



Experiencias perceptuales inusuales en personal de enfermería y su relación con estrés laboral, esquizotipia, absorción y empatía

Unusual perceptual experiences among nursing staff and their relation to work stress, schizoid features, absorption, and empathy

Experiências perceptuais incomuns em pessoal de enfermagem e sua relação com estresse laboral, esquizotipia, absorção e empatia

A. Parra

Instituto de Psicología Paranormal, Buenos Aires, Argentina

Recibido: 9 abril 2017

Aceptado: 15 octubre 2017

Resumen

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de ciertas experiencias perceptuales inusuales en entornos hospitalarios, las denominadas Experiencias Anómalo/Paranormales con frecuencia reportadas por médicos y enfermería en el ámbito hospitalario. También, comparar el grado de estrés laboral, propensión a la esquizotipia, absorción psicológica y empatía con el paciente entre enfermera/os con experiencias y sin experiencias. Se administraron tres escalas a 344 enfermera/os de 36 hospitales y centros de salud de Buenos Aires, Argentina, que fueron agrupados entre 235 con experiencias y 109 sin experiencias. Las experiencias más comunes son sensación de presencia y/o apariciones, oír ruidos, voces o diálogos, llantos o quejas, experiencias intuitivas y extrasensoriales en relación con sus pacientes, o bien la recepción de experiencias por parte de sus propios pacientes, tales como experiencias cercanas a la muerte, prácticas de oración o intervenciones religiosas con sanaciones espontáneas, y otras experiencias anómalas relacionadas con niños. Las enfermera/os con experiencias tienden a experimentar mayor estrés laboral, sin embargo quienes quedaron en el grupo con experiencias obtuvieron una puntuación más alta en el factor Despersonalización que los del grupo sin experiencias. Asimismo, en el grupo con experiencias existió mayor absorción y tendencia a la esquizotipia, así como mayor empatía cognitiva y comprensión emocional que los de sin experiencias.

<http://dx.org/doi/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63274>

Autor para correspondencia, correo electrónico: rapp@fibertel.com.ar

Desafortunadamente, al personal de enfermería, le falta capacitación para abordar de manera adecuada el proceso de morir y el duelo, se remarca esta ausencia y se rescata la importancia del conocimiento y abordaje de estos fenómenos.

Palabras clave: Experiencias anómalo/paranormales; estrés laboral; absorción; empatía; esquizotipia; Argentina.

Abstract

The objective of this study was to explore the frequency of certain unusual perceptual experiences within hospital environments – those denominated anomalous and paranormal experiences – which are reported by medical and nursing personnel, and to compare the degree of work stress, schizoid features tendency, absorption and empathy with the patient. Three scales were used with 344 nurses from 36 hospitals and health centers in Buenos Aires, Argentina, grouped in those who had had these unusual experiences (n = 235) and those who had not (n = 109). The related most common unusual experiences included feeling a presence, listening to noises, voices, dialogs, cries, or complaints, having extra-sensorial or intuitive feelings related to the patients, and/or their own patients feeling the same situations in addition to other death proximity, praying, and spontaneous healings related experiences, and others experiences manifested by children. Regarding the results, the nurses who had these unusual experiences, also had higher scores in the factor Depersonalization, showing more absorption and schizoid features tendency, as well as more cognitive empathy and emotional comprehension, in comparison to those nurses who had not had these unusual experiences. We believe that some nurses could be better trained in order to adequately address their patients' suffering and dying processes.

Key words: Anomalous and paranormal experiences; work stress; absorption; empathy; schizoid features; Argentina.

Resumo

O objetivo deste estudo foi a frequência de certas experiências perceptuais incomuns em ambientes hospitalares, as denominadas Experiências Anômalo/Paranormais com frequência informadas por médicos e enfermagem no âmbito hospitalar. Também, comparar o grau de estresse laboral, propensão à esquizotipia, absorção psicológica e empatia com o paciente entre enfermeira/os com experiências e sem experiências. Administraram-se três escalas a 344 enfermeira/os de 36 hospitais e centros de saúde de Buenos Aires, Argentina, que foram agrupados entre 235 com experiências e 109 sem experiências. As experiências mais comuns são sensação de presença e/ou aparições, ouvir barulhos, vozes ou diálogos, prantos ou queixas, experiências intuitivas e extra-sensoriais em relação com seus pacientes, ou bem a recepção de tais experiências por parte de seus próprios pacientes, tais como experiências próximas à morte, práticas de oração ou intervenções religiosas com curas espontâneas, e outras experiências anômalas relacionadas com crianças. As enfermeiras/os com experiências tendem a experimentar maior estresse laboral, porém quem ficou no grupo com experiências obteve uma pontuação mais alta no fator Despersonalização que os do grupo sem experiências. Assim mesmo, no grupo com experiências existiu maior absorção e tendência à esquizotipia, assim como maior empatia cognitiva e compreensão emocional que os de sem experiências. Infelizmente, pessoal de enfermagem tem falta capacitação para tratar em forma adequada o processo de morrer e o luto, assim, se ressalta esta ausência e se resgata a importância do conhecimento a abordagem destes fenómenos.

Palavras chave: Experiências Anômalo/paranormais; estresse laboral; absorção; empatia; esquizotipia; Argentina.

Introducción

Hay un gran número de experiencias perceptuales inusuales relatadas por el enfermeras(os)¹⁻³ y médicos^{4,5} que consisten en apariciones, extrañas “coincidencias”, visiones del lecho de muerte y otros fenómenos anómalos, a veces relatadas por los pacientes^{5, 6} y otras veces por enfermeras(os) en el entorno hospitalario⁷. Por ejemplo, hay visiones de la aparición de parientes ya fallecidos que vienen a ayudar a los pacientes terminales que proporcionan consuelo a ellos mismos y a sus familiares. Otros describen ver luces asociadas a sentimientos de amor y compasión, cambios en la temperatura ambiente, relojes que se detienen en la casa en sincronía con la muerte de un pariente hospitalizado, relatos de nubes, vapores, y formas alrededor del cuerpo del paciente terminal, y aves, moscas o animales que aparecen y luego desaparecen^{8,9}.

A modo de ejemplo del tipo de experiencia paranormal, la experiencia de Nora, una enfermera de Buenos Aires, describe con detalle una experiencia compartida con otra compañera:

“Hace algunos años, tuvimos a nuestro cuidado —una compañera y yo— a una paciente terminal que padecía cáncer. En la habitación del Hospital, el paciente en fase terminal estaba acompañado por dos mujeres —su hermana y su esposa... A las 2 de la madrugada, mientras el paciente dormía, entramos a su habitación, que estaba a oscuras, y nos sorprendimos al ver dos pequeñas luces alrededor del paciente... eran como luciérnagas (pero no parpadeaban) y recorrían todo su cuerpo. No eran muy brillantes, pero danzaban alrededor del paciente (un ocho a lo largo del paciente). No prendimos las luces, y apenas nos quedamos observando algunos segundos. Mi compañera, que es muy religiosa, evitó que yo me acercase o que tratase de quitarlas. Al salir de la habitación, las dos mujeres, que también habían visto estas luces, estaban preocupadas o asustadas. Una hora después (a las 3AM) el paciente falleció, y las luces también habían desaparecido”

Otro tipo de observación es aquella en la cual diferentes tipos de “emanaciones”, como luces, niebla, y cuerpos sutiles emergen de los cuerpos de las personas murientes. Lo siguiente es un ejemplo de esto último:

“Me aproximaba a la guardia del hospital cuando el niño dejó de respirar. Entonces vi una bruma por encima de su pequeño cuerpo. Tomó la forma de su cuerpo, que estaba en la cama, y estaba unido a un cordón plateado. Estaba a casi tres pies del cuerpo, en la cama. Surgió gradualmente a cinco pies por encima del cuerpo, entonces la bruma se elevó sobre si misma en posición vertical, y luego desapareció”.

Finalmente, María relata otra experiencia aparicional: “En cierta ocasión —relata José Luis, un enfermero que describe una aparición predominantemente táctil— sentí claramente que alguien me acariciaba la cabeza mientras yo estaba tendido en la cama, junto a un paciente terminal que dormía en su habitación. “La sensación fue muy vívida —dice— y a pesar que la echaba (a esa “mano”) con mi mano, la sensación persistía. Cuando desperté, busqué si había alguien pero no encontré a nadie. Ahí me dí cuenta entonces que el paciente a mi lado acababa de fallecer.”

En un estudio reciente con personal de enfermería⁷, encontramos que el 54% indicó haber tenido estas experiencias, pero no estaban asociadas al estrés laboral. Sin embargo, aquellos que las tuvieron indicaron una propensión a alucinar combinado con un alto nivel de absorción psicológica (alto grado de concentración en las tareas), en comparación con aquel personal que no reportó ninguna experiencia.

El estudio más reciente de O'Connor³ corresponde a una investigación con enfermeras de terapia intensiva en la cual se sugiere que estas experiencias no son raras ni sorprendentes, incluso entre profesionales en cuidados paliativos^{9,10}. Hoy día muchas personas mueren en hospitales, donde, por desgracia, las enfermera/os no tienen ni el tiempo ni la capacitación para tratar adecuadamente este aspecto tan importante como es el proceso de morir. Imhof¹¹ señala que, puesto que el proceso de

morir no se enseña como parte de la formación en enfermería y no forma parte de los estudios médicos, el proceso de morir es ignorado por quienes atienden en hospitales con pacientes terminales, de modo que las experiencias que ocurren alrededor del momento de la muerte en general rara vez se reportan^{6,12}. Otras experiencias, tales como oír voces, llamados, llantos o quejidos en salas vacías, sensación de presencia, funcionamiento anómalo de equipos o instrumental médico o equipos que se encienden y apagan, no están relacionados con un paciente específicamente, sino que ocurren en el edificio y alguien de enfermería es testigo, esto es, en una sala o en un pasillo en particular del hospital^{13,3}. Uno de los problemas asociados a tales experiencias es que no hay estudios con personal de enfermería sobre las posibles variables psicológicas relacionadas. Al contrario, hay numerosos estudios que sugieren posibles correlaciones entre la frecuencia de estas experiencias con el estrés ocupacional de las prácticas de enfermería, y la propensión a la alucinación y la absorción psicológica (involucramiento o concentración en las tareas), como variables que podrían modular el estrés.

Dado que los profesionales en salud mental tienden a definir estas experiencias como síntomas de enfermedad, las opiniones y las experiencias de las enfermeras/os parecen ser particularmente importantes. Millham y Easton¹⁴ observaron una prevalencia de alucinaciones auditivas en enfermeras psiquiátricas. El 84% de las 54 enfermeras que respondieron a su cuestionario, describieron experiencias de tipo alucinatorias. Hay estudios que demuestran la existencia de alucinaciones en la población general¹⁵⁻¹⁸, pero ninguno que haya examinado la prevalencia de alucinaciones auditivas en personal de enfermería de salud mental, que son los trabajadores que más frecuentemente tienen contacto con personas que escuchan voces. Una variable potencialmente relacionada con las experiencias anómalo/paranormales en enfermeras/os podría ser el estrés laboral. El estrés se define por lo general desde una perspectiva “percepción-respuesta-demanda”¹⁹⁻²¹, de modo que una situación de sufrimiento es más perjudicial para las enfermeras/os, y estrechamente relacionado con el ausentismo del personal y problemas de salud²²⁻²⁴.

De hecho, la enfermería ofrece una amplia gama de potenciales factores de estrés en el lugar de trabajo, ya que es una profesión que requiere alto nivel de habilidad, trabajo en equipo en una variedad de situaciones, y prestar atención en todo momento –lo que a menudo se conoce como “trabajo emocional”²⁵. French et al.²⁶, identificaron nueve factores de estrés hospitalario que afecta a enfermería, uno de los cuales es tratar con la muerte: los pacientes terminales y sus familias; también se han realizado revisiones al respecto^{27,28}. De hecho, hay evidencia que vincula las experiencias alucinatorias con eventos estresantes específicos, como la pérdida de un cónyuge²⁹⁻³¹, situaciones potencialmente mortales, como los accidentes mineros³², operaciones militares³³ y ataques terroristas^{34, 15-16}.

Una variable de interés en este contexto es la absorción psicológica, esto es, la capacidad de enfocar la atención exclusivamente en algún objeto y dissociarse de los eventos que distraen. La absorción se refiere a un estado de implicación imaginativa en el que las capacidades atencionales de un individuo se enfocan en un dominio, a la vez que excluyen el procesamiento explícito de información en otros dominios³⁵, por ejemplo, escuchar música en un concierto, involucrarse al ver una película, el recuerdo vívido que trae visitar ciertos lugares familiares, sentirse inmerso en la naturaleza o en el arte, recordar experiencias pasadas con mucha claridad y vividez, y alta capacidad para imaginar. En otras palabras, puntajes elevados de absorción indican la capacidad de inhibir momentáneamente el testeo de realidad, incluso tener experiencias paranormales, como tener experiencias de encuentro con apariciones³⁶ y ver el aura³⁷⁻³⁹. Pero la capacidad de absorción, por sí sola, puede no ser suficiente; tal vez la gente requiere tener una motivación o necesidad de la experiencia de absorción, así como una situación adecuada para inducir factores de estrés en el lugar de trabajo, como el entorno hospitalario. Irwin⁴⁰,⁴¹ encontró que hay rasgos diferenciales en la necesidad de absorción en individuos con experiencias paranormales, y Glicksohn y Barrett⁴² observaron que la absorción es un rasgo de la personalidad predisponente para tener experiencias alucinatorias, que sugiere que la absorción puede ser un factor para varios tipos de experiencia anómalas no patológicas.

La absorción ha sido factorializada en seis formas³²: Sensibilidad, esto es, personas que son especialmente sensibles; Sinestesia, capacidad de percepción donde las imágenes sensoriales de una modalidad, como la visión, se transfieren a otra modalidad, como el gusto o la audición; Expansión de la Cognición, capacidad de percepción sensible que ofrece un conocimiento intuitivo de la realidad, una forma de entendimiento o “intuición intelectual” capaz de conocer la esencia de las cosas y sus diversas formas, mediante los conceptos o un conocimiento que no sigue un camino racional para su construcción y formulación; Disociación, ruptura de las funciones de la conciencia que normalmente están integradas a la memoria, la identidad y la percepción del entorno, una manera especial de la conciencia de mantener conectados eventos que de lo contrario estarían divididos entre sí; Recuerdos vívidos, intensidad y vividez en la evocación de un recuerdo que tiene una gran fuerza y claridad, como si estuviera ante los ojos o estuviera sucediendo en ese momento; y Expansión de Conciencia, condición significativamente diferente al estado de vigilia atenta, es decir, mayor lucidez mental en el estado despierto.

Por otra parte, la esquizotipia se ha definido como “un constructo multifactorial de personalidad, cuyos aspectos parecen estar en un continuo con la psicosis”⁴³. La esquizotipia positiva, que incorpora el pensamiento mágico y otras experiencias extrañas, tiene una asociación con las creencias religiosas y las experiencias espirituales; Por ejemplo, Wolfradt et al.⁴⁴, usaron un cuestionario de personalidad esquizotípica⁴⁵ en la población general y encontraron que estas experiencias estaban fuertemente relacionadas con la esquizotipia positiva. Esto sugiere que hay dos procesos disociativos, la absorción y la propensión a la fantasía, asociados con las experiencias anómalas. En el contexto de las experiencias paranormales, McCreery y Claridge⁴⁶, investigaron la relación entre las experiencias fuera del cuerpo y diferentes dimensiones de la esquizotipia. Parra^{37,38} encontró un mayor nivel de esquizotipia perceptiva cognitiva en individuos que afirman poder ver espontáneamente el “aura” o el campo energético de una persona, que aquellos que no tienen la experiencia. Posiblemente, estas personas tienen una vida imaginativa mucho más intensa. Parra y Espinoza Paul^{47,48}, también encontraron mayor nivel de esquizotipia y propensión a la alucinación que quienes no tienen tales experiencias. Williams e Irwin⁴⁹ propusieron que, para algunas personas, las creencias paranormales representan una defensa cognitiva contra la incertidumbre. En general, aunque los fenómenos paranormales, como la telepatía y ver el aura no se correlacionan con síntomas negativos de esquizotipia, pero, existe una correlación significativa entre la experiencia fuera del cuerpo, la sensación de presencia y ver apariciones con los síntomas negativos, aunque sustancialmente más débiles que en los síntomas positivos.

Finalmente, el término empatía se refiere a la sensibilidad y comprensión de los estados mentales de los demás. Según Hogan⁵⁰, la empatía es “el acto de construir para uno mismo el estado mental de otra persona” y para Hoffman⁵¹ “la respuesta afectiva más apropiada a la situación de otra persona que a la propia”. Como lo ilustran estas definiciones, el término empatía se ha utilizado para referirse a dos habilidades humanas relacionadas: la toma de una perspectiva mental (empatía cognitiva) y el intercambio vicario de emoción (empatía emocional). Hay abundante evidencia en apoyo de empatía en enfermería como lo muestran Mercer y Reynolds⁵², cuya importancia en este contexto está relacionada con la actitud empática de las enfermeras/os para favorecer la adhesión del paciente al tratamiento. La empatía también es un predictor de la competencia clínica y precisión diagnóstica^{53,54}. Aunque hay una aceptación general del vínculo positivo entre la empatía, los pacientes y la competencia clínica, todavía existen algunas inconsistencias entre la empatía y el bienestar de dicho personal⁵⁵. Por ejemplo, hay resultados controvertidos sobre las correlaciones entre empatía y estrés laboral^{56,57}.

Algunos estudios indican asociaciones entre la empatía, la fatiga y la depresión de las enfermeras/os⁵⁸. Hochschild⁵⁹ señaló que la empatía, en las interacciones emocionales con los pacientes, mejora la satisfacción laboral de las enfermeras/os. Aunque, la empatía es una de las dimensiones más mencionadas en la atención al paciente, todavía hay ambigüedades asociadas con este concepto. Sin embargo, no se encontraron estudios sobre empatía clínica y experiencias anómalas en personal de enfermería.

En un estudio, Parra⁶⁰ demostró que individuos de la población general que tienen experiencias paranormales obtenían puntajes más altos de empatía, por lo que las personas que afirman vivenciar tales experiencias parecen tener mayor capacidad para reconocer las emociones del otro (por ej. toque terapéutico, premoniciones, y ver el aura⁶¹). Además, hay una serie de experiencias anómalo/paranormales que parecen estar relacionadas –y a veces se confunden– con la empatía. Estas experiencias parecen involucrar rasgos necesariamente interpersonales (es decir, experiencias extrasensoriales) en lugar de características intra-personales como las experiencias fuera del cuerpo, premoniciones, recuerdo de las vidas pasadas o experiencias místicas. Tal vez la empatía funciona como una experiencia telepática por naturaleza, reforzándose recíprocamente. Parra⁶⁰ sugiere que hay muchas personas empáticas que no son conscientes que lo son, pero aceptan que son en algún grado “sensibles” a los demás.

Con base en estas afirmaciones, este estudio tiene dos objetivos principales:

a) Determinar el tipo y frecuencia de las experiencias anómalo/paranormales en personal de enfermería, y b) comparar el grado de estrés laboral, propensión a la esquizotipia, absorción psicológica y empatía con el paciente, como una extensión del estudio original de Parra y Giménez Amarilla⁷, entre enfermeras/os con experiencias y sin experiencias. Hipotetizamos que las enfermeras/os que tienen experiencias puntuarán alto en estrés laboral, tenderán a tener mayor tendencia a la esquizotipia, así como mayor capacidad de absorción, y mayor empatía que aquellos que no tienen tales experiencias.

Método

Participantes

De un total de 450 profesionales de enfermería de 36 hospitales y centros de salud de Buenos Aires, recibimos 344 cuestionarios completos (77%), a través de la cooperación del Área de Investigación y Docencia de los departamentos de Enfermería (los Jefes de Enfermería de cada hospital resultaron de invaluable ayuda), quienes nos dieron el permiso para realizar las entrevistas y administrar el conjunto de los cuestionarios.

La muestra se dividió en dos grupos con base en las respuestas dadas, aquella/os que respondieron SI a una de las trece preguntas de la *Encuesta de Experiencias Anómalo/Paranormales en Personal de Enfermería*, se les clasificó como grupo con Experiencias Anómalo/Paranormales. Esta muestra consistió en 235 profesionales, de los cuales 183 (78%) eran mujeres y 52 (22%) varones, el rango de edad de 19 a 68 años (Media= 39.2 años, DT= 11.2). La antigüedad laboral promedio de once años en hospitales (Rango= 1 a 48 años, DT= 10.5), de las cuales 39 (16.6%) operaban en el turno matutino, 51 (21.7%) en el vespertino y 45 (19.1%) en el turno nocturno (sólo seis operaban en dos turnos, 2.6%). También, 66 (31.8%) trabajaban bajo otras modalidades de turno, como franqueras (37, 15.7%) y fines de semana (29, 12.3%). No mencionaron turno 28 (12%). Las principales áreas: Sala (24.3%), Guardia (13.2%), Terapia Intensiva (22.1%), Neonatología (7.7%), otras (22.2%, ambulancias, cirugía, etc.). El 9% no respondió el área.

El segundo grupo “sin experiencias”, quienes respondieron NO en la misma encuesta, estuvo constituido por 109 profesionales de enfermería de los cuales 89 (81.7%) eran mujeres y 20 (18.3%) varones. El rango de edad era de 19 a 69 años (Media= 38.9 años, DT= 11.6). Este grupo obtuvo una Media de 9 años en su trabajo (Rango= 1 a 39 años, DT= 8.97), de los cuales (19.3%) operaban en el turno matutino, 16 (14.7%) en el turno vespertino y 27 (24.8%) en el nocturno. En otras modalidades de turno trabajaban 28 (25.7%), franqueras (15, 13.8%) y fines de semana (13, 11.9%), no mencionaron turno 16(14.7%). Las principales áreas eran Sala (28.4%), Guardia (15.6%), Terapia Intensiva (16.5%), Neonatología (10.1%) y otros (18.1%, ambulancias, cirugía, etc.). El 11% no respondió el área.

Instrumentos

La Encuesta de Experiencias Anómalo/Paranormales en personal de Enfermería proviene originalmente de un formato de entrevista en profundidad (*in-depth interview*) de cinco preguntas de respuesta libre, que se formuló a personal médico y de enfermería dentro del ámbito hospitalario, inspirada en estudios previos^{3,4,12,61} creada por nosotros⁷. Esta encuesta contiene 13 ítems de respuesta dicotómica (SI/NO) e incluye un espacio para ampliar por escrito la respuesta del encuestado para recabar información acerca del tipo de experiencia (“En mi centro de salud fui testigo de eventos que escapan a mi comprensión, por ejemplo, oír ruidos extraños, voces o diálogos, llantos o quejidos, pero cuando fui a chequear la fuente de origen de tales sonidos, no encontré nada”) El cuestionario también incluye datos tales como años de servicio, turno (mañana, tarde y noche), área hospitalaria (sala, guardia, cuidados intensivos, neonatología, y otros). Nombre de la institución (podía ser confidencial) y correo electrónico o teléfono fijo/móvil eran opcionales. Las preguntas también se pueden subdividir en dos tipos: Tipo 1: Enfermeras como receptoras (auditoras) de las experiencias de sus pacientes (por ej. una experiencia cercana a la muerte o una experiencia fuera del cuerpo) y de sus colegas (ítems 1, 2, 7, y 10), y Tipo 2: Enfermeras como testigos de experiencias anómalo/paranormales (ítems 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, y 12).

El Inventario de Estrés Laboral de Maslach (*Maslach Burnout Inventory (MBI)*⁶²⁻⁶⁴, es un cuestionario de 22 ítems en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Se valoran en una escala tipo Likert que mide la frecuencia y la intensidad de cada una de las situaciones descritas en los ítems, posee siete alternativas de respuesta, mediante adjetivos que van de (0) nunca hasta (6) diariamente. Incluye tres subescalas o factores referidos a las dimensiones que conforman el síndrome que son: (1) “Agotamiento Emocional” que refieren a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; (2) “Despersonalización” describe una respuesta fría e impersonal y una falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención, y “Realización Personal” describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo y la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa y vivencia de insuficiencia profesional (puntuación baja indica desrealización). La fiabilidad interna del MBI es buena, con un coeficiente alfa de Cronbach= 0.75^{63,64}. Para este estudio se utilizó la versión chileno-argentina adaptada de la versión mexicano-española. La escala posee alta confiabilidad y test-retest (Alfa = .91)⁶⁵.

La Escala de Absorción de Tellegen (*Tellegen Absorption Scale, TAS*)³⁵ está compuesta de 34 ítems, de respuesta dicotómica (Verdadero/Falso) que mide la frecuencia en la que una persona se involucra en actividades que exigen atención y concentración. Está constituida por seis factores: Sensibilidad, Sinestesia, Expansión de la Cognición, Disociación, Recuerdos vívidos, y Expansión de Conciencia, por ejemplo, “cuando escucho música de órgano u otra música imponente a veces siento como si me estuvieran levantando en el aire”. La fiabilidad interna del TAS es buena, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.90; la confiabilidad test-retest de la versión argentino-española también ha sido considerada aceptable³⁶⁻³⁸.

El Inventario Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias (*Oxford-Liverpool of Feelings and Experiences, O-LIFE*)^{66, 67} es un cuestionario autoadministrable de 40 reactivos de valor dicotómico (SI/NO) que puede ser administrado en adolescentes y adultos, tanto en población normal como en población clínica. Ofrece alta validez interna (Alfa de Cronbach= .70) y alta confiabilidad test-retest de ($r = .82$). El O-LIFE evalúa cuatro subescalas: (1) Experiencias Inusuales (10 ítems); (2) Desorganización Cognitiva (10 ítems); (3) Anhedonia Introversiva (10 ítems) y (4) Disconformidad Impulsiva (10 ítems). Estas subescalas además tienen alta confiabilidad interna (Media de alfa = .69). Una combinación de las cuatro sub-escalas permiten evaluar dos factores de esquizotipia, que se derivan de la suma de los puntajes brutos de las subescalas: Experiencias Inusuales/Desorganización Cognitiva (F1: Esquizotipia positiva), y Anhedonia Introversiva/Disconformidad Impulsiva (F2: Esquizotipia negativa). La dimensión positiva se refiere a un funcionamiento distorsionado e incluye varias formas de alucinaciones, ideación paranoide e ideas de referencia; la dimensión negativa, conocida como anhedonia o déficit

interpersonal, se refiere a la disminución o déficit en la conducta normal del individuo que tiene dificultades para experimentar placer a nivel físico y social, aplanamiento afectivo, ausencia de confidentes íntimos y amigos, y dificultades en sus relaciones interpersonales. La evaluación psicométrica del O-LIFE ha demostrado una buena fiabilidad test-retest ($\text{Alfa} = 0.80$), así como una consistencia interna aceptable en español^{43, 66}.

El Test de Empatía Cognitivo Afectiva (*Interpersonal Reactivity Index*, IRI)^{68, 69}, es un cuestionario con 33 ítems subdivididos en cuatro escalas: (1) Adopción de perspectiva, que evalúa la capacidad para la tolerancia, la comunicación y las relaciones personales; (2) Comprensión emocional, que evalúa la capacidad para reconocer los estados emocionales de los otros, así como sus intenciones e impresiones; (3) Estrés empático, que se refiere a la conexión con los estados emocionales negativos de los otros y (4) Alegría empática, que hace referencia a la capacidad de compartir las emociones positivas de otras personas. Adopción de perspectiva y Comprensión emocional constituyen el factor “cognitivo” de la empatía; el Estrés empático y la Alegría empática establecen el factor “emocional” o afectivo de la empatía. El tipo de respuestas corresponden a una escala Likert, es 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Neutro, 4= De acuerdo, y 5= Totalmente de acuerdo. Esta escala fue previamente traducida y probada en el contexto español por Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxebarria, Montes y Torres⁷⁰. La versión en español del instrumento fue publicada por TEA Ediciones ($\text{alfa} = 0.87$, versión argentina).

Procedimiento y Análisis

Los cinco cuestionarios se entregaron bajo el pseudo-título *Cuestionario de Experiencias Psicológicas* en orden contrabalanceado para evitar sesgos en las respuestas (el cuestionario de experiencias anómalas para enfermeras se colocó en primer lugar). La batería de escalas se entregó en un sobre a cada participante durante la jornada laboral. Se les invitó a completar las escalas de forma voluntaria y anónima en una sola sesión, en días y horarios previamente acordados. Como parte del proceso de recolección de casos, completaron un Formulario de Consentimiento Informado.

Se empleó estadística no paramétrica (*U* de Mann-Whitney para comparar ambos grupos o *H* Kruskal-Wallis para comparaciones múltiples, y *Rho* de Spearman para correlacionar), ya que las puntuaciones no se distribuían normalmente. El *U* resultante se transformó en una puntuación *z* con el fin de asignar valores de probabilidad. Se utilizó un método de corrección de Bonferroni para contrarrestar el problema de las comparaciones múltiples, ya que se consideró el método más simple y conservador para controlar la tasa de error de estos análisis. También, se realizó un análisis de regresión para detectar variables predictoras.

Resultados

A continuación, se presenta una justificación de cada porcentaje de modo que el lector pueda formar una mejor idea acerca de las características de cada experiencia. Cada ítem se presenta en el orden de la mayor a menor frecuencia de casos, se inició con el grupo “auditoras/es” (escucharon las experiencias) en cuatro ítems: relatos de terceros (médicos, familiares y/u otros), experiencia cercana a la muerte (experiencias en niños y experiencia fuera del cuerpo en pacientes). El segundo grupo distingue al personal de enfermería que experimentaron por sí mismos los eventos paranormales, tales como sensación de presencia y apariciones, oír ruidos extraños, voces o diálogos, recuperación intervención religiosa, “saber” intuitivamente la enfermedad, experiencias fuera del hospital, experiencia mística o “conexión”, funcionamiento anómalo de equipos.

Las experiencias anómalas más comúnmente reportadas (Tipo 2) son sensación de presencia o apariciones (28.8%), oír ruidos extraños o escuchar voces o diálogos, llorar o quejidos (27%), saber enfermedades intuitivamente (20.6%) y como auditores de experiencias de sus pacientes (Tipo 1),

Tabla 1. Descriptivos de personal de enfermería que reporta experiencias anómalo/paranormales

Ítem # 1 –Tipo 1. Pacientes internados en mi centro de salud han descrito haber tenido una experiencia cercana a la muerte (o similar) durante su internación clínica o durante su intervención (por ej. quirúrgica), cuya narración contiene detalles que escapan a mi comprensión como agente de salud (f= 88, 25.6%).

Ítem # 2 –Tipo 1. Pacientes en mi centro de salud durante su período de internación han descrito haber tenido una experiencia fuera del cuerpo, cuya narración contiene detalles o características que escapan a mi comprensión como agente de salud (f= 33, 9.6%).

Ítem # 3 –Tipo 2. Dentro del centro de salud, fui testigo de eventos que escapan a mi comprensión, por ejemplo, una sensación de “presencia”, una aparición, luces o luminiscencias flotando, o movimientos inexplicables de objetos (f= 99, 28.8%).

Ítem # 4 –Tipo 2. En mi centro de salud fui testigo de eventos que escapan a mi comprensión, por ejemplo, oír ruidos extraños, voces o diálogos, llantos o quejidos, pero cuando fui a chequear la fuente de origen de tales sonidos, no encontré nada (f= 93, 27%).

Ítem # 5 –Tipo 2. En mi centro de salud he tenido la experiencia de ver campos de energía, luces o “descargas eléctricas” en torno a –o saliendo de– un paciente hospitalizado (f= 20, 5.8%).

Ítem # 6 –Tipo 1. Pacientes internados en mi centro de salud dicen haber tenido una experiencia extrasensorial, por ejemplo, saber de personas o situaciones que no podían saber porque estaban internados y aislados. Estos relatos escapan a mi comprensión como agente de salud (f= 27, 7.8%).

Ítem # 7 –Tipo 2. He tenido una experiencia extraña, pero no dentro del hospital, sino fuera (por ejemplo, estando en mi casa, o de vacaciones, etc.) en relación a un paciente a mi cargo internado en el centro de salud donde me desempeño, que escapa a mi comprensión como agente de salud (f= 47, 13.7%).

Ítem # 8 –Tipo 1. He tenido la experiencia de observar el funcionamiento anómalo de equipos o instrumental médico en determinado paciente, que operado sobre otros pacientes es absolutamente normal, y cuya explicación escapa a mi comprensión como agente de salud (f= 28, 8.1%).

Ítem # 9 –Tipo 2. He observado que después de alguna forma de intervención religiosa (por ejemplo, grupos de oración, imposición de manos, extremaunción, u otros objetos, imágenes de beatos, santos, o rosarios), algunos pacientes se recuperaron en forma rápida y completamente de enfermedades y/o traumatismos cuya explicación médica escapa a mi comprensión como agente de salud (69, 20.1%).

Ítem # 10 –Tipo 2. He tenido la experiencia de “saber” intuitivamente la enfermedad de un paciente apenas viéndolo, o incluso antes de entrevistar a mi próximo paciente, sin siquiera conocerlo o saber su historia médica, y que escapa a mi comprensión como agente de salud (f= 71, 20.6%).

Ítem # 11 –Tipo 2. He tenido una experiencia que podría calificar como “mística” o de especial “conexión” con un paciente de mi centro de salud, cuya forma y características escapan a mi comprensión como agente de salud (f= 27, 7.8%).

Ítem # 12 –Tipo 2. He escuchado o conocido personas confiables para mí que han relatado experiencias SÓLO EN ÁMBITOS MÉDICOS, como las antes descritas (o de otros tipos) cuya explicación médica también escapaba a su comprensión como agente de salud (104, 30.2%).

Ítem # 13 –Tipo 2. He tenido algunas de estas experiencias –o he escuchado de ellas– en relación con niños, cuya explicación médica también escapaba a su comprensión como agente de salud (f= 42, 12.2%).

son las experiencias cercanas a la muerte (25.6%), experiencias de intervención religiosa (20.1%) y experiencias anómalas en relación con niños (12.2%) (ver Tabla 1).

De acuerdo con la H1 según la cual el personal de enfermería que sentía/percibía experiencias tenderían a puntuar más alto en estrés laboral, no se confirmó, sin embargo, el factor “Despersonalización” fue más alto que quienes no tenían estas experiencias ($M_{\text{con Experiencias}} = 5.33$ vs $M_{\text{sin Experiencias}} = 3.33$, $p_{\text{dif}} = 0.002$). La H2 fue confirmada: Enfermeras/os con experiencias tendieron a reportar mayor Absorción ($M_{\text{con Experiencias}} = 15.32$ vs. $M_{\text{sin Experiencias}} = 11.08$, $p_{\text{dif}} < 0.001$), que incluyeron los seis factores (todas $p_{\text{dif}} < 0.001$). ($M_{\text{con EXPERIENCIAS}} = 14.42$ vs. $M_{\text{sin Experiencias}} = 11.85$, $p_{\text{dif}} = .001$), Esquizotipia negativa ($M_{\text{con Experiencias}} = 7.77$ vs. $M_{\text{sin Experiencias}} = 6.67$, $p_{\text{dif}} = .002$) y Esquizotipia positiva ($M_{\text{con Experiencias}} = 6.63$ vs. $M_{\text{sin Experiencias}} = 5.18$, $p_{\text{dif}} = 0.002$) con énfasis en experiencias inusuales ($p_{\text{dif}} < 0.001$), lo cual confirmó la H3. En relación con la empatía, el H4 no se confirmó, no obstante, el personal de enfermería que informaron estas experiencias tendieron marginalmente a reportar mayores puntuaciones de empatía

Tabla 2. Comparación entre personal de enfermería con experiencias y grupo sin experiencias

Variables	Rango	Con Experiencias (n= 235)		Sin Experiencias (n = 109)		z*	P
		Media	DT	Media	DT		
1. Agotamiento Emocional	0–51	17.70	10.32	15.44	10.56	1.81	n.s.
2. Despersonalización	0–26	5.33	5.65	3.30	4.21	3.02	.002
3. Realización Personal	0–28	33.81	10.29	33.73	11.20	0.19	n.s.
Estrés laboral (Total= 1+2)	0–75	22.95	14.07	18.71	13.19	2.51	.012
F1. Sensibilidad	0–13	3.47	1.96	2.58	1.97	3.66	< .001
F2. Sinestesia	0–11	3.16	1.97	2.32	1.86	3.62	< .001
F3. Expansión de la Cognición	0–13	2.82	1.92	2.08	2.15	3.69	< .001
F4. Disociación	0–11	2.28	1.51	1.49	1.50	4.43	< .001
F5. Recuerdos vívidos	0–4	2.23	1.23	1.73	1.24	3.33	.002
F6. Expansión de Conciencia	0–9	1.40	1.12	0.95	0.91	3.65	< .001
Absorción (Total)	0–32	15.32	7.38	11.08	7.82	4.52	< .001
1. Experiencias Inusuales	0–10	3.19	2.43	2.20	2.41	3.96	< .001
2. Desorganización Cognitiva	0–11	3.44	2.60	2.98	2.77	1.73	n.s.
3. Anhedonia Introversiva	0–7	4.11	1.24	3.76	1.39	2.04	.041
4. Disconformidad Impulsiva	0–10	3.66	2.17	2.90	2.00	2.85	.004
F1. Esquizotipia negativa	0–16	7.77	4.10	6.67	4.46	3.12	.002
F2. Esquizotipia positiva	0–20	6.63	2.60	5.18	2.57	3.15	.002
Esquizotipia (Total)	0–33	14.42	5.85	11.85	6.36	3.36	.001
1. Adopción de perspectiva	2–40	26.23	4.47	25.75	4.55	1.11	n.s.
2. Comprensión emocional	2–45	29.33	5.03	27.86	5.57	2.65	.008
3. Estrés empático	2–40	22.20	4.65	21.57	4.38	0.99	n.s.
4. Alegría empática	4–40	28.29	4.84	27.87	5.13	0.73	n.s.
F1. Empatía cognitiva	4–45	55.56	8.57	53.37	10.11	2.52	.011
F2. Empatía emocional	4–80	50.49	7.74	49.45	8.21	1.15	n.s.
Empatía (Total)	15–165	106.05	15.14	102.82	17.18	2.08	.037

1 p ajustada a análisis múltiples (corrección Bonferroni, punto de corte $p = .002$) y $gl = 343$.

* U Mann-Whitney.

($M_{\text{con Experiencias}} = 106.05$ vs. $M_{\text{sin Experiencias}} = 102.82$, $p_{\text{dif}} = 0.037$) que el grupo sin Experiencias. Un análisis de corrección Bonferroni excluyó el estrés laboral ($p_{\text{dif}} = .012$); y dos factores de empatía, Empatía cognitiva ($p_{\text{dif}} = 0.01$) y Comprensión emocional ($p_{\text{dif}} = .008$), asimismo eran más propensos a puntuar más alto que el grupo sin Experiencias (ver Tabla 2).

Se llevó a cabo una correlación adicional entre Edad y Antigüedad Laboral con Índice de Experiencias, Esquizotipia, Empatía, Absorción y Estrés Laboral. El análisis se realizó aprovechando ambos grupos (personal de enfermería con Experiencias y grupo sin Experiencias). Nueve (75%) de las 12 correlaciones que utilizaron la corrección Bonferroni, fueron significativas: las enfermeras/os con

mayor antigüedad laboral tendieron a tener más frecuencia de experiencias, aunque no estaba relacionado con la edad. La esquizotipia correlacionó negativamente con la edad ($p < 0.001$) y la Antigüedad ($p = 0.009$), y Estrés laboral también correlacionó negativamente con la edad ($p = 0.001$), pero no con la Antigüedad. Empatía y Absorción no fueron significativas.

Un análisis de regresión binario *post hoc* (para $N = 344$, método Wald) determinó el mejor predictor entre el personal de enfermería con y sin experiencias entre Absorción, Estrés Laboral, Empatía y Esquizotipia. Los resultados indicaron que el mejor predictor resultó Absorción entre el personal con experiencias [$\beta = 0.27$, $gl = 1$, $p < 0.001$; Wald = 19.04; $R^2 = 0.12$] y el grupo sin Experiencias.

Discusión

El presente estudio mostró que entre el 12–28% de los 344 participantes encuestados, indicó haber tenido al menos una experiencia anómala en hospitales; las más comunes fueron sensación de presencia o apariciones, oír ruidos extraños, voces o diálogos, llantos y quejidos, y saber intuitivamente enfermedades; en tanto que como auditores de las experiencias de sus pacientes/compañeros/os, fueron las experiencias cercanas a la muerte, intervención religiosa y experiencias anómalas en relación con niños. El grupo con experiencias no mostró mayor estrés laboral, pero cierto nivel de despersonalización resultó un rasgo diferencial con el grupo sin Experiencias. Estos profesionales también mostraron mayor absorción psicológica y propensión a la esquizotipia –tanto en su dimensión negativa como positiva– con énfasis en las experiencias inusuales, lo que confirmó resultados previos⁷ que indican que el personal de enfermería es más propenso a tener experiencias alucinatorias. Sin embargo, resultaron más empáticas/os con sus pacientes, con énfasis en mayor comprensión cognitiva y emocional, en comparación con quienes no tenían experiencias. Esta empatía posiblemente sea funcional al estilo cognitivo asociado a las experiencias paranormales, y un motivo adicional por el cual el personal es más receptivo a escuchar tales relatos. Además, los de mayor antigüedad laboral también tendían a relatar experiencias anómalo/paranormales, pero esto es inversamente proporcional a la tendencia a la esquizotipia que parece común en los más jóvenes, así como también experimentar un leve aumento del estrés laboral.

Aunque el personal de enfermería con experiencias no tendieron a manifestar mayor estrés laboral, mostraron mayor absorción psicológica, lo cual confirma que aquellos que en la población general experimentan una alta capacidad de absorción por lo general del mismo modo experimentan diversas formas de experiencias alucinatorias^{40, 41}. El estado de absorción está asociado con el objeto focal de atención aunque sea imaginario, pero que se vuelve totalmente real para el individuo. Por otro lado, en el presente estudio, la capacidad de absorción parece ser sólo una, de una constelación de varios factores relacionados. Puede que el estilo cognitivo sea más importante que la capacidad o habilidad, como en el caso de la absorción, que se refiere a la medida en que una persona puede estar tan absorta en una experiencia mental en un momento dado que el control de la realidad se inhibe temporalmente, de manera tal que un pobre monitoreo de la realidad se convierte en un aspecto estable del estilo cognitivo. Pero no necesariamente significa que todas estas experiencias son puras fantasías alucinatorias, por ejemplo, las apariciones y otras experiencias similares están relacionadas con la absorción y la imaginación en estudiantes^{37,38} y creyentes en lo paranormal^{71,39}, de modo que la experiencia de ver fantasmas puede estar relacionada con procesos cognitivos que involucran fantasía y propensión a la esquizotipia cognitivo-perceptual y ambas están correlacionadas entre sí³⁶.

Por ejemplo, se encontraron diferencias significativas en la absorción y la propensión a la alucinación en el personal del turno de la noche⁷, lo que podría indicar que ciertas experiencias requieren menos “ruido” en términos perceptuales y que la absorción podría ser una variable sensible a ciertas experiencias anómalas, como ver apariciones o escuchar voces⁷². Hay varios estudios relacionados con el estrés laboral en el área de la salud mental, pero pocos se relacionan con la absorción, un fenómeno inexistente en estudios asociados con experiencias anómalo/paranormales en el personal de

enfermería. Sin embargo, ninguna de estas variables (absorción o propensión a la esquizotipia perceptual) estuvo relacionada con el estrés laboral⁷³.

Durante estos estados se experimentan visiones fugaces pero vívidas en diferentes modalidades sensoriales^{74,75}. Estas experiencias pueden ocurrir en los hospitales, cuando la actividad de enfermería disminuye en la noche, lo cual puede causar déficit de sueño que provoca estados de somnolencia y es conducente de experiencias de ensoñación vívida. En tales situaciones hay una disminución del testeo de la realidad y un aumento de la concentración o absorción^{76,72,77}. Otras experiencias relacionadas que ocurren poco después de una muerte reciente pueden ser resultado de reacciones psicológicas no procesadas o para facilitar el proceso de duelo por la pérdida de un paciente^{4,2,78}.

En términos generales, la información que la mayoría de las personas tiene acerca de estas experiencias y su asociación con trastornos psiquiátricos lleva a prejuicios y resistencia. Los profesionales de enfermería revelaron sus experiencias personales y las de sus pacientes de igual forma señalaron que consideraban que estas experiencias no eran infrecuentes o inesperadas. La mayoría no estaba asustado por las experiencias de sus pacientes ni por las suyas propias, sino que se mostraban tranquilos respecto a su realidad y la de sus pacientes. La aceptación de estas experiencias –carente de una interpretación– era una característica de sus respuestas.

Estas experiencias eran a menudo hasta reconfortantes para el paciente terminal. Por tanto, podemos ayudar a los profesionales de enfermería a ser funcionales en la normalización de una experiencia potencialmente malentendida y aterradora; hay evidencia de que estas experiencias son una concomitante común durante la parálisis del sueño. Estudios recientes sugieren que aproximadamente el 30% de los adultos jóvenes reportan alguna experiencia de parálisis del sueño^{73,79,80}, y que estas visiones pueden estar relacionadas con procesos cognitivos que involucran fantasía y procesos cognitivos asociados a la percepción esquizotípica³⁶.

Futuros estudios deberían emplear una escala de estrés para enfermería que podría ser más sensible en la medición de dicho modulador para algunas experiencias anómalas, e incluso examinar la agudeza visual, auditiva y horas de sueño del personal participante. De hecho, el propósito de llevar a cabo un estudio cualitativo será explorar las experiencias de personal de enfermería de cuidados paliativos, reflexionar sobre la influencia de estas experiencias en el cuidado de los pacientes moribundos, sus familias y amigos, así como contribuir a la escasa literatura de enfermería sobre este tema. La respuesta de los profesionales de la salud, específicamente el de enfermería, es un área que aún no ha sido ampliamente reconocida¹⁰.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes

Financiamiento

Este proyecto de investigación fue apoyado por la Fundación BIAL (Grant 246/14).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Agradecimientos

Agradecemos a Mónica Agdamus, Sergio Alunni, Rocío Barucca, Ricardo Corral, Silvia Madrigal, Jorgelina Rivero, Jorge Sabadini, Rocio Seijas, Osvaldo Stacchiotti, Andrés Tocalini, Stella Maris Tirrito y Esteban Varela por contribuir en contactar a un gran número de enfermeras y a los Departamentos de Investigación y Docencia en Enfermería de cada hospital. Gracias también a Rocio Seijas y Paola Giménez Amarilla por el trabajo de ingresar datos en el programa SPSS y el análisis fenomenológico de las experiencias, y a Juan Carlos Argibay por su útil asesoría metodológica.

Referencias

1. Barbato M, Blunden C, Reid K, et al. Parapsychological phenomena near the time of death. *J Palliat Care*, 1999; 15(2): 30–7.
2. Fenwick P, Lovelace H, Brayne S. End-of-life experiences and implications for palliative care. *Int J Environ Stud*, 2007; 64(3): 315–23. <http://dx.doi.org/10.1080/00207230701394458>
3. O'Connor D. Palliative care nurses' experiences of paranormal phenomena and their influence on nursing practice. Presented at 2nd Global Making Sense of Dying and Death Interdisciplinary Conference, November 21–23, Paris, France, 2003.
4. Osis K, Haraldsson E. Deathbed observations by physicians and nurses: A crosscultural survey. *J American Soc Psychical Research*, 1977; 71(3): 237–59.
5. Osis K, Haraldsson E. *At the hour of death*. London: United Publishers Group; 1997.
6. Kubler Ross E. *What it is like to be dying*. *AJN*, 1971; 71(1): 54–5.
7. Parra A, Gimenez Amarilla P. Anomalous/paranormal experiences reported by nurses in relation to their patients in hospitals. *J Sci Exploration*, 2017; 31(1): 11–29.
8. Brayne S, Farnham C, Fenwick P. Deathbed phenomena and its effect on a palliative care team. *Am J Hosp Palliat Care*, 2006; 23(1): 17–24. <https://dx.doi.org/10.1177/104990910602300104>
9. Katz A, Payne S. *End of Life in Care Homes*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
10. Kellehear A. Spirituality and palliative care: A model of needs. *Palliat Med*. 2003; 14(2) 149–55. <http://dx.doi.org/10.1191/026921600674786394>
11. Imhof AE. *An Ars Moriendi for our time: To live a fulfilled life- To die a peaceful death*. En H Spiro, CM McCrea, WL Palmer (Eds), *Facing Death: Where culture, Religion and Medicine Meet*, Part 2. New Haven, CT: Yale University Press, 1996.
12. Fenwick P, Fenwick E. *The Art of Dying*. London, UK: Continuum; 2008.
13. Betty SL. Are they hallucinations or are they real? The spirituality of deathbed and neardeath visions. *Omega*, 2006; 53(1): 37–49.
14. Millham A, Easton S. Prevalence of auditory hallucinations in nurses in mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 1998; 5(2): 95–99. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.1998.00098.x>
15. Bentall RP. The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull*, 2000; 107(1): 82–95.
16. Bentall RP. Hallucinatory experiences. En E Cardeña, SJ Lynn, S Krippner (Eds): *Varieties of Anomalous Experience*. Washington, DC: American Psychological Association; 2014, 85–120p.
17. Bentall RP. *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*. New York: Penguin Books; 2003.
18. Parra A. *Alucinaciones: Experiencia o trastorno?* Buenos Aires: Teseo/UAI; 2014.
19. Bartlett D. *Stress, Perspectives, and Processes*. Health Psychology Series. Buckingham, UK: Stress and Health, Oxford University Press; 1998.
20. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
21. Lehrer M, Woolfolk RL. *Principles and Practice of Stress Management*, second edition. New York: Guilford Press; 1993.

22. Healy C, McKay MF. Nursing stress: The effect of coping strategies and work satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs*, 2000; 31(3) 681-88.
23. McGowan B. Self-reported stress and its effects on nurses. *Nurs Stand*, 2001; 15(42)33-8. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2001.07.15.42.33.c3050>
24. Shader K, Broome ME, West ME, et al. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *J Nurs Adm*, 2001; 31(4) 210-16.
25. Phillips S. Labouring the emotions: Expanding the remit of nursing work? *J Adv Nurs*, 1996; 24(1)139-43. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.17419.x>
26. French SE, Lenton R, Walters V, et al. An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *J Nurs Meas* 2000; 8(2): 161-78.
27. McVicar A. Workplace stress in nursing: A literature review. *J Adv Nurs*, 2003; 44(6) 633-42.
28. Rabkin J. Stressful life events and schizophrenia: A review of the literature. *Psychol Bull*, 1980; 87(2) 407-25.
29. Matchett, WE. Repeated hallucinatory experiences as part of the mourning process among Hopi Indian women. *Psychiatry*, 1972; 35(2)185-94.
30. Reese, WD. The hallucinations of widowhood. *Br Med J*, 1971; 4(5778) 37-41.
31. Wells EA. Hallucinations associated with pathological grief reaction. *J Psych Treat Ev*, 1983; 5(2-3) 259-261.
32. Comer NL, Madow L, Dixon JJ. Observations of sensory deprivation in a lifethreatening situation. *American J Psych*, 1967; 124(2)164-69. <https://doi.org/10.1176/ajp.124.2.164>
33. Belensky, GL. Unusual visual experiences reported by subjects in the British Army study of sustained operations. *Mil Med*. 1979; 114(10): 695-96.
34. Siegel RK. Hostage hallucinations: Visual imagery induced by isolation and lifethreatening stress. *J Nerv Ment Dis*. 1984; 172(5) 264-72.
35. Tellegen A, Atkinson G. Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"): A trait related to hypnotic susceptibility. *J Ab Psych*, 1974; 83: 268-77.
36. Parra A. "Seeing and feeling ghosts": Absorption, fantasy proneness, and healthy schizotypy as predictors of crisis apparition experiences. *J Parapsych*, 2006; 70(2)357-72.
37. Parra A. Aura vision as a hallucinatory experience: Its relation to fantasy proneness, absorption, and other perceptual maladjustments. *J Ment Imag*, 2010a; 34: 49-64.
38. Parra A. Exámen correlacional entre experiencias anómalo/paranormales, disociación, absorción y propensidad a la fantasía. *Rev Iberoamericana Diagnóstico Eval Psicol*, 2010, 29(1) 77-96.
39. Parra A, Argibay JC. Dissociation, absorption, fantasy proneness and sensation seeking in psychic claimants. *JSPR*, 2012; 76(4): 193-203.
40. Irwin HJ. Parapsychological phenomena and the absorption domain. *JASPR*, 1985; 79: 1-11.
41. Irwin HJ. Extrasensory experiences and the need for absorption. *Parapsych Rev*, 1989; 20: 9-10.
42. Glicksohn JR, Barrett, TR. Absorption and hallucinatory experience. *Appl Cognit Psychol*. 2003; 17(7) 833-49. <http://dx.doi.org/10.1002/acp.913>
43. Claridge G. Schizotypy: Implications for illness and health. Oxford: Oxford University Press; 1997.
44. Wolfradt U, Oubaid V, Straube ER, et al. Thinking styles, schizotypal traits and anomalous experiences. *Personal Individ Differ*. 1999; 27: 821-30. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00031-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00031-8)
45. Raine A, Benishay D. The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *J Per Disord*, 1995; 9(4) 346-55. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.4.346>
46. McCreery C, Claridge G. Healthy schizotypy: The case of out-of-the-body experiences. *Personal Individ Differ* 2002; 32: 141-54.
47. Parra A, Espinoza Paul L. Alucinaciones y apariciones: Exploración intercultural de mediciones perceptuales entre estudiantes limeños y pucallpinos. *Persona*, 2009; 12: 187-206.

48. Parra A, Espinoza Paul L. Extrasensory experiences and hallucinatory experience: Comparison between two non-clinical samples linked with psychological measures. *JSPR*, 2010; 74(900)1-11.
49. Williams LM, Irwin HJ. A study of paranormal belief, magical ideation as an index of schizotypy, and cognitive style. *Person Individ Differ*. 1991; 12(12)1339-48. [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90210-3](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(91)90210-3)
50. Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consul Clin Psychol*, 1969; 33(3), 307-16.
51. Hoffman ML. The contribution of empathy to justice and moral judgment. En N Eisenberg, J Strayer (Eds.): *Empathy and its development*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1987.
52. Mercer S, Reynolds T. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*, 2002;52(2): 9-12.
53. Sayumporn W, Gallagher S, Brown P, et al. The perception of nurses in their management of patients experiencing anxiety. *J Nurs Educ and Pract*, 2012; 2(3) 25-45. <https://doi.org/10.5430/jnep.v2n3p38>
54. Veloski J, Hojat, M. *Measuring specific elements of professionalism: empathy, teamwork and lifelong learning*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
55. Yu J, Kirk M. Measurement of empathy in nursing research: Systematic review. *J Adv Nurs*, 2008; 64(5) 440-54. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04831.x>
56. Aström S, Nilsson M, Norberg A, et al. Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. *J Adv Nurs*, 1990; 15(11) 1236-44. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01738.x>
57. Beddoe AE, Murphy P. Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nurses? *J Nurs Educ*, 2004; 43(7) 305-12.
58. Thomas, K. Cognitive element of empowerment. *Academy of Management Review*, 1996; 15(4)666-81. <http://dx.doi.org/10.5465/AMR.1990.4310926>
59. Hochschild AR. *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press; 1983.
60. Parra A. Cognitive and emotional empathy in relation to five paranormal/anomalous experiences. *NAJP*, 2013; 15(3)405-12.
61. Parra A. Personality traits associated with premonition experience: Neuroticism, extraversion, empathy, and schizotypy. *JSPR*, 2015; 79(918) 1-10.
62. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
63. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory -General Survey. *Salud Pública Mex*, 2002; 44(1) 33-40.
64. Gil-Monte P. *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Madrid: Pirámide; 2005.
65. Cristhian Pérez V, Fasce H, Ortiz M, et al. Estructura factorial y confiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach en universitarios chilenos. *Rev Argentina Clín Psicol*, 2012; 21(3) 255-63.
66. Mason O, Claridge G, Jackson M. New scales for the assessment of schizotypy. *Personal Individ Differ* 1995;18, 7-13.
67. Mason O, Claridge G, Williams L. Questionnaire measurement. En G Claridge (Ed.): *Schizotypy: Implications for Illness and Health*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1997.
68. Davis M. *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview Press; 1996.
69. López-Pérez B, Fernández I. Abad, FJ. *TECA. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva*. Madrid: Tea Ediciones; 2008.
70. Pérez-Albéniz A, Paúl J, Etxeberria, J, et al. Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 2003; 15(2) 267-72.
71. Parra A, Argibay JC. Interrelación entre disociación, absorción y propensión a la fantasía con experiencias alucinatorias en poblaciones no-psicóticas. *Persona* 2007; 10: 213-31.

72. Pires da Rocha MC, Figueiredo de Martino MM. Stress and sleep quality of nurses working different hospital shifts. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2) 279–85. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200006>
73. Cheyne JA, Newby-Clark IR, Rueffer SD. Relations among hypnagogic and hypnopompic experiences associated with sleep paralysis. *J Sleep Res* 1999; 8: 313–17.
74. Mavromatis A. *Hypnagogia: The Unique State of Consciousness between Wakefulness and Sleep*. London: Routledge & Kegan Paul; 1987.
75. Sherwood SJ. Relationship between childhood hypnagogic/hypnopompic and sleep experiences, childhood fantasy proneness, and anomalous experiences and beliefs: An exploratory WWW survey. *JASPR*, 1999; 93: 167-97.
76. Foulkes D, Vogel G. Mental activity at sleep onset. *Journal of Abnormal Psychology*, 1965; 70: 231–246.
77. Rechtschaffen A. Sleep onset: Conceptual issues. En RD Ogilvie, JR Harsh (Ed): *Sleep Onset: Normal and Abnormal Processes*. Washington, DC: American Psychological Association; 1994.
78. Brayne S, Farnham C, Fenwick P. Deathbed Phenomena And Their Effect On A Palliative Care Team: A Pilot Study. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23(1): 17-24.
79. Fukuda K, Ogilvie RD, Chilcott L, et al . The prevalence of sleep paralysis among Canadian and Japanese college students. *Dreaming*, 1998; 8(2)59–66. <http://dx.doi.org/10.1023/B:DREM.0000005896.68083.ae>
80. Spanos NP, Cross PA, Dickson K ,et al . Close encounters: An examination of UFO experiences. *J Abnorm Psychol*, 1993; 102(4) 624–32.