. A confirmatory study of the Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF*): factorial structure, reliability and sensitivity to change. *Health Qual Life Outcomes* 2011 Jun 7;9:39-7525-9-39. [acceso o 4 de marzo de 2017]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3127741/>
28. Pita S.; et al Metodología de la investigación [Internet] 2001; [acceso o 17 de abril de 2017] Disponible en: <http://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/>.
29. Pastor MA, Lledó A, et al Dolor y fibromialgia. Aportaciones desde la Psicología. En: Peñacoba C, editor. *Fibromialgia y promoción de la salud. Herramientas de intervención psicosocial 2012*, ed.: Dykinson; 2011. p. 76-122.
30. Blumer H. La posición metodológica del interaccionismo simbólico. Cap.1. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. 1982, Barcelona: Ed. Hora. p. 1-44.
31. Sandoval CA. Investigación cualitativa. [Monografía en Internet] Bogotá, Colombia: Icfes; 1996. Disponible en: <https://www.yukei.net/wp-content/uploads/2007/08/modulo2.pdf>
32. Taylor S. Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist* ,1983 nov.;38(11):1161-1173
33. Le Breton D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. 2002. Ed. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 1990.
34. Vera JA, Valenzuela JE. El concepto de identidad como recurso para el estudio de transiciones. *Psicología & Sociedade* [revista en Internet] 2012;24(2):272-282. [acceso o 10 de maio de 2017] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/03.pdf>
35. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial). [Internet] 2003; [acceso o 25 de maio de 2017]; Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp.
36. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Instrumento de Ratificación, de 23 de Julio de 1999. Boletín Oficial del Estado, nº 251, (20-10-1999).
37. Protección de Datos de Carácter Personal Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).
38. Andrés I, et al Reevaluar. La evaluación reflexiva en la escuela. 2007; Eumo - Octaedro; Barcelona; 2005.

39. Tubío O, Fontán D, Pérez R, Gándara A. Punto e volta. Unha volta polas músicas e os bailes de Galicia. 2017; [acceso o 24 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://puntoevolta.com/>.

16. ANEXOS

ANEXO 1. BUSCA BIBLIOGRÁFICA

PUBMED/ MEDLINE:

Descritores DeSC	Descritores MeSH
Fibromialgia	Fibromyalgia
Baile	Dancing
Calidad de vida	Quality of life
Terapia de ejercicio	Exercise therapy
Estilo de vida	Life style

- Fibromyalgia AND dancing: _2 resultados
 - Search (fibromyalgia[MeSH Terms]) AND dancing[MeSH Terms]
- Fibromyalgia OR dancing + meta-analysis: _114 resultados, seleccionados 37.
 - Search (fibromyalgia[MeSH Terms]) or dancing [MeSH Terms] Filters: Meta-Analysis; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Portuguese
- Fibromyalgia OR dancing + controlled clinical trial: _270 resultados, seleccionados 65.
 - Search (fibromyalgia[MeSH Terms]) or dancing [MeSH Terms] Filters: Controlled Clinical Trial; published in the last 5 years; Humans; English; Spanish; Portuguese
- Empowerment+fibromyalgia (busca libre) _45 resultados, destes escollemos 18.
 - Search ("power (psychology)"[MeSH Terms] OR ("power"[All Fields] AND "(psychology)"[All Fields]) OR "power (psychology)"[All Fields] OR "empowerment"[All Fields]) AND ("fibromyalgia"[MeSH Terms] OR "fibromyalgia"[All Fields])
- Mediante esta busca obtivéronse un total de 122 resultados. Destes resultados consideráronse relevantes 35. Outros 15 foron seleccionados por outras vías de busca.

ANEXO 2. ENTREVISTA INICIAL

NOME:

Idade:

Anos dende o diagnóstico:

Estado civil:

- Solteira
- Casada ou vive en parella
- Separada ou divorciada
- Viúva

Nº de fillos:

Nivel de estudos:

- Sen estudos
- Primaria
- Secundaria
- F.P.
- Universitarios
- Non sabe/non contesta

Situación laboral actual:

- Traballo por conta propia
- Traballo por conta allea
- No paro
- Incapacidade laboral permanente
- Traballo no fogar non remunerado
- Estudante
- Outros

Cre estar sometida na actualidade a unha situación de especial esixencia física ou psicolóxica?

Teléfono de contacto:

ANEXO 3. FICHA DE INTERVENCIÓN

FICHA DE INTERVENCIÓN	SESIÓN N °	DATA
TEMPO: 60 min	ACTIVIDADES	
15 min	<p>Primeira parte: <i>Recepción/ empoderamento para a saúde</i></p> <p>Obxectivo: As mulleres ampliarán os seus coñecementos sobre a saúde na FM Exposición e reflexión sobre temáticas de saúde de interese na FM</p>	
5 min	<p><i>Quecemento</i></p> <p>Obxectivo: As mulleres realizarán actividades para desentumecer os músculos. Actividades: 1. Realización de actividades de mobilidade articular de tronco e extremidades.</p>	
20 min	<p><i>Parte principal</i></p> <p>Obxectivo: Aprenderán unha coreografía, de forma que se favorece tanto a capacidade funcional como a concentración e memoria ademais do manexo da enerxía. Os bailes teñen una duración aproximada de 3 minutos o que permite realizar pequenos descansos entre cada execución.</p>	
5 min	<p><i>Estiramientos</i></p> <p>Obxectivo: realizarán actividades para relaxar os músculos. Actividades: Realización de actividades de estiramento dos músculos.</p>	
5 min	<p><i>Reflexión sobre a práctica</i></p> <p>Obxectivo: afondarán nas sensacións, sentimentos e pensamentos que nos motiva a acción da danza. Actividade: Proporcionar elementos para avaliar o estado psíquico, emocional e corporal mediante a <i>avaliación figuroanalóxica</i>⁴¹.</p>	

10 min	<p>Relaxación</p> <p>Obxectivo: Rematarán a actividade de maneira que neutralicen o estrés que puidera ter xerado.</p> <p>Actividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiración abdominal e outras técnicas de relaxación. - Visualización. - Escáner corporal (toma de conciencia corporal). - Musicoterapia (para potenciar a relaxación e a diminución da dor).
MATERIAIS E RECURSOS	<p>Punto e volta.⁴² Unha volta polas músicas e os bailes de Galicia. 2017; http://puntoevolta.com/</p>

ANEXO 4.NANDA, NOC, NIC

NANDA -Diagnósticos	NOC -Resultados	NIC -Intervencións
00069-Afrontamento ineficaz 00225-Risco de trastorno da identidade persoal 00118- Trastorno da imaxe corporal 00067-Risco de sufrimento espiritual 00078-Xestión ineficaz da saúde 00079-Incumprimento 0013-Dor crónica 00153-Risco de baixa autoestima situacional 00093- Fatiga 00046- Ansiedade	Do diagnóstico 00069: 1215-Conciencia de un mesmo 1205-Autoestima 1409-Autocontrol da depresión 1402- Autocontrol da ansiedade 1501- Desempeño do rol 2013- Equilibrio no estilo de vida 0002-Conservación da enerxía 00177-Estrés por sobrecarga 00199-Planificación ineficaz das actividades	Do diagnóstico 00069: 0200-Fomento do exercicio 5510-Educación para a saúde 5370-Potenciación de roles 5430-Grupo de apoio 0180- Manexo da enerxía

ANEXO 5. AMPLIANDO COÑECEMENTOS SOBRE A FM

	Estratexias	Resultados esperados
Sesión 1 "Exercicio físico"	Informarase sobre o tipo de exercicio físico máis adecuado para mulleres con FM. Para favorecer a adherencia ao exercicio físico realizarase un acompañamento na aprendizaxe e práctica do baile tradicional galego (constante en todas as sesións).	As mulleres con FM recoñecerán os beneficios da realización dun programa de exercicio adecuado ás súas características, e amosarán adherencia a un estilo de vida promotor da saúde no eido do exercicio físico.
Sesións 2 e 3 "Nutrición"	Recomendarase unha dieta hipoproteica en xeral e hipocalórica polas noites. Unha alimentación equilibrada. Evitar alcohol, sal, azucres refinados, edulcorantes, conservas e graxas saturadas. Inxerir líquidos en abundancia (2 litros) mellora a sensación de boca seca. O café polas mañás ten un efecto estimulador, combate a fatiga crónica e mellora a tolerancia á dor. Non debe tomarse despois das 17 horas ningunha bebida estimulante.	As persoas con FM identificarán e consumirán os alimentos de acordo aos seus recursos e cultura para reducir no posible a sintomatoloxía asociada así como manter un estado nutricional adecuado.
Sesións 4 e 5 "Estrés"	Informarase sobre a súa definición, características, detonantes, e ensinaranse actividades de planificación e relaxación, así como se informará	As mulleres con FM recoñecerán o estrés e poñerán en práctica ferramentas para reducir os eventos estresantes, así como para superalos a través de

	da existencia de programas de redución do estrés baseados na meditación ou mindfulness.	métodos de relaxación.
Sesión 6. “Fomento do sono”.	Informarase sobre os beneficios da mellora do sono, que contribúe a aliviar diversos síntomas. Tratarase de transmitir como favorecer un sono reparador (mantendo un ritmo de sono/vixilia regular, evitando TV e ordenador polas noites).	As mulleres con FM identificarán os elementos favorecedores dun sono reparador.
Sesións 7 - 10. “Control da dor”.	Informarase que existe unha moderada evidencia sobre o efecto na dor, de terapias de visualización de imaxes, así como outras intervencións como a expresión emocional escrita e a terapia psicomotora. Tamén é efectiva a meditación ou mindfulness.	As mulleres identificarán as intervencións para control da dor así como o seu nivel de evidencia e recoñecerán os seus factores causales, as medidas preventivas, e medidas de alivio non analxésicas.
Sesión 11. “Uso da analxesia”.	Ensinarase o uso de analxésicos, estratexias para diminuír os efectos secundarios e expectativas de implicación nas decisións sobre alivio da dor.	As mulleres con FM identificarán os analxésicos máis apropiados e coñecerán as estratexias que diminúen os efectos secundarios
Sesións 12 e 13. Xestión da enerxía.	Estratexia: Ensinarase cómo controlar a tolerancia á actividade/exercicio. Ensinarase unha boa postura e a mecánica corporal se procede. Informarase sobre como recoñecer as	As mulleres con FM identificarán as limitacións de enerxía e adaptarán a súa vida á enerxía da que dispoñan en cada momento.

	<p>limitacións de enerxía. Ensinarase o uso de técnicas de conservación de enerxía. Informarase sobre a importancia da adaptación do estilo de vida ao nivel de enerxía.</p>	
<p>Sesións 14-16 “Ansiedade e depresión”.</p>	<p>Informarase sobre a definición destas dúas patoloxías, ensinarase a controlar a resposta ante a ansiedade, a reducir os estímulos ambientais e as ferramentas para diminuíla. Ensinaremos ás pacientes ferramentas para reexaminar as percepcións negativas sobre elas mesmas, para favorecer a expresión de verbalizacións de autoaceptación. Ademais informarase sobre a importancia de aceptar as propias limitacións. Definirase o catastrofismo de forma que se poda identificar e as ferramentas que se poden utilizar para reduci-lo.</p>	<p>As mulleres con FM expresarán dispoñer dun maior control sobre as súas emocións e realizarán condutas indicadoras dunha mellora da autoestima, como as verbalizacións de autoaceptación.</p>

ANEXO 6. VARIABLES DA ANÁLISE CUANTITATIVA

VARIABLES DA ANÁLISE CUANTITATIVA		
Variable independente	Variáveis dependentes	Posibles variables que interveñen na relación estudada
- Participación na intervención	<p>Variable principal:</p> <p>Compromiso cun estilo de vida promotor da saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Compromiso coas condutas promotoras da saúde na dimensión de responsabilidade na saúde * Compromiso coas condutas promotoras da saúde na dimensión de nutrición * Compromiso coas condutas promotoras da saúde na dimensión de actividade física * Compromiso coas condutas promotoras da saúde na dimensión de xestión do estrés * Compromiso coas condutas promotoras da saúde na dimensión de crecemento persoal * Compromiso coas condutas promotoras da saúde na dimensión de relacións interpersoais <p>Variable secundaria:</p> <p>Índice Combinado de Afectación da FM:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Factor físico: <ul style="list-style-type: none"> ○ Intensidade da dor ○ Calidade do sono ○ Impacto ○ Fatiga ○ Capacidade funcional * Factor emocional * Ansiedade e depresión * Saúde xeral * Factor afrontamento activo * Factor afrontamento pasivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Idade - Sexo - Ocupación - Hábitos de actividade física - Estado de saúde - Nivel de apoio familiar/social - Existencia ou non de situacións de esixencia física ou psicolóxica

ANEXO 7. CADRO RESUMO DAS PROBAS APLICADAS MEDIANTE ANÁLISE CUANTITATIVA

TEST DE VALORACIÓN	
<p>COMPROMISO ESTILO DE VIDA PROMOTOR DA SAÚDE, nos eidos da:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Responsabilidade coa saúde * Alimentación * Actividade física * Xestión do estrés * Crecemento persoal * Relacións interpersoais 	PEVP II
<p>ÍNDICE DE AFECTACIÓN DA FM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factor físico: <ul style="list-style-type: none"> * Intensidade da dor * Calidade do sono * Impacto * Fatiga * Capacidade funcional - Factor emocional <ul style="list-style-type: none"> * Ansiedade e depresión * Saúde xeral * -Factor afrontamento activo * -Factor afrontamento pasivo * Estratexias de afrontamento 	ICAF

ANEXO 8. PEVP II

**ANEXO 1 PERFIL DEL ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE LA SALUD
(PEVPS-II)**

INSTRUCCIONES:

En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Por favor, responda a cada elemento con la mayor precisión posible, tratando de no omitir ningún elemento. Indique la frecuencia con la que se involucra en cada comportamiento rodeando la respuesta que usted considere adecuada.

N = nunca A = algunas veces, M = frecuentemente

R = rutinariamente

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEMENTEMENTE	RUTINARIAMENTE
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N	A	M	R
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	N	A	M	R
3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	N	A	M	R
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	M	R
5. Duermo lo suficiente.	N	A	M	R

6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	N	A	M	R
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	A	M	R
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	A	M	R
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	M	R
10. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).	N	A	M	R
11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	N	A	M	R
12. Creo que mi vida tiene propósito.	N	A	M	R
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	A	M	R

14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N	A	M	R
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	M	R
16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.	N	A	M	R
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	A	M	R
18. Miro adelante hacia el futuro.	N	A	M	R
19. Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	M	R
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	M	R
21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	M	R
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	M	R

23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	N	A	M	R
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	N	A	M	R
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	A	M	R
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	A	M	R
27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	A	M	R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	A	M	R
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	N	A	M	R
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	N	A	M	R
31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.	N	A	M	R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	M	R

33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	M	R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar).	N	A	M	R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	A	M	R
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	N	A	M	R
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	M	R
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.	N	A	M	R

39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o).	N	A	M	R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	M	R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	M	R
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	N	A	M	R
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	M	R
44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados	N	A	M	R
45. Asisto a programas educativos sobre el cuidado de salud personal.	N	A	M	R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	M	R
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	A	M	R

48. Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.	N	A	M	R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	N	A	M	R
50. Como desayuno.	N	A	M	R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	M	R
52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	M	R

ANEXO 9. ICAF

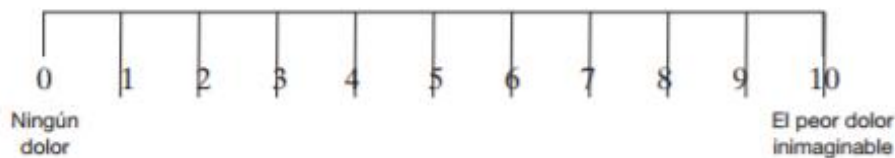
Índice combinado de afectación de enfermos con FM (ICAF)²⁵³

Instrucciones

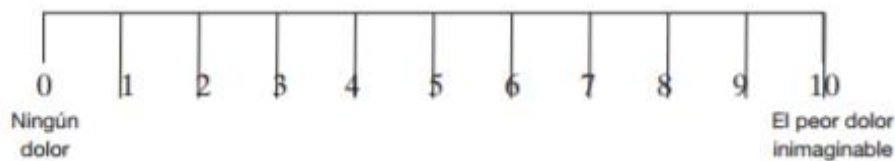
Nos interesa conocer cómo han sido los síntomas de su enfermedad durante la **ÚLTIMA SEMANA**. Por favor, marque una sola respuesta por cada pregunta.

Intensidad del dolor

1. Rodee con un círculo el número que mejor describa la **intensidad mínima** de su dolor en la **ÚLTIMA SEMANA**.



2. Rodee con un círculo el número que mejor describa la **intensidad media** de su dolor en la **ÚLTIMA SEMANA**.



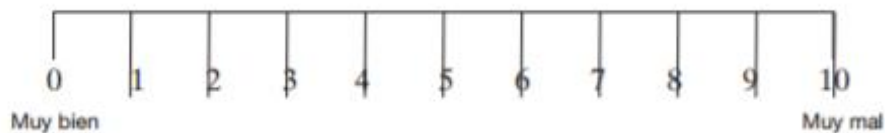
PUNTUACIÓN 1

(ítems 1+2)

Rango 0-20

Calidad del sueño

3. Rodee con un círculo para indicar **cómo ha dormido por las noches** durante la **ÚLTIMA SEMANA**.



PUNTUACIÓN 2

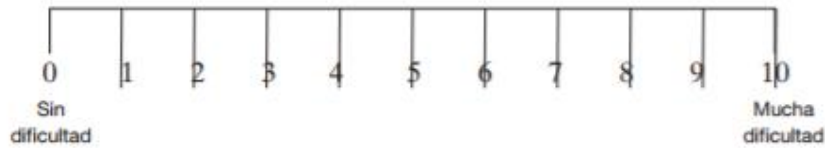
(ítem 3)

Rango 0-10

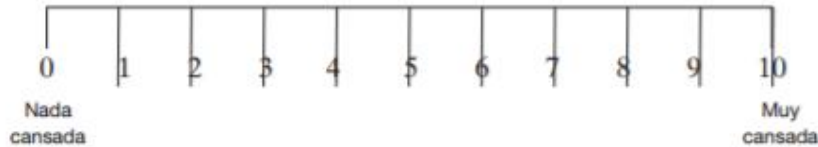
Impacto

Rodee con un círculo el número que mejor indique **cómo se sintió en general** durante la **ÚLTIMA SEMANA**.

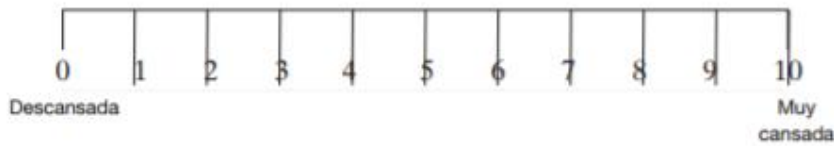
4. En su trabajo habitual, incluido el doméstico, ¿hasta qué punto **el dolor y otros síntomas** de la Fibromialgia **dificultaron su capacidad para trabajar?**



5. ¿Cómo se ha encontrado de **cansada**?



6. ¿Cómo se ha sentido al **levantarse por las mañanas**?



PUNTUACIÓN 3
(ítems 4+5+6)
Rango 0-30

Fatiga

Rodee con un círculo para indicar **cómo se ha sentido** durante la **ÚLTIMA SEMANA**.

	Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
7. Estoy molesta por la fatiga	0	1	2	3	4
8. Me canso enseguida	0	1	2	3	4
9. No hago mucho durante el día	0	1	2	3	4
10. Físicamente me encuentro agotada	0	1	2	3	4
11. Me cuesta ponerme a hacer cosas	0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN 4
(ítems 7-11)
Rango 0-20

19. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- (0) Igual que siempre
- (1) Actualmente, algo menos
- (2) Actualmente, mucho menos
- (3) Actualmente, en absoluto

20. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- (3) Casi todo el día
- (2) Gran parte del día
- (1) De vez en cuando
- (0) Nunca

21. Espero las cosas con ilusión

- (0) Como siempre
- (1) Algo menos que antes
- (2) Mucho menos que antes
- (3) En absoluto

22. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

- (3) Muy a menudo
- (2) Con cierta frecuencia
- (1) Raramente
- (0) Nunca

PUNTUACIÓN 6

(ítems 17-22)

Rango 0-18

Salud general

¿Cómo ha estado de salud durante la **ÚLTIMA SEMANA?** Sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Ponga una cruz en la casilla correspondiente.

23. **¿Se ha notado constantemente agobiada y en tensión?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
24. **¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorada?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
25. **¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
26. **¿Se ha notado nerviosa y “a punto de explotar” constantemente?**
- (0) No, en absoluto
 - (1) No más que lo habitual
 - (2) Bastante más que lo habitual
 - (3) Mucho más que lo habitual
27. **¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?**
- (0) Mejor que lo habitual
 - (1) Igual que lo habitual
 - (2) Peor que lo habitual
 - (3) Mucho peor que lo habitual
28. **¿Se ha sentido satisfecha con su manera de hacer las cosas?**
- (0) Más satisfecha que lo habitual
 - (1) Igual que lo habitual
 - (2) Menos satisfecha que lo habitual
 - (3) Mucho menos satisfecha que lo habitual

29. **¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?**

- (0) Más que lo habitual
- (1) Igual que lo habitual
- (2) Menos que lo habitual
- (3) Mucho menos que lo habitual

30. **¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

31. **¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?**

- (0) Claramente, no
- (1) Me parece que no
- (2) Se me ha cruzado por la mente
- (3) Claramente, lo he pensado

32. **¿Ha notado que desea estar muerta y lejos de todo?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Bastante más que lo habitual
- (3) Mucho más que lo habitual

33. **¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?**

- (0) No, en absoluto
- (1) No más que lo habitual
- (2) Se me ha cruzado por la mente
- (3) Claramente lo he pensado

PUNTUACIÓN 7

(ítems 23-33)

Rango 0-33

Estrategias de afrontamiento

Durante la **ÚLTIMA SEMANA**, ¿cuántos días ha utilizado cada uno de los siguientes medios para **intentar reducir el dolor?** (Anótelos con independencia de que en ese momento se encontrara con dolor, con menos dolor, o sin dolor).

		Número de días							
		0	1	2	3	4	5	6	7
34	Pensar en algo agradable o que me distraiga y me ayude a relajarme								
35	Ignorar el dolor								
36	Pedirle a alguien que haga algo por mí								
37	Centrarme en relajar mis músculos								
38	Apoyarme en algo cuando me siento o me levanto								
39	Decirme cosas a mí misma que me hagan sentirme mejor								
40	Conseguir el apoyo de algún familiar								
41	Pensar en las cosas buenas que tengo								
42	Pedir ayuda si tengo que levantar, llevar o empujar algo								
43	Decirme a mí misma que el dolor mejorará								
44	Evitar ponerme peso en los pies o en las piernas								
45	No dejar que el dolor interfiera mis actividades								
46	Caminar menos a causa del dolor								
47	No prestar atención al dolor								
48	Hablar con un familiar o amigo para pedirles ayuda o apoyo								
49	Sigo haciendo lo que estoy haciendo en ese momento								
50	Tumbarme en la cama								
51	Recordarme las cosas buenas que tengo, como buenos amigos, inteligencia, etc.								
52	Estar junto a un familiar								
53	Respirar profunda y lentamente para relajarme								
54	Irme a descansar a una habitación								
55	No dejar que el dolor interfiera en lo que estoy haciendo								

PUNTUACIÓN 8

(ítems fondo blanco)

34 + 35 + 37 + 39 + 41 + 43 + 45 + 47 + 49 + 51 + 53 + 55)

Rango 0-84

PUNTUACIÓN 9

(ítems fondo de color)

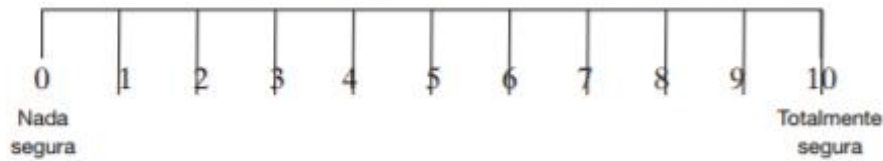
36 + 38 + 40 + 42 + 44 + 46 + 48 + 50 + 52 + 54)

Rango 0-70

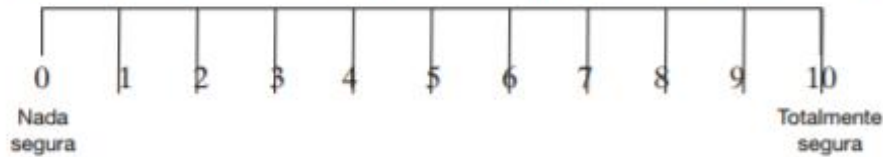
Autoeficacia

Con las siguientes preguntas nos gustaría saber cómo le afecta o influye la fibromialgia y su opinión sobre **su habilidad para controlarla**.

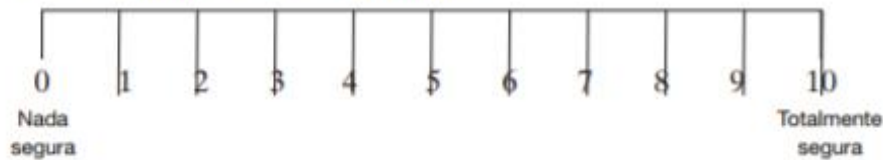
56. **¿Está usted segura de que puede hacer disminuir su dolor bastante?**



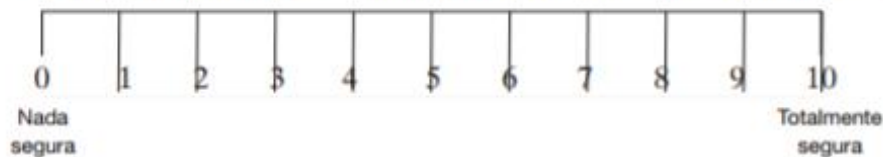
57. **¿Está usted segura de que puede evitar que el dolor le dificulte el sueño?**



58. **¿Está usted segura de que puede hacer algo para ayudarle a sentirse mejor si se siente triste o deprimida?**



59. **En comparación con otras personas con Fibromialgia, ¿está usted segura de que puede manejar el dolor mientras realiza sus actividades diarias?**

**PUNTUACIÓN 10**

(ítems 56-59)

Rango 0-40

HOJA DE PUNTUACIONES ICAF

Factor Físico		Factor Afrontamiento activo	
Puntuación directa (1+2+3+4+5)	<input type="text"/>	Puntuación directa (8+10)	<input type="text"/>
Punt. Z ¹ (directa - 61.7) / 13.43	<input type="text"/>	Punt. Z ¹ (directa - 63.99) / 24.04	<input type="text"/>
Punt. T ² (z * 10) + 50	<input type="text"/>	Punt. T ² (z * 10) + 50	<input type="text"/>
Factor Emocional		Factor Afrontamiento pasivo	
Puntuación directa (6+7)	<input type="text"/>	Puntuación directa (9)	<input type="text"/>
Punt. Z ¹ (directa - 23.84) / 10.48	<input type="text"/>	Punt. Z ¹ (directa - 37.06) / 14.38	<input type="text"/>
Punt. T ² (z * 10) + 50	<input type="text"/>	Punt. T ² (z * 10) + 50	<input type="text"/>

Para el cálculo del ICAF TOTAL, utilizar las **puntuaciones directas** según la siguiente fórmula:

F. Físico	F. Emocional	F. Afront. Pasivo	F. Afront. Activo	Puntuación directa
*	*	*	*	
0,23	0,53	0,1	0,14	

$$\boxed{} + \boxed{} + \boxed{} - \boxed{} = \boxed{}$$

$$\text{Punt. Z}^1 \quad \boxed{} \quad \text{Punt. T}^2 \quad \boxed{} \quad \text{ICAF}$$

(directa - 21,38) / 9,8 (z * 10) + 50

¹ La puntuación Z permite ubicar al paciente con respecto a los valores de referencia del estudio inicial realizado con 301 pacientes de Fibromialgia. En su cálculo se tiene en cuenta la media y la desviación estándar de la muestra del referido estudio.²⁹⁷

² La puntuación T tiene una media de 50 y una desviación estándar de 10.

ANEXO 10. ENTREVISTA EN PROFUNDIDADE

Pregunta inicial:

- Como afecta a FM á súa vida?

Preguntas de rescate:

- Como afecta a FM á súa personalidade, ó seu día a día e que fai ao respecto?
- Pensa que ten suficiente información sobre a súa enfermidade?
- Pensa que as persoas que a rodean teñen suficiente información?
- Está sometida nestes momentos a algunha fonte de estrés? (Problemas laborais, económicos, de parella, coidado de familiares...)
- Que aspectos da súa vida se viron máis afectados coa FM?
- Dende que sofre a FM levou a cabo algún cambio na súa vida diaria? Organiza o seu día a día tendo en conta a FM? Delega tarefas?
- Que medidas toma ante síntomas como?:
 - Problemas para durmir.
 - Fatiga
 - Problemas dixestivos
 - Mareos
 - Dor
- Que fai cando se atopa mal? (Podemos propoñer diferentes situacións habituais).
- Fai algunha cousa para sentirse ben?
- Síntese parte dun colectivo? Como enferma de FM?
- Con que apoio social conta? (Familia, amigos, asociación FM, outros)
- Sinte que ten apoio dos seus achegados /familia?
- Pensa que se coñece a si mesma? Dáse conta de que é o que necesita en cada momento e procura satisfacelo?
- Que cree que pensa a xente do seu arredor cando ten que cambiar os seus plans por algunha sintomatoloxía?
- Ve diferenzas relevantes entre a muller que era antes da FM e a que é agora? (A nivel corporal, a nivel emocional, a nivel cognitivo./ en relación a como se ve a si mesma e como a ven os demais).
- Síntese a gusto no seu corpo? Destacaría algo como máis positivo? Algo como máis negativo?
- Pensa que cos medios que ten actualmente á súa disposición pode mellorar a súa calidade de vida?

ANEXO 11. CAEIG



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral

Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia
Secretaría técnica
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881 546425
www.seiges.es/ceic



CARTA DE PRESENTACION DA DOCUMENTACION A REDE DE COMITES DE ETICA DA INVESTIGACION DE GALICIA

D/Dna.

Con teléfono de contacto:

e-correo-e: @

Dirección postal:

SOLICITA a avaliación de:

- Protocolo novo de investigación
 Resposta ás aclaracións solicitadas polo Comité
 Modificación ou Ampliación a outros centros dun estudo xa aprobado polo Comité

DO ESTUDO:

Título:

Promotor:

MARCAR si procede que confirma que cumpre os requisitos para a exención de taxas segundo o art. 57 da Lei 16/2008, de 23 de decembro, de presupostos xerais da Comunidade Autónoma de Galicia para o ano 2009. DOGA de 31 de decembro de 2008)

Código do protocolo:

Versión do protocolo:

Tipo de estudo:

- Ensaio clínico con medicamentos
CEIC de Referencia:
- Investigacións clínicas con produtos sanitarios
- EPA-SP (estudo post-autorización con medicamentos seguimento prospectivo)
- Outros estudos non incluídos nas categorías anteriores

Investigador/es:

Centro/s:

Xunto achégase a documentación necesaria en base aos requisitos que figuran na web da Rede Galega de CEIs, e comprométome a ter a dispor dos participantes os documentos de consentimento informado aprobados polo comité en galego e castelán.

En , a de de

Asdo.:

REDE DE COMITES DE ETICA DA INVESTIGACION DE GALICIA
Secretaría Técnica do CAEI de Galicia
Secretaría Xeral. Consellería de Sanidade

ANEXO 12. SOLICITUDE DE PERMISO Á XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL

Estimado/a Director/a da Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol:

Sabela Noval Couceiro, estudante de 4º grao de enfermaría da Facultade de Enfermaría e Podoloxía de Ferrol, en calidade de investigadora responsable do proxecto **“Empoderamento con danza tradicional en mulleres con Fibromialxia”**, solicita o permiso para acceder aos pacientes e información necesaria para a realización do estudo de investigación.

Respetarase en todo momento a intimidade dos participantes, asegurándose a protección dos datos e a súa confidencialidade.

O estudo é de carácter voluntario e con dereito a abandonar o estudo en calquera momento da investigación.

Solicitouse permiso ao CAEIG (Comité Ético de Investigación de Galicia) e será enviado tan pronto sexa notificada a súa resolución.

Unha vez finalizado o estudo, comunicaráselle o resultado da investigación así como calquera dato de interese.

Ferrol a _____, do _____ do _____

Sabela Noval Couceiro

Asdo.:

ANEXO 13. FOLLA DE INFORMACIÓN AO PARTICIPANTE NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN.

TÍTULO DO ESTUDO:

<Empoderamento con danza tradicional de mulleres con Fibromialxia>

INVESTIGADORA:

Sabela Noval Couceiro. Estudante de 4º Grao de Enfermaría da Facultade de Enfermaría e Podoloxía de Ferrol.

Este documento ten por finalidade ofrecerlle información sobre un estudo de investigación no que se lle convida a participar. Realizarase nos Centros de Saúde da Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol.

Se decide participar no mesmo, debe recibir información personalizada da investigadora do estudo que se vai realizar. Aconséllase ler antes este documento e facer todas as preguntas que precise para comprender os detalles sobre o mesmo.

A participación neste estudo é completamente voluntaria. Vostede pode decidir non participar ou, mesmo se cambia de opinión pode abandonar o estudo en calquera momento sen obriga de dar explicacións. Asegurámoslle que esta decisión non afectará á súa relación co seu médico nin con calquera outra institución sanitaria.

Ademais a información que vostede nos facilite será totalmente confidencial, respectando a intimidade de cada unha das participantes. De tal maneira que a única persoa que terá acceso aos datos persoais será a investigadora principal

Este estudo contará cos seguintes aspectos legais:

- Aprobación do Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia (CAEIG).
- Aprobación dos directivos dos distintos centros.
- Normas de Boa Práctica Clínica e Declaración de Helsinki.
- Consentimento informado.

¿Cal é a finalidade do estudo?

Comprobar se unha intervención de empoderamento con danza tradicional pode mellorar o compromiso con condutas promotoras da saúde en mulleres con Fibromialxia.

Para iso, tentárase comprobar se existe unha mellora no estilo de vida e na afectación da enfermidade, así como afondar nas estratexias de afrontamento destas mulleres

Os criterios de inclusión para este estudo son:

- Mulleres de entre 20 e 64 anos.
- Residentes en Ferrolterra.
- Diagnosticadas de Fibromialxia dende, como mínimo, un ano previo ao comezo deste estudo.
- Con capacidade de expresión oral

Os criterios de exclusión:

- Con outras patoloxías engadidas con capacidade psíquica, física ou funcional gravemente alterada,
- Con enfermidades cardiovasculares o pulmonares de baixa capacidade aeróbica,
- Con enfermidades psiquiátricas incontroladas
- Que estean incluídas nese momento en calquera outro ensaio clínico.
- Consumidoras dalgún tipo de droga.

A información necesaria para realizar este estudo, conseguirase mediante dous cuestionarios e a través de entrevistas que se realizarán ás persoas que cumpran todos estes requisitos.

¿Por qué me ofrecen participar a min?

As persoas contactadas neste estudo, foron seleccionadas porque se considera que se axustan aos criterios necesarios para poder responder os obxectivos da investigación.

Por cumprir estes criterios, vostede está convidada a participar neste estudo.

¿En qué consiste a miña participación?

En primeiro lugar se lle pedirá que cumprimente dous cuestionarios previamente ao inicio da intervención e unha vez finalizada para o que terá que dedicar de maneira aproximada uns 30-45 min. Son cuestionarios auto-administrados que lle serán facilitados en persoa. Ademais, se lle pedirá que realice 2 entrevistas individuais podendo ser máis no caso de que sexa necesario, nas que terá que responder e expoñer unhas cuestións relacionadas co tema a tratar. Estas entrevistas realizaranse en días distintos e cunha duración aproximada duns 30-45 minutos cada unha delas.

¿Qué riscos ou inconvenientes ten?

A súa participación neste estudo non implica en principio ningún tipo de risco. Realizarase unha actividade física aeróbica que se adaptará ao seu estado físico de forma que irá incrementando a súa esixencia de maneira gradual. Aínda así puidera ser que sufra un incremento na dor ou na fatiga nun primeiro momento, pero isto irá cedendo co paso do tempo. Outro inconveniente é o tempo de dedicación tanto respecto da actividade da intervención _dous días por semana, 60 min cada día_ como na realización dos cuestionarios e das entrevistas.

¿Obtereire algún beneficio por participar?

Espérase que vostede obteña beneficio directo por participar no estudo. Vostede non será retribuída por participar, mais a evidencia científica indica que realizar de maneira habitual actividade física aeróbica é positivo para as persoas con Fibromialxia.

Recibirei a información que se obteña do estudo

Se vostede o desexa, se lle facilitará un resumo.

¿Publicaranse os resultados deste estudo?

Os resultados deste estudo poderán ser publicados nun futuro en publicacións científicas.

¿Existen intereses económicos neste estudo?

A investigadora non recibirá retribución específica pola dedicación ao estudo.

¿Quen me pode dar máis información?

Pode contactar con Sabela Noval Couceiro, que estará á súa disposición mediante o correo electrónico: [REDACTED]

Nel responderá a posibles dúbidas que teñan as participantes.

Moitas grazas pola súa colaboración.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

TÍTULO DEL ESTUDIO:

<Empoderamiento con danza tradicional de mujeres con Fibromialgia>

INVESTIGADORA:

Sabela Noval Couceiro. Estudiante de 4º Grao de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol.

Este documento tiene por finalidad ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Se realizará en los Centros de Salud de la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol.

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada de la investigadora sobre el estudio que se va a realizar. Se le aconseja leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o, incluso si cambia de opinión puede abandonar el estudio en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni con cualquier otra institución sanitaria.

Además la información que usted nos facilite será totalmente confidencial, respetando la intimidad de cada una de las participantes. De tal manera que la única persona que tendrá acceso a los datos personales será la investigadora principal

Este estudio contará con los siguientes aspectos legales:

- Aprobación del Comité Autonómico de Ética de Investigación de Galicia (CAEIG).
- Aprobación de los directivos de los distintos centros.
- Normas de Buena Práctica Clínica y Declaración de Helsinki.
- Consentimiento informado.

¿Cuál es la finalidad del estudio?

Comprobar si una intervención de empoderamiento con danza tradicional puede mejorar el compromiso con conductas promotoras de la salud en mujeres con Síndrome de Fibromialgia.

Para esto, se intentará averiguar si existe una mejora en el estilo de vida y en la afectación de la enfermedad, así como profundizar en las estrategias de afrontamiento de estas mujeres.

Los criterios de inclusión para este estudio son:

- Mujeres de entre 20 y 64 años.
- Residentes en Ferrolterra.
- Diagnosticadas de Fibromialgia desde, como mínimo, un año previo al comienzo de este estudio.
- Con capacidad de expresión oral

Los criterios de exclusión:

- Con otras patologías añadidas con capacidad psíquica, física o funcional gravemente alterada,
- Con enfermedades cardiovasculares o pulmonares de baja capacidad aeróbica,
- Con enfermedades psiquiátricas incontroladas
- Que estén incluidas en ese momento en cualquier otro ensayo clínico.
- Consumidoras de algún tipo de droga.

La información necesaria para realizar este estudio, se conseguirá mediante dos cuestionarios y a través de entrevistas que se realizarán a las personas que cumplan todos estos requisitos.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Las personas contactadas en este estudio, fueron seleccionadas porque se considera que se ajustan a los criterios necesarios para poder responder a los objetivos de la investigación.

Por cumplir estos criterios, usted está invitada a participar en este estudio.

¿En qué consiste mi participación?

En primer lugar se le pedirá que cumplimente dos cuestionarios previamente al inicio de la intervención y una vez finalizada, para lo que tendrá que dedicar de manera aproximada unos 30-45 min. Son cuestionarios autoadministrados que le serán facilitados en persona. Además, la investigadora le pedirá que realice 2 entrevistas individuales, pudiendo ser más en el caso de que fuese necesario, en que tendrá que responder y exponer unas cuestiones relacionadas con el tema a tratar. Estas entrevistas se realizarán en días distintos y con una duración aproximada de unos 30-45 minutos cada una de ellas.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Su participación en este estudio no implica en principio ningún tipo de riesgo. Se realizará una actividad física aeróbica que se adaptará a su estado físico de forma que irá incrementando su nivel de exigencia de manera gradual. De todos modos es posible que sufra algún incremento en el dolor o la fatiga en un primer momento, que irá cediendo con el paso del tiempo. Otro inconveniente es el tiempo de dedicación tanto respecto de la actividad de la intervención _dos días por semana, 60 min cada día_ como en la realización de los cuestionarios y de las entrevistas.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

Se espera que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio. Usted no será retribuida por participar pero la evidencia científica indica que realizar de manera habitual actividad física aeróbica es positivo en el manejo de la Fibromialgia.

Recibiré la información que se obtenga del estudio

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio podrán ser publicados en un futuro en publicaciones científicas.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

La investigadora no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con Sabela Noval Couceiro, que estará a su disposición mediante el correo electrónico: [REDACTED]

A través de este medio podrá responder a posibles dudas que tengan las participantes.

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 14. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

Título: Empoderamento de pacientes con Fibromialxia a través dunha intervención enfermeira con danza tradicional Ensaio experimental

Eu,

-Lin a folla de información ao participante do estudo mencionado que me foi entregada. Puiden conversar co investigador principal e facer todas as preguntas sobre o estudo.

-Comprendo que a miña participación é voluntaria e que podoo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto poda repercutir nos meus coidados médicos.

Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.

Presto libremente a miña conformidade para participar no estudo.

Nome e apelidos da participante: Nome e apelidos da investigadora:

Sinatura da participante: Sinatura da investigadora:

Data: Data:

DOCUMENTO DE REVOGACIÓN DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Revogación do consentimento:

Eu,

.....

Revogo o consentimento prestado na data

de.....de.....

Non desexo proseguir coa participación voluntaria no estudo
“Empoderamento de pacientes con Fibromialxia a través dunha
intervención enfermeira con danza tradicional Ensaio experimental”.

Sinatura:

A data.....de.....de 20.....

ANEXO 15. DIARIO DE CAMPO

Participante nº:	
Nome da persoa entrevistadora:	Hora:
	Centro de Saúde:
Lugar:	
Data:	
Datos observados:	
Análise dos datos:	
Comentarios/Achegas adicionais:	

ANEXO 16. MODELO DE COMPROMISO DA INVESTIGADORA

D. Sabela Noval Couceiro

Estudiante de Enfermaría da Facultade de Enfermaría e Podoloxía,
Campus de Ferrol.

Fai constar que:

- Coñece o protocolo da investigación:

Titulo: « **Empoderamento con danza tradicional en mulleres con Fibromialxia**»

Titoras:

María Pilar Darriba Rodríguez; Elvira Cobas Couto

- ✓ Que o devandito estudo respecta as normas éticas aplicables a este tipo de estudos de investigación
- ✓ Que participará como investigadora principal no mesmo
- ✓ Que conta cos recursos materiais e humanos necesarios para levar a cabo o estudo, sen que isto interfira coa realización doutros estudos nin coas outras tarefas profesionais asignadas
- ✓ Que se compromete a cumprir o protocolo presentado polo promotor e aprobado polo comité en todos os seus puntos, así como as sucesivas modificacións autorizadas por este último
- ✓ Que respectará as normas éticas e legais aplicables, en particular a Declaración de Helsinki e o Convenio de Oviedo e seguirá as Normas de Boa Práctica en investigación en seres humanos na súa realización
- ✓ Que notificará, en colaboración co promotor, ao comité que aprobou o estudo datos sobre o estado do mesmo cunha periodicidade mínima anual até a súa finalización
- ✓ Que os investigadores colaboradores necesarios son idóneos.

En _____, a _____ de _____ de _____

Asdo.

ANEXO 17. ORZAMENTO DA INVESTIGACIÓN

DESCRICIÓN		COSTE UNIDADE	CANTIDADE	COSTE TOTAL
MATERIAL FUNXIBLE	FOLIOS	3€ /paquete 500 folios	4	12 €
	LAPIS	0.25 €	4	1€
	BOLÍGRAFOS	0.20€	15	3€
	TINTA DE IMPRESORA (NEGRA + COLOR)	25€	4	100€
	CARPETAS	2€	15	30€
	ARQUIVADORES	4€	10	40€
	BOTELLAS DE AUGA	0,50€	180	90€
MATERIAL INVENTARIABLE	PORTÁTIL	600€	1	600€
	RATO	10€	1	10€
	PEN DRIVE 32G	30€	3	10€
	GRABADORA DIXITAL	100€	1	100€
	IMPRESORA E ESCÁNER	50€	1	50€
	MICROCADENA	180€	1	180€
	PROGRAMA SPSS	1168€	1	1168€
ASESORAMENTO ESTATÍSTICO				3000€
INFRAESTRUCTURA		Cesión do C.S ou Concello		0€
RECURSOS HUMANOS		Enfermeira de apoio		0€
DESPRAZAMENTO				600€
CONGRESOS	Congreso Nacional Sociedad Española de Reumatología	1200€	1	1200€
	Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados	800€	1	800€
ORZAMENTO TOTAL				7894€