

Facultade de Enfermaría e Podoloxía



TRABALLO DE FIN DE GRAO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2020 / 2021

APROXIMACIÓN AL ESTUDIO NARRATIVO DE LAS EXPERIENCIAS DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA FRENTA A LA MUERTE.

ANDREA LAGO TRILLO

Director(es): Nuria Esther Varela Feal.
Francisco Javier Aznar Alarcón.

AGRADECIMIENTOS.

A mi tutora, Nuria Varela. Por acompañarme en este precioso proyecto, por sus consejos, su tiempo y su ayuda, sin ella no habría sido posible.

A mi madre y mi hermana. Por ser dos pilares fundamentales en mi formación y en mi vida.

A Andrea. Por compartir conmigo estos cuatro años y convertirse en una hermana para mí.

A Fabián. Por recordarme cada día que he elegido la profesión más bonita del mundo y que puedo conseguir todo lo que me proponga.

A Paula. Por motivarme a ser su ejemplo a seguir.

ÍNDICE.

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	5
1.1. Resumen y palabras clave.....	5
1.2. Resumo e palabras clave.....	6
1.3. Abstract and keywords.....	7
2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	8
2.1. Estrategias de afrontamiento: la narrativa como principal estrategia.....	8
2.2. El apego.....	10
2.3. Relación entre el apego y el duelo.....	13
3. APLICABILIDAD.....	15
4. OBJETIVOS.....	15
4.1. Objetivo principal.....	15
4.2. Objetivos específicos.....	15
5. METODOLOGÍA.....	16
5.1. Marco teórico: tipo de paradigma y diseño.....	16
5.2. Marco empírico.....	16
5.2.1. Ámbito del estudio.....	16
5.2.2. Muestra del estudio: tipo de muestreo y muestra.....	16
5.2.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	17
5.2.4. Recogida de datos.....	18
5.2.5. Posición del investigador.....	19
5.2.6. Análisis de los datos.....	19
5.2.7. Sesgos potenciales.....	22
5.2.8. Rigor y credibilidad.....	22
6. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES.....	23
7. RESULTADOS.....	24
8. DISCUSIÓN.....	28

9. OTRAS POSIBLES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	31
10. CONCLUSIÓN.....	31
11. BIBLIOGRAFÍA.....	33
12. ANEXOS.....	36
12.1. Anexo I: Hoja informativa para los participantes en gallego.....	36
12.2. Anexo II: Hoja informativa para los participantes en castellano.....	39
12.3. Anexo III: Consentimiento informado en gallego.....	42
12.4. Anexo IV: Consentimiento informado en castellano.....	43
12.5. Anexo V: Hoja de indicaciones para los participantes en gallego.....	44
12.6. Anexo VI: Hoja de indicaciones para los participantes en castellano.....	46
12.7. Anexo VII: Cuestionario de depresión de Beck en gallego.....	48
12.8. Anexo VIII: Cuestionario de depresión de Beck en castellano.....	52
12.9. Anexo IX: Cuestionario de relación (CQ) de Bartholomew y Horowitz en gallego.....	57
12.10. Anexo X: Cuestionario de relación (CQ) de Bartholomew y Horowitz en castellano.....	59
12.11. Anexo XI: Tablas.....	61
12.11.1. Esquema de codificación de las narrativas de exploración.....	61
12.11.2. Esquema de codificación de las narrativas de búsqueda de apoyo.....	61
12.11.3. Puntuaciones de corte BDI-II (inventario de depresión de Beck- Edición II).....	62
12.11.4. Estilo de apego, dimensión de evitación y de ansiedad y presencia o ausencia de depresión.....	62
12.11.5. Niveles de narrativas de exploración y búsqueda de apoyo en eventos negativos.....	63
12.11.6. Niveles de narrativas de exploración y búsqueda de apoyo en eventos positivos.....	63

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.

1.1. Resumen y palabras clave.

- **Introducción:** Los estudiantes de enfermería deben enfrentarse a la muerte de los pacientes desde el inicio de sus prácticas clínicas, sin embargo, aunque reciben gran cantidad de formación específica en técnicas y protocolos, no se les forma acerca de la actitud y los mecanismos que pueden desarrollar para afrontar este tipo de situaciones tan comúnmente presentes en su vida académica y laboral, previniendo así el impacto que pueda tener en su vida personal y en la calidad de su futura actividad asistencial.
- **Objetivo:** Explorar y analizar las narrativas de los estudiantes para conocer sus experiencias con la muerte y cómo las dotan de significado, sus estilos de apego, la presencia de afectación emocional y la creación de significado de la experiencia a través de la presencia de narrativas de búsqueda de apoyo o de exploración.
- **Metodología:** Se empleará una metodología cualitativa de tipo fenomenológico. Toda la información será recogida a través del relato por escrito de las experiencias de los estudiantes. Se medirá el estilo de apego a través del cuestionario de relación de Bartholomew y Horowitz y se evaluará la gravedad de la ansiedad mediante el cuestionario autoaplicado de Beck.
- **Resultados y conclusión:** Tras la realización del estudio se puede afirmar que la muestra está formada por 5 participantes con apego seguro y 5 con apego inseguro. El nivel de depresión es mínimo en todos los casos excepto en uno, que es leve. En general se puede observar un nivel bajo de estrategias de búsqueda de apoyo, así como un nivel mínimo en narrativas de búsqueda de exploración. Esto nos lleva a concluir el trabajo destacando la brevedad de los relatos, sin subtramas y alejados de la elaboración emocional, lo cual se puede explicar mediante la presencia de deseabilidad social y la ausencia de competencia narrativa. Este trabajo muestra una incidencia merecedora de estudio que puede tener implicación a nivel psicológico, profesional y personal en los futuros profesionales de enfermería.
- **Palabras clave:** Afrontamiento, apego, narrativa, muerte, estudiantes, Beck, Bartholomew.

1.2. Resumo e palabras clave.

- **Introdución:** Os estudantes de enfermmería deben enfrentarse á morte dos pacientes dende o inicio das súas prácticas clínicas, sen embargo, a pesar de recibir gran cantidade de formación específica en técnicas e protocolos, non se forman na actitude e nos mecanismos que poden desenvolver para afrontar este tipo de situacións tan comúnmente presentes na súa vida académica e laboral, previndo así o impacto que isto poida ter na súa vida persoal e na calidade da súa futura actividade asistencial.
- **Obxectivo:** Explorar e analizar as narrativas dos estudantes para coñecer as súas experiencias coa morte e cómo as dotan de significado, os seus estilos de apego, a presenza de afectación emocional e a creación de significado da experiencia a través da presenza de narrativas de búsqueda de apoio e de exploración.
- **Metodoloxía:** Emplearase una metodoloxía cualitativa de tipo fenomenolóxico. Toda a información será recadada mediante o relato por escrito das experiencias dos estudantes. Medirase o estilo de apego mediante o cuestionario de relación de Bartholomew e Horowitz e evaluarase a gravidade da ansiedade mediante o inventario autoaplicado de Beck.
- **Resultados e conclusións:** Tras a realización do estudo pódese afirmar que a mostra está formada por 5 participantes con apego seguro e outros 5 con apego inseguro. O nivel de depresión é mínimo en todos os casos salvo en un, que é leve. En xeral pódese observar un nivel baixo de estratexias de búsqueda de apoio, así como un nivel mínimo en narrativas de búsqueda de exploración. Isto lévanos a concluir o traballo destacando a brevidade dos relatos, sen subtramas e afastados da elaboración emocional, o cal se pode explicar mediante a presenza de deseabilidade social e a ausencia de competencia narrativa. Este traballo mostra unha incidencia merecedora de estudo que pode ter implicacións a nivel psicolóxico, profesional e persoal nos futuros profesionais de enfermmería.
- **Palabras clave:** Afrontamento, apego, narrativa, morte, estudantes, Beck, Bartholomew, Horowitz

1.3. Abstract and keywords.

- **Objective:** Nursing students must face the death of patients from the beginning of their clinical practices, however, although they receive a large amount of specific training in techniques and protocols, they are not trained about the attitude and mechanisms that they can develop to face these types of situations so commonly present in their academic and work life, thus preventing the impact it may have on their personal life and on the quality of their future care activity.
- **Introduction:** Explore and analyze students's narratives to learn about their experiences with death and how they give them meaning, the different attachment styles, the presence of emotional affectation, and the creation of meaning from the experience through presence of support-seeking or exploration narratives.
- **Methodology:** A qualitative methodology of a phenomenologic type will be used. All the information will be collected through the account of the experiences of the students collected in writing. Attachment style will be measured using the Bartholomew and Horowitz relationship and the Beck self-administered inventory to assess the severity of anxiety.
- **Results and conclusions:** After conducting the study, it can be stated that the sample is made up of 5 participants with secure attachment and 5 with insecure attachment. The level of depression is minimal in all cases except one, which is mild. In general, a low level of support search strategies can be observed, as well as a minimal level in exploration search narratives. This leads us to conclude the work highlighting the brevity of the stories, without subplots and far from emotional elaboration, which can be explained by the presence of social desirability and the absence of narrative competence. This work shows an incidence worthy of study that may have psychological, professional and personal implication in future nursing professionals.
- **Keywords:** Coping, attachment, narrative, death, students, Beck, Bartholomew, Horowitz.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

2.1. Estrategias de afrontamiento: la narrativa como principal estrategia.

El afrontamiento es un proceso en el que un sujeto pone en marcha diferentes mecanismos psicológicos, acciones o cogniciones que permitan tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por el factor estresante. Una situación es más fácil de superar si el individuo ha desarrollado suficientes habilidades de afrontamiento ⁽¹⁾.

El proceso de duelo es un hecho único en cada ser humano, y la forma en cómo se vive y en cómo se afronta es diferencial de cada persona ⁽²⁾.

Villaumbrales (2012) expone que, si las emociones y los sentimientos que surgen durante el duelo no son expresados y manifestados sin ser juzgados, pueden terminar por convertirse en elementos incapacitantes en el proceso de duelo ⁽³⁾.

Según Frattaroli (2006), la expresión narrativa de eventos estresantes se relaciona con mejoras físicas y psicológicas. El hecho de asociar la teoría del apego con la expresión narrativa de las experiencias negativas puede ofrecer el desarrollo de la forma en la que se perciben dichas situaciones y en la forma de responder a ellas (Fivush y Waters, 2015)⁽⁴⁾.

Narrar la vida, las experiencias personales y profesionales, los sueños, las aspiraciones, las búsquedas sobre sí mismo y sobre el sentido de ser y estar en el mundo son formas de historiar y materializar la existencia humana ⁽⁵⁾.

A través de las narrativas, las personas expresan sus recuerdos personales, que formarán parte de su identidad y guiarán su comportamiento y sus relaciones con los demás. El hecho de narrar y reflexionar sobre una experiencia vivida permite buscar las conexiones temáticas, causales y temporales con el “yo”, fomentando la autorregulación, las relaciones y la comprensión (Fivush,2011) ⁽⁴⁾.

La narración refiere siempre “experiencias vividas por el narrador, recordadas, interpretadas, conectadas, en las que hay otros actores, pero siempre son experiencias de quien habla” (Lindón,1999) ⁽⁵⁾.

La relación entre la experiencia y la narrativa es un factor decisivo en los procesos de constitución de la subjetividad. La narrativa da forma a la experiencia al materializar en el relato maneras de significar lo vivido, a partir de una temporalidad que no es la de su acontecer inmediato (Sarlo, 2005)⁽⁵⁾. Susan Griffin (1993) afirma que existe una necesidad en las personas por mantenerse conectadas con la sociedad y con su propia historia. Sostiene que toda la historia forma parte de cada uno, de forma que cuando se cuentan relatos se llega a comprender mejor la vida ⁽⁶⁾.

En el estudio que realiza Díaz Meza sobre las narrativas docentes y las experiencias escolares significativas, se asegura la necesidad de darle a la narrativa un lugar esencial que permita conceptualarla como “una práctica, una experiencia que se realiza y un evento en el que se participa” (Vich y Zavala, 2004), remitiendo a un plano comprensivo donde la capacidad narrativa de los sujetos toma relevancia como forma, interacción, mediación y práctica, a través de la cual se permite la construcción de la identidad. En este contexto, la importancia de la narración radica en la posibilidad de organizar y dar sentido a la experiencia humana (Balbi, 2004), (Egan, 2005), es decir, según Goolishian y Anderson (2002), son procesos mediante los cuales continuamente se dota de sentido al mundo y, por ende, nos dotamos de sentido a nosotros mismos ⁽⁵⁾.

Algunos autores como Bruner (1991), White y Epton (1993) y Gergen (1996) las definen como aquellas que organizan y otorgan sentido a las experiencias de los seres humanos. Kenneth Gergen (1996) sostiene que las narrativas son “instrumentos incrustados en las secuencias conversacionales”, recursos culturales que cumplen un propósito social ⁽⁷⁾.

Según algunos autores (White y Epston, 1993; White, 1994, 2002; Anderson y Goolishian, 1988; Anderson 1999), la única forma en la que el ser humano puede contar su experiencia es a través del lenguaje. Anderson (1999) plantea que la única naturaleza humana que conocemos son nuestras narrativas, de forma que las comprensiones, descripciones, herramientas para entender los problemas y nuestras formas de acción son expresiones de nuestro lenguaje y de nuestras historias ⁽⁸⁾.

Una característica de las narrativas es su carácter personal, son únicas e individuales, afectando al concepto de autoría, según el cual los individuos tienen libertad para construir el relato que cuentan (Gergen, 1999). Sin embargo, las narrativas no son eternamente personales pues no todas se pueden contar a todo el mundo, ni tampoco pueden ser contadas siempre de la misma forma ⁽⁶⁾.

Ningún acontecimiento tiene sentido en sí mismo, ni existen situaciones con valores universales que sean experimentadas de la misma manera por todos. Cada acontecimiento es significado dentro de los contextos relacionales particulares, guardando coherencia con estos, de modo que sólo podemos comprender los acontecimientos vitales a luz de nuestros modelos específicos para entender el mundo y esto implica la posibilidad de introducirlos dentro de las historias de nuestra experiencia. White (1994) señala que es la narración o la historia lo que brinda el marco primario para la interpretación, planteando que es por los relatos que las personas juzgan de sus propias vidas y las de los demás, intentando encontrar sentido a su experiencia. De esta manera, las historias determinan el sentido que las personas dan a su experiencia y determinan los aspectos que son expresados ⁽⁸⁾.

El hecho de relatar las experiencias dolorosas nos da la oportunidad de exteriorizar, resignificar y reparar el dolor humano, posibilitando una forma de intervención psicológica sin estar formalizada en el contexto de terapia ⁽⁶⁾.

Diversos estudios sugieren la posibilidad de que las personas con un apego seguro puedan beneficiarse más del significado narrativo que aquellas personas menos apegadas, pues están en mejores condiciones de hacer uso de las conductas de exploración y de las búsquedas de apoyo ⁽⁴⁾.

Las narrativas de búsqueda de apoyo muestran la capacidad de buscar apoyo en las figuras de apego de manera que conduzcan el alivio del estrés. Las narrativas de exploración incluyen un sentido de salir reforzado de la situación estresante o adversa, el surgimiento de un cambio de perspectiva o de prioridades en la vida y la posibilidad de extraer algún beneficio o aprendizaje de nuevas ideas, por lo que se evidencia la expresión de un crecimiento personal (Graci y Fivush, 2016).

Concretamente, en el estudio *Narrative meaning making, attachment, and psychological growth and stress* de Matthew E. Graci y Robyn Fivush (2016), realizado en USA, se demuestra que el estilo de apego se relaciona con el crecimiento psicológico y la angustia del evento. De la misma forma, se demuestra que a medida que aumenta la exploración en la narrativa, aumenta el crecimiento, mientras que a medida que aumenta la búsqueda de apoyo en la narrativa, disminuye la angustia del evento ⁽⁴⁾.

2.2. El apego.

El apego es la primera relación del recién nacido con su madre o con un cuidador principal, receptivo a las señales de éste, que permite regular el sistema emocional. Se trata de un proceso que nos acompaña toda la vida y sirve de base en las relaciones y los vínculos afectivos, los cuales hacen sentir al individuo los primeros sentimientos positivos y negativos ⁽¹⁾⁽⁹⁾.

No todas las investigaciones muestran la primacía de las conductas de la madre como fuente principal en la formación de los estilos de apego. En 1977 De Wolff e Ljzendoorn realizan un meta-análisis que incluye 66 estudios con antecedentes parentales que se relacionan con seguridad en el apego, con el objetivo de determinar si la sensibilidad materna se asocia con la seguridad del apego en el niño, y con qué fuerza. Los resultados mostraron una asociación mediana, concluyendo que es un factor importante pero no único, por lo que es necesario realizar una aproximación multidimensional de los determinantes

del apego y la regulación emocional, acercándose a un contexto global y ambiental que incluya la interacción entre la sensibilidad materna, acumulación de estresores y factores de riesgo, sistemas familiares y eventos vitales ⁽¹⁰⁾.

El apego es un vínculo afectivo, de naturaleza social, que se establece entre personas, caracterizado por conductas de búsqueda de proximidad, interacción y apoyo ⁽¹¹⁾.

La necesidad humana para formar vínculos afectivos se recoge en la Teoría del Apego, enunciada por el psiquiatra y psicoanalista John Bowlby. Esta teoría propone que las personas estamos predispuestas a desarrollar relaciones que nos generen protección y seguridad ⁽¹¹⁾.

El vínculo de apego se inicia alrededor del primer año de vida, tras un proceso de interacción con los cuidadores principales, generalmente los padres. Durante la infancia se desarrollarán las primeras experiencias significativas de relaciones de apego. Como resultado de estas experiencias, obtenemos patrones mentales sobre lo que somos y sobre nuestra manera de percibir las figuras de apego, que influirá en nuestros comportamientos y en nuestras relaciones futuras ⁽¹¹⁾.

En la etapa adulta se van a generar relaciones personales, de amistad o laborales, nacidas de la necesidad que tiene el ser humano de relacionarse con otros individuos y formar vínculos estrechos y duraderos que les aporten bienestar, buena adaptación, satisfacción y protección ⁽¹¹⁾.

Existen diferentes estilos de apego, entre los cuales destacamos: ⁽¹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

- Estilo de apego seguro: Estos individuos ven a su figura de apego como una fuente de seguridad y protección. Suele tratarse de personas amables, serviciales, cómodas y seguras con las relaciones íntimas y de alta autoestima. En sujetos con apego seguro se aprecian menores índices de ansiedad en comparación con grupos de apego inseguro, e índices más bajos en hostilidad que en el estilo evitativo. Mikulincer, Shaver y Pereg (2003) manifiestan que en este tipo de estilo existe baja ansiedad y evitación, seguridad en el apego, comodidad con la cercanía y la independencia, confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios de afrontamiento del estrés. Muris, Mayer y Meesters (2000) reportan que los niños con este estilo de apego presentan menores niveles de ansiedad y depresión en comparación con niños con estilos inseguros. Shaver y Mikulincer (2002) realizan una recopilación de investigaciones en relación con los estilos de apego y las estrategias de regulación afectiva, señalando que los individuos con este estilo de apego se sienten menos amenazados por información estresante, pudiendo expresar verbalmente emociones, sin llegar a estar perdidos en preocupaciones y memorias negativas.

- Estilo de apego inseguro-evitativo: Ven a su figura de apego como alguien frío, con un marcado rechazo, lo que los lleva a evitar a su cuidador. Parece que el niño no tiene confianza en la disponibilidad de su figura de apego, mostrando poca ansiedad durante la separación y desinterés en el reencuentro. Mikulincer (2003) enfatiza en la ausencia de seguridad en el apego, produciendo una autosuficiencia compulsiva y la preferencia por la distancia emocional de los otros. Aunque parecen despreocupados por las separaciones, se ha constatado que muestran signos fisiológicos que denotan la presencia de ansiedad.
- Estilo de apego inseguro-ansioso/ambivalente: Perciben a su figura de apego como una persona inconsciente o insensible. Suelen tratarse de personas con hipersensibilidad al afecto negativo, con elevadas expresiones de enfado, con inestabilidad emocional, celos y desconfianza en las relaciones personales. El niño muestra ansiedad ante la separación, pero no se tranquiliza al reunirse de nuevo con su cuidador, por lo que parece un intento de exageración para asegurar la atención. (Fonagy,2004). Mikulincer (2003) manifiesta que en el estilo ansioso ambivalente se aprecia alta ansiedad y baja evitación, inseguridad en el apego, fuerte necesidad de cercanía, preocupaciones en cuanto a las relaciones y miedo al rechazo. Las personas con este tipo de apego inseguro suelen percibir un nivel relativamente bajo de disponibilidad en apoyo emocional e instrumental de otros, y presentan una baja tendencia a la búsqueda de apoyo social en tiempos de necesidad.
- Estilo de apego desorganizado o desorientado: Se determina como una combinación del apego evitativo y el apego ansioso. Son los niños que muestran la mayor inseguridad, y cuando se reencuentran con su figura de apego muestran conductas muy difusas y contradictorias (Oliva,2004). Dentro de este tipo de apego desorganizado se pueden diferenciar dos tipos de pautas de crianza ⁽³⁾.

Los dos sistemas que están directamente relacionados con el apego y que actúan de manera interdependiente son el sistema de búsqueda de apoyo y el sistema de exploración. El sistema de búsqueda de apoyo incluye la búsqueda de proximidad física y psicológica para asegurar (promover) la supervivencia, la seguridad y la regulación emocional y psicológica, en cambio, el sistema exploratorio permite alcanzar la experiencia a través de la curiosidad y el crecimiento de nuevos estímulos. El sistema de apego se activa cuando se perciben amenazas y el sistema de exploración se activa cuando las amenazas se regulan adecuadamente, permitiendo al individuo ser sociable y aprender de las nuevas experiencias (Graci y Fivush, 2016).

Mallinckrodt (2005) sugiere que puede haber una expresión narrativa diferente según el estilo de apego. Aspectos como la flexibilidad cognitiva o la tolerancia a la ambigüedad o a la incertidumbre se consideran necesarios para las conductas de exploración y el crecimiento personal. Las narrativas son la forma en que las personas expresan, a través del lenguaje, sus recuerdos y experiencias. El recordar eventos pasados no es una simple descripción de hechos y observaciones, pues las personas, con el tiempo, convertimos esos eventos en experiencias subjetivas y significativas que dan forma a nuestra identidad y orientan nuestro comportamiento (Graci y Fivush, 2016).

2.3. Relación entre el apego y el duelo.

El apego y el duelo con conceptos diferentes, sin embargo, múltiples investigaciones han determinado la relación existente entre el proceso del duelo y como éste puede verse afectado por los diferentes estilos de apego ⁽¹¹⁾.

El apego es clave en todo proceso de duelo, pues si no existe ninguna forma de apego hacia una persona, animal, objeto o ideal, el duelo no existe ⁽³⁾.

El estilo de apego se ha relacionado con los sucesos vitales estresantes. En 1988, Bowlby afirma que la capacidad que tiene un niño de reaccionar y manejar eventos estresantes es influida por el patrón de apego que haya desarrollado durante su primer año de vida con su cuidador principal ⁽⁹⁾⁽¹¹⁾.

Respecto a la relación con experiencias traumáticas, Kestenbaum (2011) sugiere que los individuos que hayan carecido de figuras de apego estables, serán menos capaces de enfrentarse en la vida adulta a sucesos estresantes ⁽¹¹⁾.

Los individuos que desarrollan un estilo de apego seguro se han criado en un entorno seguro y afectivo, con las necesidades de protección y cuidado cubiertas. Presentan una mejor adaptación frente a la pérdida, pues suelen ser mentalmente positivos y tienen una mejor regulación psicológica (Shear y Shair, 2005). Este tipo de individuos tienen más probabilidades de buscar apoyo en los demás ante situaciones de estrés (Feeney y Noller, 2001), por lo que se considera un factor de protección ante la posibilidad de desarrollar un trastorno de estrés postraumático ⁽¹⁾⁽³⁾⁽¹¹⁾.

Los individuos con apego evitativo, durante su infancia no se han sentido protegidos ni cuidados por su madre, la cual se ha mostrado insensible y pasiva ante las demandas del menor. Suelen manifestar dificultades de expresión de sentimientos y del dolor, mostrando desconfianza durante los periodos de duelo, lo que aumenta el riesgo de que sufran

ansiedad, depresión o recurran al abuso de sustancias (Stroebe, Schut, 2005). Suelen presentar una estrategia defensiva ante el dolor, mediante la negación de pensamientos o sentimientos dolorosos, presentando dificultades para crear el significado de la pérdida (Mikulincer y Shaver, 2008). Estos individuos, ante situaciones de ansiedad suelen mostrar un menor nivel de búsqueda de apoyo, llegando a necesitar distanciarse para poder autorregularse (Feeney y Noller, 2001). Sin embargo, ante situaciones de bajo nivel de estrés buscan apoyo conyugal ante la necesidad de saber que cuentan con este apoyo y sentir que forman parte de la relación ⁽¹⁾⁽³⁾⁽¹¹⁾.

Personas con un apego ansioso suelen responder de manera ansiosa ante situaciones de abandono o separación. Durante la crianza han tenido respuestas ambivalentes por parte de la madre, la cual en ocasiones podía responder de manera cercana y cálida, y otras, en cambio, se mostraba despreocupada. El apego ansioso- preocupado se asocia con las manifestaciones de duelo complicado, manifestadas con angustia e impotencia, que no se ve atenuada con el tiempo (Field, Gao y Paderna, 2005). Los sujetos con este tipo de apego ansioso suelen mostrar dificultades para mantener un grado normal de autonomía y manejar situaciones de la vida en soledad y muestran más dificultades para cesar pensamientos o sentimientos negativos en la pérdida. Esto lleva a relacionar el estilo de apego ansioso con el desarrollo del duelo complicado crónico/prolongado (Mikulincer y Shaver, 2008). Este tipo de individuos, ante situaciones vitales estresantes, se muestran más afectados y de manera más negativa, y tienden a responder de forma más intensa (Perrier, Boucher, Sadava y Molnar, 2010) ⁽¹⁾⁽³⁾⁽¹¹⁾.

El hecho de haber experimentado un mayor número de experiencias traumáticas y haber desarrollado un estilo de apego inseguro, se considera un factor de riesgo ante el desarrollo de una patología psíquica ⁽¹¹⁾.

Actualmente existen líneas de especial interés para la investigación sobre los factores de protección, que intervendrán de manera más saludable en el proceso de superación de las adversidades y las pérdidas, como pueden ser la capacidad de resiliencia, el crecimiento postraumático, una personalidad fuerte o estrategias de afrontamiento adaptativas ante la pérdida ⁽¹¹⁾.

3. APLICABILIDAD.

Los estudiantes de enfermería, durante el grado, reciben un alto nivel de formación teórica, así como en práctica clínica. En multitud de asignaturas se les habla del autocuidado como estrategia principal para una buena práctica asistencial, sin embargo, nunca se recibe formación específica sobre cómo llevar a cabo este autocuidado, y, más concretamente, sobre las estrategias de afrontamiento de las que disponen para hacer frente a las diferentes etapas de la vida y al hecho de lidiar día a día con la enfermedad y la muerte. Que los profesionales sepan canalizar las experiencias negativas y afrontar las diferentes situaciones que viven en su día a día permite que su implicación emocional no afecte a su calidad asistencial ni al desarrollo de su vida diaria. Para ello, consideramos necesario trabajar en dichas estrategias desde la formación en el grado, convirtiendo su aplicación en un recurso habitual y mejorando, consecuentemente, la calidad de vida de los profesionales, e incidiendo en la mejora de la calidad de sus cuidados hacia los pacientes. La finalidad de este estudio es explorar y analizar las narrativas de los estudiantes para conocer sus experiencias con la muerte y cómo las dotan de significado, estudiando sus estilos de apego, la presencia de afectación emocional y la creación de significado de la experiencia a través de la presencia de narrativas de búsqueda de apoyo o de exploración.

4. OBJETIVOS.

4.1. Objetivo principal.

- Explorar y analizar las narrativas de los estudiantes para conocer sus experiencias con la muerte y cómo las dotan de significado, sus estilos de apego, la presencia de afectación emocional y la creación de significado de la experiencia a través de la presencia de narrativas de búsqueda de apoyo y exploración.

4.2. Objetivos específicos.

- Analizar las narrativas de los estudiantes, buscando conocer sus experiencias ante la muerte de los pacientes y sus distintas estrategias de afrontamiento.
- Determinar el estilo de apego de los estudiantes de enfermería.
- Conocer la afectación emocional de los estudiantes y su nivel de depresión.
- Buscar la presencia de narrativas de búsqueda de apoyo y de exploración ante una experiencia negativa.

- Establecer nuevas líneas de investigación.
- Dar visibilidad a la necesidad de formar a los futuros profesionales sanitarios en materia de autocuidado, especialmente en estrategias de afrontamiento.

5. METODOLOGÍA.

5.1. Marco teórico: tipo de paradigma y diseño.

Para alcanzar el objetivo de la investigación se empleará una metodología cualitativa, pues éste nos permite obtener datos a partir de las vivencias personales de los participantes. Por este motivo no se partirá de una hipótesis concreta a partir de la cual se elaborará la investigación, sino que mediante el desarrollo del trabajo irán surgiendo hipótesis que encaminen la elaboración del mismo.

Así mismo, contará con un enfoque de tipo fenomenológico, pues se define como el estudio de la conciencia experimentada desde el punto de vista de la primera persona, cuyo objetivo es describir la forma en que las cosas se nos aparecen en nuestra experiencia o la forma en la que experimentamos las cosas que nos rodean ⁽¹²⁾.

5.2. Marco empírico.

5.2.1. Ámbito del estudio.

El ámbito de estudio seleccionado ha sido la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol. Se ha elegido este ámbito por proximidad y confianza con sus alumnos de enfermería para su comodidad al participar en el estudio.

Los alumnos de enfermería son formados en gran cantidad de materia teórica y práctica, sin embargo, no se forman acerca de las distintas formas de afrontamiento ante los sucesos negativos, evitando que afecten a su calidad de vida personal y a la calidad de sus cuidados.

5.2.2. Muestra del estudio: tipo de muestreo y muestra.

Será empleado un muestreo por conveniencia o de voluntarios. Para este método se solicita colaboración a todos los alumnos de enfermería de 4º curso de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol, por ser los que más horas tienen acumuladas de prácticas clínicas durante su formación de todo el grado, siendo más alta la probabilidad de encontrarnos con alumnos que hayan tenido experiencias cercanas con la muerte de pacientes. No se puede determinar el número de participantes que conformarán la muestra del estudio por tratarse

de un estudio cualitativo y con una muestra de tipo participativo.

5.2.3. Criterios de inclusión y exclusión.

A pesar de que la muestra del estudio es de tipo participativa, se buscará que los participantes interesados cumplan unos criterios específicos de inclusión y de exclusión que nos permitan obtener unos resultados de calidad, con datos de interés para el estudio. Estos criterios son los siguientes:

- **Criterios de inclusión:**

- Ser alumno/a de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol y estar cursando 4º curso del grado en Enfermería.
- Ser mayor de 18 años.
- Haber leído la hoja informativa donde se oferta toda la información relevante acerca del estudio.
- Firmar un consentimiento informado para asegurar su participación.
- Haber experimentado vivencias o experiencias relevantes durante su formación académica con la muerte de los pacientes.

- **Criterios de exclusión:**

- No ser alumno/a de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol.
- Ser alumno/a de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol, pero estar cursando un curso inferior al cuarto año.
- Ser menor de 18 años.
- No haber leído la hoja informativa acerca del estudio, por lo tanto, no ser conocedor de lo que implica su participación en el mismo.
- No aceptar la colaboración en el estudio.
- No firmar el consentimiento informado.
- No haber experimentado ninguna relación con la muerte de un paciente durante su formación en el grado.

5.2.4. Recogida de datos.

Antes de iniciar el estudio hablamos con la decana de la Facultad de Enfermería y Podología para conocer los diferentes permisos que necesitamos para adentrar nuestra investigación en los alumnos de enfermería. Ésta nos refiere la necesidad de tener la aprobación del Comité de Ética de la UDC, sin embargo, al ponernos en contacto con los miembros del Comité nos explican que no es necesario disponer de este permiso para realizar el estudio de TFG y la defensa del mismo, pero sí para una futura publicación. Por lo tanto, estamos a la espera de resolución de dicho permiso, con la intención de, una vez aprobado, poder publicar el estudio.

A través de correo electrónico nos ponemos en contacto con cada uno de los alumnos de 4º curso del grado en Enfermería de la facultad anteriormente nombrada. En este correo se les explica el motivo del mismo, y se les adjuntan dos documentos: una hoja informativa en gallego (anexo I) y otra en castellano (anexo II), donde aparece toda la información que se considera relevante que conozcan para determinar su participación o no en el estudio, y un consentimiento informado en ambos idiomas (anexo III, IV), el cual deben devolver firmado, asegurando que han leído las indicaciones previas y, siendo conocedores del estudio, deciden participar en él. En este correo también se oferta disponibilidad para poder realizar todas las preguntas que consideren pertinentes acerca del proyecto.

Una vez recibidos los consentimientos informados firmados, se le devuelve al correo electrónico una hoja con indicaciones para su participación, nuevamente en ambos idiomas oficiales (anexo V,VI), concretando cuales son las actividades y los resultados que se esperan obtener.

La primera actividad consiste en elaborar dos textos en los cuales se narren dos experiencias vividas durante el desarrollo de las prácticas clínicas expresando sus sentimientos y emociones, una positiva y una negativa, buscando que ésta última se centre en el proceso de afrontamiento ante la muerte de un paciente. No se indica extensión de los textos, tipo de vocabulario, ni idioma, buscando que los participantes se expresen con total libertad, aproximándonos lo máximo posible a su experiencia y a su forma de expresarse.

En segundo lugar, se solicita la cumplimentación de dos cuestionarios que van a aumentar nuestra información acerca de los participantes, y nos van a permitir definir mucho más el estudio y establecer futuras líneas de investigación. El primer cuestionario se trata del Cuestionario de Depresión de Beck (anexo VII, VIII), el cual consiste en seleccionar, en cada agrupación de afirmaciones, la que considere que describe mejor sus sentimientos durante la última semana (incluido el día que se realiza el test), rodeando el número que la precede. El segundo cuestionario se corresponde con el Cuestionario de relación de Bartholomew y

Horowitz (anexo IX, X), que consiste en, en primer lugar, seleccionar entre cuatro párrafos donde se expresan diferentes afirmaciones sobre la forma de relacionarse con los demás, el que considere que mejor le representa. En segundo lugar, debe asociar cada párrafo descrito con una numeración que mejor describa su conformidad o disconformidad con lo en ellos descrito.

Toda la información y los cuestionarios de los participantes se enviarán en dos idiomas, gallego y castellano, por ser estos idiomas oficiales de la Universidad de La Coruña

5.2.5. Posición del investigador.

La investigadora principal de este proyecto es una alumna de 4º curso del grado en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Podología de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol.

El motivo que incita al desarrollo de este proyecto ha sido la curiosidad por conocer como sus compañeros han podido hacer frente a la primera experiencia con la muerte de un paciente, y conocer su significado de este concepto.

Su labor en el proyecto será ponerse en contacto con los participantes y resolver todas las dudas que puedan surgir antes, durante y tras el estudio; realizar la recogida de datos y redactar los cuestionarios y las hojas informativas para los participantes; realizar un análisis de los datos junto con otros miembros investigadores y, finalmente, redactar el procedimiento a seguir, los resultados y las conclusiones obtenidas del mismo.

Durante todo el proceso de investigación la investigadora se mantendrá en una posición neutral y sin juicios de valor.

5.2.6. Análisis de los datos.

El análisis de los datos en investigación cualitativa parte de lo particular a lo general y se caracteriza por su forma cíclica y circular, es decir, se realiza durante toda la investigación, de principio a fin. Se basa en la lectura, reflexión y escritura de los datos obtenidos para que el investigador consiga llegar a la experiencia personal de cada participante.

En el caso de las narrativas, una vez obtenidas se codificarán alfanuméricamente para preservar el anonimato de las personas incluidas en el estudio. Sólo la autora será conocedora de la identidad de los participantes y será la responsable de asignar los códigos anteriormente mencionados.

El análisis de las narrativas será llevado a cabo por tres observadores (dos hombres y una mujer) con formación específica y experiencia en el análisis narrativo.

Tras una lectura inicial de las narrativas, y de forma individual, los observadores procederán a realizar la codificación de las mismas ⁽¹³⁾.

En las narrativas de exploración el esquema de codificación mide el grado en que los individuos expresan el reconocimiento de eventos angustiosos o estresantes, la evidencia de un pensamiento activo de éste o si se cuestionan sobre ello, y establecen múltiples puntos de vista sobre la experiencia. Estos puntos de vista pueden consistir en formas de entender los pensamientos, sentimientos y creencias sobre la experiencia de una manera significativa. Las personas pueden expresar un alto nivel de exploración incluso al encontrar conclusiones negativas. Si se establece una perspectiva integrada o nueva, incluso sin la elaboración de los procesos exploratorios que condujeron a ella, la narrativa recibe una alta puntuación en la codificación.

En las narrativas de búsqueda de apoyo el esquema de codificación mide el grado en que uno expresa la utilización adaptativa de una red de sistema de apego. Los bajos niveles de puntuación en el esquema de codificación recogen una alta preocupación por las amenazas, que inhiben la utilización exitosa de una red de conexión.

La red de apego se pone en funcionamiento con personas que son explícitamente significativas para el/la protagonista de la historia.

Altas puntuaciones en el esquema de codificación registran una estrategia más instrumental, adaptativa, y asegura recurrir a otros en momentos de estrés.

Concretamente, las narrativas de este trabajo serán codificadas según las siguientes tablas, de elaboración propia, extraídas y adaptadas de Graci y Fivush (2016):

TABLA 1: ESQUEMA DE CODIFICACIÓN DE LAS NARRATIVAS DE EXPLORACIÓN.
0 puntos: plano, cuenta de forma objetiva el evento reconocido.
1 punto: expresión y elaboración leve de pensamientos, sentimientos, comportamientos y cómo conectan causalmente.
2 puntos: expresión de procesamiento activo, cuestionamiento o extracción de conclusiones basadas en pensamientos, sentimientos y comportamientos.
3 puntos: expresión de múltiples puntos de vista; diferentes formas de pensar o sentir sobre el evento en función de otros pensamientos elaborados, sentimientos, conclusiones y puntos de vista.
4 puntos: evidencia de que un punto de vista más nuevo se está utilizando, valorando, actuando o que su significado es expresado de alguna manera, en base a otros pensamientos elaborados, sentimientos, conclusiones y puntos de vista.

Fuente: elaboración propia. Extraída y adaptada de Graci y Fivush, 2016

TABLA 2: ESQUEMA DE CODIFICACIÓN DE LAS NARRATIVAS DE BÚSQUEDA DE APOYO.
0 puntos: desregulación emocional severa, hipervigilancia sobre la amenaza sin evidencia de que otros puedan ayudar.
1 punto: hipervigilancia leve a moderada sobre la amenaza sin evidencia de que otros puedan ayudar.
2 puntos: regulación emocional adecuada sin evidencia de que otros puedan ayudar.
3 puntos: expresar la importancia de los demás de una manera emocionalmente regulada
4 puntos: expresión de la utilización de otras personas significativas de una manera emocionalmente regulada.

Fuente: elaboración propia. Extraída y adaptada de Graci y Fivush, 2016.

Una vez finalizada esta codificación de manera individual, los tres observadores deben poner en común sus resultados y, en caso de discordancia, deben lograr un acuerdo.

Una vez recibido el Cuestionario de Depresión de Beck, la autora procede a su análisis. Este cuestionario se trata de uno de los más empleados en todas sus versiones, cuyo objetivo es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad.

Cuenta con 21 ítems con cuatro alternativas cada uno, entre las cuales el participante debe seleccionar la que mejor describa su estado. Cada ítem será puntuado de 0 a 3 puntos en función de la alternativa elegida, obteniendo una puntuación total que puede variar de 0 a 63 puntos, determinando un nivel de depresión de mínimo a grave en función del rango de puntuación, como se aprecia en la siguiente tabla ⁽¹⁴⁾:

TABLA 3: PUNTUACIONES DE CORTE BDI-II (Inventario de Depresión de Beck -Ed. II).			
Mínima: 0-13 puntos	Leve: 14-19 puntos.	Moderada: 20-28 puntos	Grave: >29 puntos

Fuente: elaboración propia. Extraído y adaptado de la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud.

De la misma forma, una vez obtenido el Cuestionario de Relación (CQ) de Bartholomew y Horowitz, se procede a su análisis. El participante debe seleccionar entre cuatro párrafos aquel que considera que mejor describe su relación con los demás y, seguidamente, puntuar de 1 a 7 puntos el nivel de acuerdo o desacuerdo con cuatro afirmaciones escritas. Este cuestionario permite una evaluación categórica de la seguridad de los participantes si la puntuación máxima de los cuatro ítems está en el ítem que refleja seguridad, o bien si la

puntuación máxima de los cuatro ítems refleja un empate entre un ítem seguro y otro inseguro. En caso contrario se les califica como inseguros ⁽¹⁵⁾.

Finalmente, se analizan todos los datos obtenidos de manera global, intentando buscar una relación entre los resultados obtenidos en las narrativas y en los cuestionarios citados con anterioridad.

5.2.7. Sesgos potenciales.

Es importante tener en cuenta que durante el proceso de investigación pueden surgir dificultades o sesgos a los cuales la autora debe hacer frente.

Al tratarse de un muestreo de tipo voluntario es importante tener en cuenta la posibilidad de que la muestra sea demasiado pequeña o incluso insuficiente. En este caso será necesario ampliar el tiempo de búsqueda o establecer nuevos criterios de inclusión en el estudio, que nos permitan aumentar el tamaño de muestra poblacional.

Por otro lado, el hecho de contar una experiencia personal puede resultar incómodo para algunos participantes. Para evitar esta situación o hacerla lo más llevadera posible, se ha remarcado en las indicaciones para los participantes que sus narrativas deben ser redactadas en el idioma y en el tipo de lenguaje con el que se sientan más cómodos, sin necesidad de embellecer sus palabras o sus sentimientos por el hecho de estar participando en un estudio de investigación. Además, con el fin de favorecer este hecho, la autora se mostrará siempre cercana a los participantes, buscando crear un vínculo de confianza con ellos, además de recalcarles la total anonimidad de los relatos, así como su disponibilidad constante para resolver cualquier tipo de duda que surja acerca de su colaboración.

5.2.8. Rigor y credibilidad.

En investigación cualitativa es importante establecer criterios que aseguren el rigor y la calidad del estudio. Estos criterios son ⁽¹⁶⁾:

- **Credibilidad:** busca establecer veracidad en los datos, intentando eliminar cualquier interacción que pueda interrumpir en el proceso de análisis e interpretación de los datos, alterando el resultado.

En este estudio, con la intención de asegurar la credibilidad, se ha empleado el método de la triangulación. Concretamente, se ha llevado a cabo una triangulación metodológica, pues los datos han sido obtenidos desde diferentes puntos de vista y empleando diferentes técnicas como han sido la narrativa, el cuestionario de relación y el cuestionario de Beck; y una triangulación de

investigadores, pues los datos han sido analizados por diferentes investigadores con la intención de aportar diferentes puntos de vista para enriquecer el estudio y, a su vez, reducir sesgos y posicionamientos por parte del investigador principal.

- Transferibilidad: se trata de la aplicabilidad de los resultados, es decir, la capacidad de extrapolar los resultados a otro contexto.
- Consistencia: se trata de la estabilidad de los datos.
- Confirmabilidad: hace referencia a la neutralidad del autor, es decir, se trata de garantizar que el trabajo no está sesgado ni determinado por el autor.

6. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES.

Respecto a los aspectos ético-legales del estudio, éste se regirá por el Código Deontológico de Enfermería ⁽¹⁷⁾ y los principios bioéticos, cumpliendo con lo estipulado en la Declaración de Helsinki ⁽¹⁸⁾ y en el Convenio de Oviedo ⁽¹⁹⁾, que regulan la investigación médica en seres humanos, su protección y dignidad.

Antes de iniciar el estudio, los participantes recibirán en sus correos electrónicos una hoja informativa donde se detallan las características del mismo y los objetivos a cumplir, en gallego y en castellano, y un consentimiento informado, contemplado y desarrollado en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, que deben devolver firmado a la autora para asegurar su capacidad de comprensión y conformidad con la información ofertada, y asegurar su deseo de participación voluntaria en el estudio sin beneficio ni incentivo mayor que el reconocimiento personal y el agradecimiento por parte de la autora.

En relación a la confidencialidad, se les informa a los participantes que todos los datos que oferten al estudio serán anónimos, incluidos bajo un sistema de codificación que sólo será conocido por la autora, y que salvaguardará su identidad bajo el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, que regula su desarrollo.

De la misma forma se recalca que toda la información aportada será empleada única y exclusivamente con fines de estudio e investigación, y se garantiza el derecho de confidencialidad y protección de datos personales recogidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales, y que su participación podrá cesar en el momento en el que ellos lo consideren oportuno, sin

necesidad de justificación alguna y sin ningún tipo de represalia ni consecuencia.

7. RESULTADOS.

Tras haber realizado el análisis de los datos se han obtenido importantes resultados para nuestro trabajo de investigación.

El Cuestionario de Beck analiza el nivel de depresión presente. En éste se ha recogido que todos los participantes presentan un nivel de depresión mínima o ausente, excepto en un caso, que manifiesta un nivel de depresión leve.

En el cuestionario CQ o de relación de Bartholomew y Horowitz se analiza el tipo de apego que presentan los alumnos. En este caso, cinco participantes presentan un tipo de apego seguro, frente a otros cinco que presentan un apego de tipo inseguro. Dentro de los cinco participantes con un apego inseguro podemos diferenciar tres casos con apego inseguro-temeroso, un caso con apego inseguro preocupado y un caso de apego inseguro-evitativo. Este análisis del apego se ha representado en la siguiente tabla de creación propia, llevada a cabo en base a un gráfico presente en el artículo de Mikulincer, M. y Shaver, P.R. (2007) *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change* ⁽²⁰⁾.

Tabla 4: Estilo de apego, dimensión de evitación y de ansiedad y presencia o ausencia de depresión.

Muestra estudiada N=10			
	Cuestionario de Apego (Bartholomew y Horowitz, 1991)	Cuestionario de depresión de Beck (BAI adaptación española. Sanz, 2014).	
Apego Seguro	5		0 0 0 0 0
Dimensiones Ansiedad/evitación			
Apego Inseguro	5	Inseguro- temeroso: 3	0 0 0
		Inseguro- preocupado 1	0
		Inseguro- evitativo: 1	1

Nivel de depresión 0 (mínima ausente), 1 (leve), 2 (moderada) y 3 (severa).

Fuente: elaboración propia.

En el caso del análisis narrativo, hemos decidido diferenciar las narrativas asociadas con eventos negativos, de las narrativas asociadas a eventos positivos. Para ello, se han elaborado dos tablas que permitan comparar visualmente ambos tipos de narrativas:

Tabla 5. Niveles de narrativas de exploración y de búsqueda de apoyo en los eventos negativos.

		Nivel				
Eventos negativos	Bajo			Alto		
	0	1	2	3	4	
Narrativas de exploración		+ + + + +	+ + +	+ +		
Narrativas de búsqueda de apoyo		+ + + + + + +	+ + +			

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Niveles de narrativas de exploración y de búsqueda de apoyo en los eventos positivos.

		Nivel				
Eventos positivos	Bajo			Alto		
	0	1	2	3	4	
Narrativas de exploración	+	+ + +	+ + + + +	+		
Narrativas de búsqueda de apoyo		+	+ + + + + + + +		+	

Fuente: elaboración propia.

En las narrativas de búsqueda de apoyo el esquema de codificación mide el grado en que uno expresa la utilización adaptativa de una red de sistema de apego (es decir, familiares, amigos o figuras espirituales). Los niveles bajos de puntuación en el esquema de codificación recogen una alta preocupación por las amenazas, que inhiben la utilización exitosa de una red de conexión. Altas puntuaciones en el esquema de codificación registran una estrategia más instrumental, adaptativa y segura para recurrir en momentos de estrés o amenaza.

En el cuadro donde se recogen las narrativas de los eventos negativos se observa un nivel

bajo en las estrategias de búsqueda de apoyo en momentos de estrés o amenaza, lo que se relaciona con un apego inseguro ⁽¹³⁾. Sin embargo, en la tabla correspondiente a las narrativas asociadas con eventos positivos se observa un nivel medio en las estrategias de búsqueda de apoyo.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de narrativas de búsqueda de apoyo analizadas en este estudio:

Ejemplos de narrativas de búsqueda de apoyo.	Alto nivel de búsqueda de apoyo.	<i>«En aquel momento me ayudó bastante comentarlo con mis amigas y familiares...» [EC03]</i>
	Bajo nivel de búsqueda de apoyo.	<i>«Durante el tiempo que estuvo sedada me acercaba cada poco a la habitación junto a ella, necesitaba hacerlo...» [FA01]</i> <i>«Cuando llegué a mi casa tuve que llorar para deshacer el nudo de la garganta...» [RA02]</i> <i>«Vivir esta experiencia me ha ayudado a poder enfrentarme un poco más a esos sentimientos que vivo tan intensamente y a poder sobrellevarlo para seguir con el trabajo...» [PI04]</i> <i>«Presencí como su correspondiente enfermera no paraba en todo el turno, como los celadores no dejaban de traer concentrados de hemáties y como el pasillo de la unidad se convertía en una pasarela para cientos de médicos de diferentes especialidades que estaban dando todo lo posible por poder salvarle la vida a esa chica...» [BI05]</i> <i>«Estuve durante un par de días dándole vueltas al fallecimiento ya que no podía parar de cuestionarme si se hubiera podido haber hecho algo antes...» [BP06]</i>

Fuente: elaboración propia.

Los estilos de apego identificados en la muestra corresponden con el estilo inseguro preocupado e inseguro temeroso. La literatura habla de que el estilo de apego se relacionará con las diferentes formas de creación del significado narrativo, y los individuos con apego más inseguro muestran un uso menos eficaz de la exploración narrativa y la búsqueda de apoyo (Graci y Fivush, 2016).

En las narrativas de exploración también la tendencia es a un nivel mínimo o bajo en el modo en que los participantes expresan el reconocimiento de situaciones angustiosas, estresantes o difíciles: no se observa un cuestionamiento sobre las experiencias ni una evidencia de un

procesamiento activo y no se establecen múltiples puntos de vista sobre la experiencia, lo que se corresponde con lo observado en estudios revisados.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de las narrativas de exploración analizadas en este estudio:

Ejemplos de narrativas de exploración.	Alto nivel de exploración.	<p><i>«Tras lo sucedido, a mayores de la situación, tenía la idea de que no podía ser una buena enfermera de este modo, ya que soy yo la que tiene que dar apoyo y no venirme abajo...» [MS07]</i></p> <p><i>«Pude reflexionar más mientras lo embolsábamos, pensando en si su familia ya habría recibido la noticia, en cómo se estarán sintiendo e intenté ponerme en su lugar ...» [PI04]</i></p>
	Bajo nivel de exploración.	<p><i>«Es algo que lidio bien ya que lo entiendo y lo asumo. Pero sí que el recuerdo de esas personas invade de vez en cuando mis pensamientos...» [GS08]</i></p> <p><i>«Este fue, sin duda, el que más me marcó. Quizás porque era una paciente con la que me podía sentir más identificada en cuanto a la edad...» [BI05]</i></p> <p><i>«Esta situación me hizo pensar sobre lo rápido que puede cambiar una situación...» [LO12]</i></p> <p><i>«Sentía impotencia, miedo y empatía por la pareja que lloraba desconsolada...» [MA09]</i></p> <p><i>«Hay que aprender a “llevarlo”, supongo...» [EC03]</i></p>

8. DISCUSIÓN.

Los relatos recogidos de los alumnos de cuarto de enfermería reflejan niveles bajos de narrativas de exploración y narrativas de búsqueda de apoyo.

Este trabajo nos muestra que se observa una incidencia merecedora de estudio y que puede tener implicaciones a nivel de la salud psicológica de los futuros enfermeros o también de la práctica profesional.

Nos llama la atención la brevedad y la poca elaboración de los relatos. No aparecen subtramas, apenas aparecen relaciones con otras actividades profesionales o personales, no generalizaciones que permitan destilar un corolario moral o aprendizaje consistente de la

experiencia. No apuntamos que necesariamente deba darse pero que sí es sorprendente la escasez con la que aparecen. Lo que hace que la narrativa quede cercana a la descripción y más alejada de una elaboración emocional, y por lo tanto personal, a pesar de que el mismo enunciado de la prueba invitaría a ello.

Una explicación de los datos puede estar relacionado con la deseabilidad social.

La deseabilidad social implica sobredimensionar las actitudes y comportamientos socialmente deseables y reducir los comportamientos y actitudes socialmente desaprobados o menos deseables (Collazo, 2005; Coq y Asián, 2002; Crowne y Marlowe, 1960; Ellington, Sackett y Houhg, 1999; González y Iruarrizaga, 2005; Paulhus, 1984). Esta se evidencia cuando el sujeto elige una respuesta deseable pero poco frecuente en contraposición a la conducta más común pero menos deseable, o bien cuando se elige el reactivo por la conveniencia social de la respuesta (Braun, Jackson y Wiley, 2002; Kerlinger y Howard, 2002; Nunnally y Bernstein, 1995) ⁽²¹⁾.

Homanns (1974 en Harry, 1984), sugiere que esta capacidad tiene su origen en que los seres humanos necesitan la aprobación social como un factor de motivación ⁽²¹⁾.

Anastasi y Urbina (1998), sostienen que hay personas que distorsionan la realidad para quedar bien ante los demás, pero también hay personas que buscan la distorsión de sus respuestas para quedar mal. En cualquiera de los casos estas distorsiones implican unos datos no fiables que pueden llevar a conclusiones erróneas ⁽²¹⁾.

En sus orígenes, la deseabilidad social se ha concebido como un sesgo de la tendencia de respuesta (Cronbach, 1946) cuyo objetivo es dar una imagen positiva de uno mismo (Edwards, 1957), conceptuándose como una tendencia a la mentira y al engaño (Eysenck y Eysenck, 1963; Hartshorne y May, 1928; Meehl y Hathaway, 1946). Sin embargo, otros autores han visualizado este concepto como un rasgo de personalidad relacionado con el ajuste psicológico (Dicken, 1963; Jacobson, Kellogg, Cauce y Slavin, 1977; McCrae y Costa, 1983; Sackeim y Gur, 1978) y relacionado con la conformidad a las demandas sociales y la búsqueda de aprobación social ⁽²²⁾.

A pesar de que existen las dos visiones, la más generalizada es de distorsión o ruido en las mediciones psicológicas ⁽²²⁾.

Consideramos que existe la posibilidad de que los estudiantes narren sus experiencias de acuerdo a cómo quieren ser vistos, personas seguras en su trabajo que pueden enfrentarse a momentos difíciles, y que, la necesidad de expresar emociones o sentimientos negativos, pueda ser vista como una debilidad o falta de fortaleza frente a lo que se espera de un profesional seguro y confiado.

Por otro lado, los relatos de los eventos negativos y positivos elaborados para el estudio

muestran poca competencia narrativa. La competencia narrativa es un conjunto de habilidades que se requieren para conocer, absorber, interpretar y conmoverse con las historias que uno escucha, se construye o lee. Las podemos explicar como la capacidad de explorar diferentes perspectivas y motivaciones, explícitas e implícitas, de los actores implicados; de organizarlas temporal y causalmente y conectarlas con narrativas subordinadas y con narrativas más amplias; imaginar el sentido que un acontecimiento puede tener para los que intervienen en él; captar su esencia emocional y entender sus implicaciones morales y relacionales. Rita Charon (2006) señala que la competencia narrativa nos permite “reconocer, absorber, interpretar y conmoverse con las historias de enfermedades” y que es una herramienta fundamental para adquirir, comprender e integrar los diferentes puntos de vista de todos los participantes que tienen un papel en la experiencia de la enfermedad ⁽²³⁾.

Con este trabajo se propone la necesidad de prestar atención en la formación de los futuros profesionales de enfermería al desarrollo de la competencia narrativa, incorporando métodos literarios que ayuden a los profesionales a lograr una comprensión contextual de experiencias humanas singulares, apoyando el reconocimiento de múltiples significados contradictorios de eventos complejos.

La lectura de textos literarios estimula la imaginación (abre la mente a diferentes ideas y posibilidades variadas) y el análisis del texto promueve una comprensión más profunda de la narrativa (Zaharias, 2018) ⁽²⁴⁾.

La imaginación es una parte crucial de la reproducción de un carácter sano y, por lo tanto, de la estabilidad intergeneracional de la sociedad (Nussbaum, 2008, p.272) ⁽²⁵⁾.

El discurso narrativo no es solo una manera de hablar sino un elemento fundamental para el aprendizaje. Así la capacidad de narrar es una condición del aprendizaje de las formas más elaboradas del pensamiento y la escritura. Precisamos abordar los nuevos temas a través de la narrativa. La conversación informal no es solo una charla ociosa sino una etapa fundamental e importante en el desarrollo de nuestra comprensión de temas nuevos. Comenzamos a aprender algo nuevo con una historia en la mente.

Bruner describe que el relato escribe dos paisajes simultáneos, el paisaje exterior de acción y el paisaje interior del pensamiento y la intención. El lenguaje narrativo nos permite bucear por debajo de las apariencias exteriores del comportamiento humano para explorar los pensamientos, sentimientos e intenciones de los agentes (McEwan y Egan, 2012, p.14-15) ⁽²⁶⁾.

Los profesionales precisan de una capacidad comunicativa, ya que el mero traspaso de información no basta. Las habilidades clínicas centrales de escuchar, preguntar, reunir,

explicar e interpretar pueden proporcionar una manera de mediar entre los diferentes mundos que confluyen entre los pacientes y los profesionales de la salud. Los relatos, además de describir acontecimientos o experiencias, tienen la función de alterar nuestra conciencia y nuestro sentir, de transformar nuestra experiencia y el sentido que les conferimos. A través de la literatura, los relatos y la narrativa autobiográfica se adquiere y transmite una competencia narrativa (Mar y Oatley, 2008) ⁽²⁷⁾.

9. OTRAS POSIBLES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

- La necesidad de implementar formación específica en materia de afrontamiento y autocuidado durante el grado.
- Si al incorporar el desarrollo de la competencia narrativa, a través de la literatura o ficción, se obtienen mejores resultados en las narrativas de búsqueda de apoyo y de exploración.
- ¿Cómo afecta el modo de afrontamiento de los eventos negativos a los profesionales en su vida personal?
- ¿Cómo afecta el modo de afrontamiento de los eventos negativos a los profesionales en su calidad asistencial?

10. CONCLUSIÓN.

1. Los relatos recogidos de los alumnos de cuarto curso del grado en enfermería reflejan bajos niveles de narrativas de exploración y búsqueda de apoyo.
2. En este trabajo se observa una incidencia merecedora de estudio y que puede tener implicaciones a nivel de la salud psicológica de los futuros enfermeros y enfermeras, o de la práctica profesional.
3. Se destaca la brevedad de los relatos, sin subtramas, relaciones con otras actividades personales o profesionales, quedando la narrativa cercana a la descripción y alejada totalmente de la elaboración emocional que se solicitaba en el enunciado de las indicaciones.
4. Una posible explicación de esta conducta puede ser la deseabilidad social, que se trata de que el sujeto sobredimensione las actitudes y comportamientos socialmente deseables, reduciendo los no deseables.

5. Los relatos elaborados muestran, a su vez, la ausencia de competencia narrativa, siendo esta un conjunto de habilidades necesarias para recoger, absorber e interpretar historias que uno escucha, lee o imagina. La lectura de textos literarios estimula la imaginación, y el análisis del texto permite una comprensión más profunda del mismo.

11. BIBLIOGRAFÍA.

1. Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes. [Internet]. [citado el 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/9262/Primera parte MARCO TEORICO.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/9262/Primera%20parte%20MARCO%20TEORICO.pdf?sequence=6&isAllowed=y)
2. Monroy Martínez D, Amador Velázquez R. Duelo complicado [Internet]. México; 2018 [citado el 19 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi182m.pdf>
3. Maura Mateu M. Memoria de trabajo de fin de grado. Duelo y apego: de la creación del vínculo a la pérdida del mismo. [Internet]. Islas Baleares; 2015 [citado el 20 de diciembre de 2020]. Disponible en: [https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1508/Maura Mateu Marta Patricia TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1508/Maura%20Mateu%20Marta%20Patricia%20TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Graci M, Fivush R. Narrative meaning making, attachment and psychological growth and stress [Internet]. USA; 2017 [citado el 3 de enero de 2021]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0265407516644066>
5. Diaz Meza C. Narrativas docentes y experiencias escolares significativas: relatando el sentido de ser maestro. [Internet]. Cali-Colombia; 2007 [citado el 28 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1053/105316865004.pdf>
6. Domínguez de la Ossa E, Herrera González J. La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. [Internet]. Colombia; 2013 [citado el 26 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a09.pdf>
7. Aya Angarita S. Reflexiones acerca de los procesos incluidos en la construcción narrativa. ¿Cómo emergen los relatos? [Internet]. Bogotá-Colombia; 2010 [citado el 27 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n1/v6n1a15.pdf>
8. Fonseca F. J. Reflexiones sobre la construcción narrativa de la identidad, crisis y afrontamiento. [Internet]. Colombia; 2012 [citado el 13 de marzo de 2021]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Juan-Fonseca-11/publication/298783503 Reflexiones sobre la Construccion Narrativa de la Identidad Crisis y Afrontamiento/links/56eadc0208ae9dcdd82a4e0c/Reflexiones-sobre-la-Construccion-Narrativa-de-la-Identidad-Crisis-y-Afrontamiento.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Juan-Fonseca-11/publication/298783503_Reflexiones_sobre_la_Construccion_Narrativa_de_la_Identidad_Crisis_y_Afrontamiento/links/56eadc0208ae9dcdd82a4e0c/Reflexiones-sobre-la-Construccion-Narrativa-de-la-Identidad-Crisis-y-Afrontamiento.pdf)
9. Moneta M. Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby [Internet]. Chile; 2014 [citado el 23 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>

10. Garrido Rojas L. Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. [Internet]. Chile; 2006 [citado el 20 de enero de 2021]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rfp/v38n3/v38n3a04.pdf>
11. Valero-Moreno S, Barreto-Martín P, Pérez Marín M. familia y duelo: el apego y los acontecimientos vitales estresantes como predictores del desarrollo de duelo complicado [Internet]. Valencia; 2016 [citado el 28 de abril de 2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/153481832.pdf>
12. Vaquer J. Una descripción fenomenológica del "objeto arqueológico" [Internet]. Chile; 2018 [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/chungara/v50n4/0717-7356-chungara-01802.pdf>
13. Graci y Fivush R. (2017). Narrative meaning making, attachment and psychological and stress. *Journal of Social and Personal Relationship*, 34 (4), 486-509.
14. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Evaluación y cribado de la depresión - GuíaSalud [Internet]. GuíaSalud. [citado el 12 marzo de 2021]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/6-evaluacion-y-cribado-de-la-depresion/>
15. Yárnoz-Yaben S, Comino P. Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. [Internet]. Madrid; 2011 [citado el 11 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030766006.pdf>
16. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en investigación cualitativa. [Internet]. Cali-Colombia; 2003 [citado el 18 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334309.pdf>
17. Código deontológico - CODEM. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Codem.es. [citado el 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>
18. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. 2017 [citado el 13 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
19. Boletín Oficial del Estado. Instrumento de Ratificación del 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 (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), [Internet]. 1999 [citado el 13 de marzo de 2021]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/\(1\)/dof/spa/pdf](https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/(1)/dof/spa/pdf)

20. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. Guilford Press. P89.
21. Enríquez Jiménez F, Domínguez Espinosa A. Influencia de la Deseabilidad Social (DS) en Reportes de Capacitación [Internet]. México; 2010 [citado el 15 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133915936008.pdf>
22. Domínguez Espinosa A, Aguilera Mijares S, Acosta Canales T, Navarro Contreras G, Ruíz Paniagua Z. La deseabilidad social revalorada: más que una distorsión, una necesidad de aprobación social [Internet]. México; 2012 [citado el 15 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322012000300005
23. Charon, Rita. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press, 2006.
24. Zaharias, G. (2018). What is narrative-based medicine: Narrative-based medicine 1. *Canadian Family Physician*, 64(3), 176-180.
25. Nussbaum, M. C. (2008). Paisajes del pensamiento: la inteligencia de las emociones. Barcelona: Paidós.
26. McEwan, H., & Egan, K. (1998). La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación. Buenos Aires: Amorrortu.
27. Mar, R. A., & Oatley, K. (2008). The function of fiction is the abstraction and simulation of social experience. *Perspectives on psychological science*, 3(3), 173-192.

12. ANEXOS.

12.1. Anexo I: Hoja informativa para los participantes en gallego.

FOLLA INFORMATIVA.

Título da investigación: Aproximación ao estudo narrativo das experiencias dos estudantes de enfermería fronte á morte.

Investigador/a principal: Andrea Lago Trillo.

O meu nome é Andrea Lago Trillo, alumna de 4º curso do Grado en Enfermería na Facultade de Enfermería e Podoloxía de Ferrol. A través do presente documento apórtolle información sobre un proxecto de investigación no cal me gustaría contar coa súa participación.

Antes de facerme partícipe da súa decisión invítolle a que lea detidamente o documento aquí presente, consultado con outras personas se o considera preciso, así como a preguntarme todas as súas dúbidas acerca de éste e cerciorarse de que o comprendeu, asegurando totalmente a súa decisión.

Esta participación é totalmente voluntaria, é dicir, non recibirá ningún tipo de compensación material nin económica pola mesma. Ademáis, é importante que teña claro que, independentemente da súa decisión, vostede poderase retirar do proxecto no momento en que o considere preciso, sexa polo motivo que sexa e sen necesidade de xustificación alguna.

PROPÓSITO DO ESTUDO.

A través deste proxecto preténdese identificar as estratexias de afrontamento ante situacións extremas como é a morte dun paciente, que mostran os alumnos de 4º curso do Grado en Enfermería da Facultade de Enfermería e Podoloxía de Ferrol, mediante a narrativa de experiencias persoais que viviron durante o periodo de formación clínica, e os seus diferentes estilos de apego.

Os resultados obtidos neste proxecto permitirannos xustificar a posibilidade de levar a cabo una investigación maior para determinar a necesidade de implementar nas competencias curriculares a importancia do autocuidado durante a formación de grado.

SELECCIÓN DOS PARTICIPANTES.

Convídanse a participar neste proxecto os estudantes de 4º curso do Grado en Enfermería da Facultade de Enfermería e Podoloxía da Universidade de A Coruña, xa que se considera

que tras pasar por varios cursos donde levaron a cabo diferentes niveis de práctica clínica, puideron desenvolver estratexias de afrontamento ante situacións extremas e difíciles como é a morte dun paciente.

INTERVENCIÓN DOS PARTICIPANTES.

Despois de ler esta folla informativa, si desexa participar no estudo deberá asinar un consentimento informado que asegure que liu a dita documentación detidamente, non ten dúbidas e, de forma puramente voluntaria, decide colaborar. Recórdolle de novo que, no momento en que o considere preciso poderá retirarse do proxecto sen necesidade de xustificar o motivo.

A súa participación consistirá en, de maneira totalmente libre, narrar un acontecemento positivo e outro negativo que lle sucedera na súa vida profesional e que, por algunha razón marcara un punto de inflexión ou sexa considerado un momento significativo. A súa narración pode ter a extensión que vostede considere, e poderá escoller a linguaxe e o idioma co que se sinta máis cómodo/a. Dito relato debe incluír sensación e sentimentos, así como os métodos que empleou para afrontar a situación, no caso de que conseguise afrontala.

Seguidamente solicitarase que cubra o cuestionario de relación (CQ) de Bartholomew e Horowitz, que está formado por dous apartados: no primeiro apartado debe elixir cal das catro afirmacións considera que describe mellor a súa maneira de relacionarse cos demais e, no segundo apartado, debe puntuar do 1 ao 7, sendo 1 totalmente en desacordo e 7 totalmente de acordo, os catro parágrafos presentes.

Por último, deberá cubrir o cuestionario de Beck, que consiste en elixir a afirmación que mellor describa os seus sentimentos na última semana.

POSIBLES INCONVENIENTES AO PARTICIPAR NO ESTUDO.

Durante a súa participación no estudo pode experimentar incomodidade ao lembrar as experiencias que narre ou incluso pode crearlle desconfianza o feito de compartilas. Todo o que nos aporte será anónimo e sólo será empregado con fin de investigación.

Se nalgún momento considera que a súa participación estalle afectando e non quere seguir con ela, poderá retirarse sen necesidade de dar explicacións e sen ningún tipo de repercusión.

BENEFICIOS E INCENTIVOS.

A súa participación neste proxecto non terá ningún tipo de remuneración material nin

económica, pois debe tratarse dunha participación puramente voluntaria e sen ánimo de lucro. O beneficio que pode obter é emocional, ao participar nun estudo que busca ser de utilidade na formación de futuros profesionais, fundamentalmente no autocuidado dos mesmos, mellorando de forma indirecta a calidade asistencial.

CONFIDENCIALIDADE.

Si decide participar na investigación debe saber que se salvagardará a súa identidade en todo momento, identificando a súa información con un código en lugar de emplear o seu nome e apelidos, evitando que outros participantes ou futuros lectores poidan coñecer a súa participación. Ademáis, toda a información que nos aporte será confidencial e empleada únicamente con fins na investigación. Non será entregada nin compartida con ninguén.

COMPARTIR OS RESULTADOS.

Se o solicita mediante o consentimento informado que asinará para participar no proxecto, os resultados obtidos e as conclusión serán compartidas con vostede antes de facerse públicas.

A QUEN PODO DIRIXIRME.

No caso de ter calquera dúbida ou no caso de que precise calquera aclaración, incluso despois de iniciarse o estudo, non dude en contactar coa investigadora Andrea Lago Trillo, no número de teléfono ou no correo electrónico

Agradezo moito o seu tempo e a súa colaboración.

Reciba un cordial saúdo.

12.2. Anexo II: Hoja informativa para los participantes en castellano.

HOJA INFORMATIVA.

Título de la investigación: Aproximación al estudio narrativo de las experiencias de los estudiantes de enfermería frente a la muerte.

Investigador/a principal: Andrea Lago Trillo.

Mi nombre es Andrea Lago Trillo, alumna de 4º curso del Grado en Enfermería en la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol. A través del presente documento le apporto información sobre un proyecto de investigación en el cual me gustaría contar con su participación.

Antes de hacerme participe de su decisión le invito a que lea detenidamente el documento aquí presente, consultando con otras personas si lo considera necesario, así como a preguntarme todas sus dudas acerca de éste y cerciorarse de que lo ha comprendido, asegurando totalmente su decisión.

Esta participación es totalmente voluntaria, es decir, no recibirá ningún tipo de compensación material ni económica por la misma. Además, es importante que tenga claro que, independientemente de su elección, usted podrá retirarse del proyecto en el momento en que lo considere necesario, sea por el motivo que sea y sin necesidad de justificación alguna.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO.

A través de este proyecto se pretende identificar las estrategias de afrontamiento ante situaciones extremas como es la muerte de un paciente, que manifiestan los alumnos de 4º curso del Grado en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol, a través de la narrativa de experiencias personales que pudieron haber vivido durante el período de formación clínica, y los diferentes estilos de apego.

Los resultados obtenidos en este proyecto permitirán justificar la posibilidad de llevar a cabo una investigación mayor para determinar la necesidad de implementar en las competencias curriculares la importancia del autocuidado durante la formación de grado.

SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

Se invitan a participar en este estudio a estudiantes de 4º curso del Grado en

Enfermería de la Facultad de Enfermería y Podología de la Universidad de A Coruña, ya que se considera que tras pasar por varios cursos donde llevaron a cabo diferentes niveles de práctica clínica, han podido desarrollar estrategias de afrontamiento ante situaciones extremas y difíciles como es la muerte de un paciente.

INTERVENCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

Tras leer esta hoja informativa, si desea participar en el estudio deberá firmar un consentimiento informado que asegure que ha leído dicha documentación de manera detenida, no tiene dudas y de forma puramente voluntaria decide colaborar. Le recuerdo nuevamente que, en el momento en que lo considere necesario podrá retirarse del proyecto sin necesidad de justificar el motivo.

Su participación consistirá en, de manera totalmente libre, narrar un episodio positivo y otro negativo que le haya sucedido en su vida profesional y que, por alguna razón haya marcado un punto de inflexión o sea considerado un momento significativo. Su narración puede tener la extensión que considere necesaria, y podrá elegir el lenguaje y el idioma con el que se sienta más cómodo/a. Este relato deberá incluir sensaciones y sentimientos, así como los métodos que haya empleado para afrontar la situación, en caso de que haya conseguido afrontarla.

Seguidamente se solicitará que cubra el cuestionario de relación (CQ) de Bartholomew y Horowitz, que está formado por dos apartados: en el primer apartado debe elegir cual de las cuatro afirmaciones considera que describe mejor su forma de relacionarse y, en el segundo apartado, debe puntuar del 1 al 7, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo, los cuatro párrafos presentes.

Para terminar, se solicitará la cumplimentación del cuestionario de Beck, que consiste en elegir la afirmación que mejor describa sus sentimientos en la última semana.

POSIBLES INCONVENIENTES AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

Durante su participación en el estudio puede experimentar incomodidad al recordar las experiencias que narre o incluso le puede crear desconfianza el hecho de compartirlas. Todo lo que nos aporte será anónimo y solamente será empleado con fines de investigación.

Si en algún momento considera que su participación le está afectando y no quiere continuar, podrá retirarse sin necesidad de dar explicaciones y sin ningún tipo de repercusión.

BENEFICIOS E INCENTIVOS.

Su participación en este proyecto no tendrá ningún tipo de remuneración material ni económica, pues debe tratarse de una participación puramente voluntaria y sin ánimo de lucro. El beneficio que puede obtener es emocional, al participar en un estudio que busca ser de utilidad en la formación de futuros profesionales, fundamentalmente en el autocuidado de los mismos, mejorando de forma indirecta la calidad asistencial.

CONFIDENCIALIDAD.

Si decide participar en la investigación debe saber que se salvaguardará su identidad en todo momento, identificando su información con un código en vez de emplear su nombre y apellidos, evitando que otros participantes o futuros lectores puedan conocer su participación. Además, toda la información que nos aporte será confidencial y empleada únicamente con fines de investigación. No será entregada ni compartida con nadie.

COMPARTIR LOS RESULTADOS.

Si lo solicita mediante el consentimiento informado que firmará para participar en el proyecto, los resultados obtenidos y las conclusiones serán compartidas con usted antes de hacerse públicas.

A QUIEN PUEDO DIRIGIRME.

En caso de tener cualquier duda o precisar cualquier aclaración, incluso tras haberse iniciado el estudio, no dude en contactar con la investigadora Andrea Lago Trillo, en el número de teléfono..... o el correo electrónico.....

Agradezco mucho su tiempo y su colaboración.

Reciba un cordial saludo.

12.3. Anexo III: Consentimiento informado en gallego.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título: Aproximación ao estudo narrativo das experiencias dos estudantes de enfermería fronte á morte.

Eu, _____, con DNI _____, totalmente consciente e capacitado/a para tomar decisións manifesto que:

- Lin detidamente a folla informativa que se me proporcionou, comprendín todo o que nela se expresa e puiden resolver todas as dudas que tiña, polo que, de maneira cerciorada confirmo a miña participación voluntaria.
- Entendo cal é o obxectivo deste proxecto e por qué se me elixiu como invitado/a para participar nel, así como cal é o meu papel e que é o que se me pide.
- Entendo que a miña participación é puramente voluntaria, que baixo ningún feito recibirei calquer tipo de compensación económica nin material, e que podo cancelar a miña participación no dito proxecto no momento en que o considere preciso, sen necesidade de xustificación e sen ningún tipo de repercusión.
- Autorizo a investigadora a emplear a información que lle proporcione, só con fins na investigación, e seguindo de maneira estricta os criterios de confidencialidade expresados na folla informativa.
- Declaro que este documento foi asinado por min, de forma totalmente voluntaria e sen ser coaccionado para facelo, e, da mesma forma, confirmo novamente a miña participación voluntaria no proxecto descrito.

De maneira opcional, requiro recibir información sobre este proxecto, así como dos resultados e das conclusións obtidas antes de que éste se faga público.

O/A PARTICIPANTE

Nome e apelidos _____

Sinatura:

O/A INVESTIGADOR/A

Nome e apelidos _____

Sinatura:

En _____ a _____ de _____ de 20__

En _____ a _____ de _____ de 20__

12.4. Anexo IV: Consentimiento informado en castellano.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Aproximación al estudio narrativo de las experiencias de los estudiantes de enfermería frente a la muerte.

Yo, _____, con DNI _____, totalmente consciente y capacitado/a para tomar decisiones manifiesto que:

- He leído detenidamente la hoja informativa que se me ha proporcionado, he comprendido todo lo que en ella se expresa y he resuelto todas las dudas que tenía, por lo que, de manera cerciorada confirmo mi participación voluntaria.
- Comprendo cuál es el objetivo de este proyecto y por qué se me ha seleccionado como invitado/a para participar en éste, así como cuál es mi papel y qué es lo que se me pide.
- Entiendo que mi participación es puramente voluntaria, que bajo ninguna circunstancia recibiré ningún tipo de compensación económica ni material, y que puedo cesar mi participación en dicho proyecto en el momento que lo considere necesario, sin necesidad de justificación y sin ningún tipo de repercusión.
- Autorizo a la investigadora a utilizar la información que le proporcione, sólo con fines de investigación, y siguiendo estrictamente los criterios de confidencialidad expresados en la hoja informativa.
- Declaro que este documento ha sido firmado por mí, de forma totalmente voluntaria y sin ser coaccionado/a para hacerlo, y, de la misma forma, confirmo nuevamente mi participación voluntaria en el proyecto descrito.

De forma opcional, requiero recibir información sobre el proyecto, así como los resultados y las deducciones obtenidas antes de que éste se haga público.

EL/LA PARTICIPANTE

Nombre y apellidos _____

Firma:

EL/LA INVESTIGADOR/A

Nombre y apellidos _____

Firma:

En _____ a _____ de _____ de 20____

En _____ a _____ de _____ de 20____

12.5. Anexo V: Hoja de indicaciones para los participantes en gallego.

INDICACIÓNS PARA A SÚA PARTICIPACIÓN.

Si recibe estas indicacións quere dicir que vostede xa liu a folla informativa e, voluntariamente asinou o consentimento informado, pasando a ser participante oficial do estudo.

Nesta folla indícanse, concretamente, cales son os pasos que debe seguir e qué é o que se espera obter da súa participación.

A súa aportación a este estudo consiste na elaboración de tres actividades que a continuación se detallan:

1º Narración de dous acontecementos.

Consiste en, de maneira totalmente libre, narrar un acontecemento negativo e outro positivo que lle sucedera durante o período de prácticas clínicas e que, por algunha razón, o considere un punto de inflexión ou un momento significativo.

O episodio positivo pode ter como temática calquera situación da vida profesional que o enriquecera positivamente, sen embargo, o episodio negativo debe centrarse concretamente no falecemento dun paciente, ou no caso de que non vivise unha situación deste tipo, redacte unha experiencia que lle resultase realmente difícil, abordando os seus sentimentos, as dúas sensacións, a súa forma de afrontamento (no caso de que conseguise afrontalo), si puido repercutir na súa calidade asistencial e de qué forma, etc.

Para a elaboración de ditos relatos pode emplear o formato (escritura a man ou a máquina), a linguaxe (formal ou informal) e o idioma (castelán, galego, inglés ou francés) co que se sinta máis cómodo/a. Non existe un límite de extensión.

2º Cuestionario de relación (CQ) de Bartholomew e Horowitz.

Este cuestionario conta con dúas partes: na primeira parte, aparecen catro afirmacións e debe elixir cal das catro considera que representa mellor a súa forma de relacionarse cos demais; na segunda parte, solicítase que a esas catro afirmacións lle asocie un valor numérico do 1 ao 7, sendo 1 totalmente en desacordo e 7 totalmente de acordo.

3º Cuestionario de depresión de Beck.

Consiste en, tras realizar unha lectura detida, marcar en cada agrupación de afirmacións a que vostede considera que describe mellor os seus sentimentos durante a última semana

(incluído o día que realiza o test), rodeando o número que a precede. Se considera que existe máis dunha opción válida para describir as súas sensación, márquea tamén.

Unha vez elaboradas as tres actividades, por favor, envíeas ao seguinte correo electrónico:

_____, xa sexa en formato Word, pdf ou jpeg.

Recorde que o esperado é obter a súa resposta nun prazo máximo de 15 días despois de recibir toda a información sobre a súa participación no dito proxecto.

Si durante a participación ten algunha dúbida, non dude en contactar coa investigadora Andrea Lago Trillo, no número de teléfono _____ ou no correo electrónico

_____.

Agradezo moito o seu tempo e a súa participación.

Reciba un cordial saúdo.

12.6. Anexo VI: Hoja de indicaciones para los participantes en castellano.

INDICACIONES PARA SU PARTICIPACIÓN.

Si recibe estas indicaciones quiere decir que usted ha leído la hoja informativa y, voluntariamente ha firmado el consentimiento informado, pasando a ser participante oficial del estudio.

En esta hoja se indica, concretamente, cuáles son los pasos que debe seguir y qué es lo que se espera obtener de su participación.

Su aportación a este estudio consiste en la elaboración de tres actividades que a continuación se detallan:

1º Narración de dos episodios.

Consiste en, de manera totalmente libre, narrar un episodio negativo y otro positivo que le haya sucedido durante el período de prácticas clínicas y que, por alguna razón, lo considere un punto de inflexión o un momento significativo.

El episodio positivo puede tener como temática cualquier situación de su vida profesional que lo haya enriquecido positivamente, sin embargo, el episodio negativo debe centrarse, concretamente, en el fallecimiento de un paciente, o en caso de no haber vivido una situación de este tipo, redacte una experiencia que le haya resultado realmente difícil, abordando sus sentimientos, sus sensaciones, su forma de afrontamiento (en caso de haber conseguido afrontarlo), si ha repercutido en su calidad asistencial y de qué forma, etc.

Para la elaboración de dichos relatos puede emplear el formato (escritura a mano o a ordenador), el lenguaje (formal o informal) y el idioma (castellano, gallego, inglés o francés) con el que se sienta más cómodo/a. No existe límite de extensión.

2º Cuestionario de relación (CQ) de Bartholomew y Horowitz.

Este cuestionario está formado por dos partes: en la primera parte, aparecen cuatro afirmaciones y debe seleccionar cuál de las cuatro considera que representa mejor su forma de relacionarse con los demás; en la segunda parte, se solicita que a esas cuatro afirmaciones le asocie un valor numérico del 1 al 7, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

3º Cuestionario de depresión de Beck.

Consiste en, tras realizar una lectura detenida, marcar en cada agrupación de afirmaciones aquella que usted considere que describe mejor sus sentimientos durante la última semana (incluido el día que realiza el test), rodeando el número que la precede. Si considera que existe más de una opción válida para describir sus sensaciones, márkela también.

Una vez elaboradas las tres actividades, por favor, envíelas al siguiente correo electrónico: _____, ya sea en formato pdf, Word o jpeg.

Recuerde que lo esperado es obtener su respuesta en un plazo máximo de 15 días tras haber recibido toda la información sobre su participación en dicho proyecto.

Si durante su participación le surge alguna duda, no dude en ponerse en contacto con la investigadora Andrea Lago Trillo, en el número de teléfono _____ o en el correo electrónico _____.

Agradezco mucho su tiempo y su participación.

Reciba un cordial saludo.

12.7. Anexo VII: Cuestionario de depresión de Beck en gallego

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

A continuación, preséntanse varios grupos de afirmacións. Por favor, lea con atención e, seguidamente, elixa a opción que describa mellor os seus sentimentos durante a última semana (incluíndo o día de hoxe), rodeando o número que a precede. No caso en que considere que nun mesmo grupo existen varias afirmacións que se correspondan co que sente, márqueas tamén. Grazas pola súa participación.

- Tristeza.
 0. Non me sinto triste.
 1. Síntome triste.
 2. Síntome triste todo o tempo e non podo liberarme diso.
 3. Síntome tan triste que non poido soportalo.

- Pesimismo.
 0. Non estou particularmente desanimado/a con respecto ao futuro.
 1. Síntome desanimado/a con respecto ao futuro.
 2. Sinto que non podo esperar nada do futuro.
 3. Sinto que o futuro é irremediable e que as cousas non poden mellorar.

- Sentimento de fracaso.
 0. Non me sinto fracasado/a.
 1. Sinto que fracasei máis que calquera persoa normal.
 2. Cando miro cara o pasado o único que podo ver na miña vida é un montón de fracasos.
 3. Sinto que como persoa sou un fracaso completo.

- Insatisfacción.
 0. Sigo obtendo tanto placer das cousas como antes.
 1. Non disfruto das cousas como o facía antes.
 2. Xa nada me satisface realmente.
 3. Todo me aburre ou me desagrada.

- Culpabilidade.
 0. Non sinto ninguna culpa en particular.
 1. Síntome culpable boa parte do tempo.
 2. Sinto bastante culpa a maior parte do tempo.
 3. Síntome culpable todo o tempo.

- Sentimento de castigo.
 0. Non sinto que esté sendo castigado.
 1. Sinto que podoo estar sendo castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Sinto que estou sendo castigado.

- Autodecepción.
 0. Non me sinto decepcionado conmigo mesmo.
 1. Estou decepcionado conmigo mesmo.
 2. Estou farto de min mesmo.
 3. Ódiome a min mesmo.

- Autoculpación.
 0. Non me sinto peor que outras personas.
 1. Critícome polas miñas debilidades e erros.
 2. Cúlpome todo o tempo polas miñas faltas.
 3. Cúlpome por todas as cousas malas que acontecen.

- Ideas de suicidio.
 0. Non teño ninguna idea de matarme.
 1. Teño ideas de matarme pero non as levo a cabo.
 2. Gustaríame matarme.
 3. Mataríame se tivera oportunidade.

- Choro.
 0. Non choro máis do habitual.
 1. Choro máis ca antes.
 2. Agora choro todo o tempo.
 3. Antes era capaz de chorar, pero agora non podoo chorar, aínda que queira.

- Irritación.
 0. Non me irrito máis agora ca antes.
 1. Enfádome ou irríto máis fácilmente agora ca antes.
 2. Síntome irrito/a todo o tempo.
 3. Non me irrito para nada coas cousas que solían irritarme.

- Desinterés social.
 0. Non perdín o interés noutras persoas.
 1. Estou menos interesado/a nas outras persoas do que solía estar.
 2. Perdín a maior parte do meu interés nos demais.
 3. Perdín todo o interés nos demais.

- Indecisión.
 0. Tomo decisións coma sempre.
 1. Deixo de tomar decisións máis frecuentemente ca antes.
 2. Teño maior dificultade ca antes en tomar decisións.
 3. Xa non podo tomar ningunha decisión.

- Pobre imaxe corporal.
 0. Non creo que me vexa peor ca antes.
 1. Preocúpame que esté aparentando máis vello/a ou inatractivo/a.
 2. Sinto que hai cambios permanentes na miña aparencia que me fan parecer menos atractivo/a.
 3. Creo que me vexo horrible.

- Dificultade laboral.
 0. Podo traballar tan ben coma antes.
 1. Cóstame máis esforzo comezar a facer algo.
 2. Teño que facer un gran esforzo para comezar a facer algo.
 3. Non podo facer ningún tipo de traballo.

- Insomnio.
 0. Podo durmir tan ben coma antes.
 1. Non durmo tan ben coma antes.

2. Desperto 1 ou 2 horas máis cedo do habitual e cóstame quedar a durmir.
 3. Desperto varias horas máis cedo do habitual e xa non podo volver a durmir.
- Fatiga.
 0. Non me canso máis do habitual.
 1. Cánsome máis facilmente do que solía cansarme.
 2. Cánsome ao facer calquera cousa.
 3. Estou demasiado cansado/a para facer calquera cousa.
 - Pérdida de apetito.
 0. O meu apetito non variou.
 1. O meu apetito non é tan bo coma antes.
 2. O meu apetito é moito peor ca antes.
 3. Xa non teño nada de apetito.
 - Pérdida de peso.
 0. Últimamente non perdín moito peso, si é que cheguei a perder algo.
 1. Perdín máis de 2 kilos.
 2. Perdín máis de 4 kilos.
 3. Perdín máis de 6 kilos.
 - Hipocondría.
 0. Non estou máis preocupado/a pola miña saúde do habitual.
 1. Estou preocupado/a por problemas físicos tales como malestares e dores de estómago ou constipados.
 2. Estou moi preocupado/a por problemas físicos e é difícil pensar noutra cousa.
 3. Estou tan preocupado/a polos meus problemas físicos que xa non podo pensar en nada máis.
 - Desinterés polas relacións sexuais.
 0. Non notei cambios recentes no meu interese polo sexo.
 1. Estou interesado/a polo sexo igual que solía estarlo.
 2. Agora estou moito menos interesado/a polo sexo.
 3. Perdín por completo o meu interese polo sexo.

12.8. Anexo VIII: Cuestionario de depresión de Beck en castellano.

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

A continuación, se presentan varios grupos de afirmaciones. Por favor, léalas con atención y seguidamente seleccione la afirmación que describa mejor sus sentimientos durante la última semana (incluido el día de hoy), rodeando el número que la precede. En caso de que considere que en un mismo grupo existen varias afirmaciones que se corresponden con lo que siente, márkuelas también.

- Tristeza.
 0. No me siento triste.
 1. Me siento triste.
 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
 3. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

- Pesimismo.
 0. No estoy particularmente desanimado/a con respecto al futuro.
 1. Me siento desanimado/a con respecto al futuro.
 2. Siento que no puedo esperar nada del futuro.
 3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

- Sentimiento de fracaso.
 0. No me siento fracasado.
 1. Siento que he fracasado más que cualquier persona normal.
 2. Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
 3. Siento que como persona soy un fracaso completo.

- Insatisfacción.
 0. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
 1. No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
 2. Ya nada me satisface realmente.
 3. Todo me aburre o me desagrada.

- Culpabilidad.
 0. No siento ninguna culpa en particular.
 1. Me siento culpable buena parte del tiempo.
 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 3. Me siento culpable todo el tiempo.

- Sentimiento de castigo.
 0. No siento que esté siendo castigado.
 1. Siento que puedo estar siendo castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.

- Autoculpación.
 0. No me siento peor que otras personas.
 1. Me critico por mis debilidades o errores.
 2. Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
 3. Me culpo por todas las cosas que suceden.

- Autodecepción.
 0. No me siento decepcionado conmigo mismo.
 1. Estoy decepcionado conmigo mismo.
 2. Estoy harto de mí mismo.
 3. Me odio a mí mismo.

- Llanto.
 0. No lloro más de lo habitual.
 1. Lloro más que antes.
 2. Ahora lloro todo el tiempo.
 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quisiera.

- Ideas de suicidio.
 0. No tengo ninguna idea de matarme.
 1. Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
 2. Me gustaría matarme.
 3. Me mataría si tuviese la oportunidad.

- Irritación.
 0. No me irrito más ahora que antes.
 1. Me enfado o irrito más fácilmente ahora que antes.
 2. Me siento irritado/a todo el tiempo.
 3. No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

- Desinterés social.
 0. No he perdido el interés en otras personas.
 1. Estoy menos interesado/a en otras personas de lo que solía estar.
 2. He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
 3. He perdido todo el interés en los demás.

- Indecisión.
 0. Tomo decisiones como siempre.
 1. Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
 2. Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
 3. Ya no puedo tomar ninguna decisión.

- Pobre imagen corporal.
 0. No creo que me vea peor que antes.
 1. Me preocupa que esté pareciendo avejentado/a o inatractivo/a.
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo/a.
 3. Creo que me veo horrible.

- Dificultad laboral.
 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
 1. Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
 2. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
 3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

- Insomnio.
 0. Puedo dormir tan bien como antes.
 1. No duermo tan bien como antes.
 2. Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a

dormir.

3. Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.

- Fatiga.

0. No me canso más de lo habitual.
1. Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
2. Me canso al hacer cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado/a para hacer cualquier cosa.

- Pérdida del apetito.

0. Mi apetito no ha variado.
1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
2. Mi apetito es mucho peor que antes.
3. Ya no tengo nada de apetito.

- Pérdida de peso.

0. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 6 kilos.

- Hipocondría.

0. No estoy más preocupad/a por mi salud de lo habitual.
1. Estoy preocupado/a por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago y constipación.
2. Estoy muy preocupad/a por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas físicos que ya no puedo pensar en nada más.

- Desinterés por las relaciones sexuales.

0. No he notado cambios recientes en mi interés por el sexo.
1. Estoy interesado/a por el sexo igual que lo solía estar.
2. Ahora estoy mucho menos interesado/a por el sexo.

3. He perdido por completo mi interés por el sexo.

Muchas gracias por su participación.

12.9. Anexo IX: Cuestionario de relación (CQ) de Bartholomew y Horowitz en gallego.

CUESTIONARIO DE RELACIÓN DE BARTHOLOMEW E HOROWITZ ,1991.

(adaptación ao castelán de I. Alonso-Arbiol e S. Yárnoz-Yaben, 2000.)

Seguidamente aparecen varios parágrafos referidos a nosa forma de relacionarnos cos demais. Por favor, rodee cun círculo o parágrafo que mellor se adecúe a súa forma de relacionarse afectivamente de entre os catro seguintes:

1. Resúltame sinxelo acercarme emocionalmente aos demais. Síntome cómodo tanto nas situacións en que teño que confiar nos demais como en aquelas en que outros depositaron a súa conafianza en min. O feito de estar só/soa ou de que os demais non me acepten non me transtorna.
2. Síntome ben cando non teño unha relación afectiva. É moi importante para min sentirme independente e autosuficiente, e prefiro non depender de outros nin que outros dependan de min.
3. Quero establecer un maior grado de intimidade afectiva cos demais, pero a miúdo atopo que os demais marcan máis distancia do que a min me gustaría. Síntome perdido/a cando non estou nunha relación afectiva, pero a veces altérame que os demais non me valoren tanto como eu a eles.
4. Síntome mal cando me acerco emocionalmente aos demais. Quero manter relacións afectivas, pero atopo difícil confiar totalmente, ou depender dos demais. Preocúpame que poida sufrir se non gardo as distancias cos demais.

Agora, por favor, rodee cun círculo o número que reflexe mellor o seu grado de acordo coa idea que se exprese en cada parágrafo, seguindo a seguinte escala:

Totalmente en desacordo	Bastante en desacordo.	Un pouco en desacordo.	Nin de acordo nin en desacordo.	Un pouco de acordo.	Bastante de acordo.	Totalmente de acordo.
1	2	3	4	5	6	7

1. Resúltame sinxelo acercarme emocionalmente aos demais. Síntome cómodo tanto nas

situacións en que teño que confiar nos demais como en aquelas en que outros depositaron a súa conafianza en min. O feito de estar só/soa ou de que os demais non me acepten non me transtorna.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. Síntome ben cando non teño unha relación afectiva. É moi importante para min sentirme independente e autosuficiente, e prefiro non depender de outros nin que outros dependan de min.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Quero establecer un maior grado de intimidade afectiva cos demais, pero a miúdo atopo que os demais marcan máis distancia do que a min me gustaría. Síntome perdido/a cando non estou nunha relación afectiva, pero a veces altérame que os demais non me valoren tanto como eu a eles.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Síntome mal cando me acerco emocionalmente aos demais. Quero manter relacións afectivas, pero atopo difícil confiar totalmente, ou depender dos demais. Preocúpame que poida sufrir se non gardo as distancias cos demais.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12.10. Anexo X: Cuestionario de relación (CQ) de Bartholomew y Horowitz en castellano.

CUESTIONARIO DE RELACIÓN DE BARTHOLOMEW Y HOROWITZ ,1991.

(adaptación al castellano de I. Alonso-Arbiol y S. Yárnoz-Yaben, 2000.)

Seguidamente aparecen varios párrafos referidos a nuestra forma de relacionarnos con los demás. Por favor, rodee con un círculo el párrafo que mejor se adecúe a su forma de relacionarse afectivamente de entre los cuatro siguientes:

1. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo tanto en las situaciones en que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los demás no me acepten no me trastorna.
2. Me siento bien cuando tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.
3. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo los valoro a ellos.
4. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.

Ahora, por favor, debe rodear con un círculo el número que refleje mejor su grado de acuerdo con la idea que se expresa en cada párrafo, siguiendo la siguiente escala.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo.	Un poco en desacuerdo.	Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	Un poco de acuerdo.	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

1. Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo tanto en las situaciones en que tengo que confiar en los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los demás no me acepten no me trastorna.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. Me siento bien cuando tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mí.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo los valoro a ellos.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12.11. Anexo XI: Tablas.

12.11.1. Esquema de codificación de las narrativas de exploración.

TABLA 1: ESQUEMA DE CODIFICACIÓN DE LAS NARRATIVAS DE EXPLORACIÓN.
<p>0 puntos: plano, cuenta de forma objetiva el evento reconocido.</p> <p>1 punto: expresión y elaboración leve de pensamientos, sentimientos, comportamientos y cómo conectan causalmente.</p> <p>2 puntos: expresión de procesamiento activo, cuestionamiento o extracción de conclusiones basadas en pensamientos, sentimientos y comportamientos.</p> <p>3 puntos: expresión de múltiples puntos de vista; diferentes formas de pensar o sentir sobre el evento en función de otros pensamientos elaborados, sentimientos, conclusiones y puntos de vista.</p> <p>4 puntos: evidencia de que un punto de vista más nuevo se está utilizando, valorando, actuando o que su significado es expresado de alguna manera, en base a otros pensamientos elaborados, sentimientos, conclusiones y puntos de vista.</p>

12.11.2. Esquema de codificación de las narrativas de búsqueda de apoyo.

TABLA 2: ESQUEMA DE CODIFICACIÓN DE LAS NARRATIVAS DE BÚSQUEDA DE APOYO.
<p>0 puntos: desregulación emocional severa, hipervigilancia sobre la amenaza sin evidencia de que otros puedan ayudar.</p> <p>1 punto: hipervigilancia leve a moderada sobre la amenaza sin evidencia de que otros puedan ayudar.</p> <p>2 puntos: regulación emocional adecuada sin evidencia de que otros puedan ayudar.</p> <p>3 puntos: expresar la importancia de los demás de una manera emocionalmente regulada</p> <p>4 puntos: expresión de la utilización de otras personas significativas de una manera emocionalmente regulada.</p>

12.11.3. Puntuaciones de corte BDI-II (inventario de depresión de Beck- Edición II).

TABLA 3: PUNTUACIONES DE CORTE BDI-II (Inventario de Depresión de Beck -Ed. II).			
Mínima: 0-13 puntos	Leve: 14-19 puntos	Moderada: 20-28 puntos	Grave: >29 puntos

12.11.4. Estilo de apego, dimensión de evitación y de ansiedad y presencia o ausencia de depresión.

Tabla 4: Estilo de apego, dimensión de evitación y de ansiedad y presencia o ausencia de depresión.			
	Muestra estudiada N=10		
	Cuestionario de Apego (Bartholomew y Horowitz, 1991)	Cuestionario de depresión de Beck (BAI adaptación española. Sanz, 2014).	
Apego Seguro	5		0 0 0 0 0
Dimensiones Ansiedad/evitación			
Apego Inseguro	5	Inseguro- temeroso: 3	0 0 0
		Inseguro- preocupado 1	0
		Inseguro- evitativo: 1	1

12.11.5. Niveles de narrativas de exploración y búsqueda de apoyo en eventos negativos.

Tabla 5. Niveles de narrativas de exploración y de búsqueda de apoyo en los eventos negativos.					
Nivel					
Eventos negativos	Bajo			Alto	
	0	1	2	3	4
Narrativas de exploración		+ + + + +	+ + +	+ +	
Narrativas de búsqueda de apoyo		+ + + + + + +	+ + +		

12.11.6. Niveles de narrativas de exploración y búsqueda de apoyo en eventos positivos.

Tabla 6. Niveles de narrativas de exploración y de búsqueda de apoyo en los eventos positivos.					
Nivel					
Eventos positivos	Bajo			Alto	
	0	1	2	3	4
Narrativas de exploración	+	+ + +	+ + + + +	+	
Narrativas de búsqueda de apoyo		+	+ + + + + + + +	+	