

Recibido:

8 de Febrero de  
2016

Aprobado:

16 de Mayo de  
2016

# Relación entre estrés laboral, alucinación y experiencias anómalas entre profesionales de enfermería<sup>†</sup>

Alejandro Enrique Parra\*

Paola Gimenez-Amarilla\*\*

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el tipo y frecuencia de experiencias perceptuales inusuales en ámbitos hospitalarios, así como su relación con el estrés laboral y la absorción, y comparar tales experiencias en enfermeros (os) que las han tenido. **Materiales y Métodos:** se analizó una muestra de 39 enfermeros (as) con tales experiencias y un grupo control de 61 profesionales (sin experiencias). Las enfermeras (as) completaron cuatro instrumentos: la Encuesta de Experiencias Anómalas/Paranormales en Enfermeras y Trabajadores de la Salud, el Maslach Burnout Inventory que mide el estrés laboral, el Cuestionario de Experiencias Alucinatorias que evalúa la propensión a la alucinación y la Escala de Absorción de Tellegen que evalúa el grado de involucramiento en la percepción. **Resultados:** los profesionales que reportaron tales experiencias no tendían a experimentar mayor estrés laboral, en comparación con un grupo control, en contra de la principal hipótesis; sin embargo, mostraron mayor frecuencia de experiencias perceptuales anómalas asociadas a la capacidad de absorción psicológica, que resultó el principal predictor entre enfermeras con experiencia y el grupo control [ $\beta=0,33$ ,  $p=0,005$ ;  $R^2=0,12$ ] combinando estrés laboral y propensión a la alucinación. **Conclusión:** el análisis estadístico confirma que los profesionales de enfermería que reportan experiencias perceptuales inusuales, tienden a mostrar mayor absorción psicológica, de igual forma, mayor propensión a alucinar; sin embargo, ninguna de estas variables se relaciona con el estrés laboral. El turno de noche es el más propenso a estas experiencias.

**PALABRAS CLAVE:** estrés laboral, enfermería, parapsicología, percepción extrasensorial\*\*\*.

\*Psicólogo. Doctor en Psicología. Docente. Instituto de Psicología Paranormal. Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: rapp@fibertel.com.ar

\*\* Enfermera. Licenciada en Psicología. Enfermera hospitalaria. Universidad Abierta Interamericana de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: gimenezlp78@hotmail.com

\*\*\* Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en la página <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> de la Biblioteca Virtual en Salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

### Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Parra AE, Gimenez-Amarilla P. Relación entre estrés laboral, alucinación y experiencias anómalas entre profesionales de enfermería. *Rev. cienc. cuidad.* 2016; 13(2): 22-40.

<sup>†</sup> Este trabajo fue llevado a cabo gracias a un subsidio de la Fundación BIAL (Grant 246/14) de Portugal.

# Relationship between work stress, hallucination and abnormal experiences among nursing professionals

## ABSTRACT

---

**Objective:** evaluate the type and frequency of unusual perceptual experiences in hospital areas, as well as its relationship with work stress and absorption, and compare such experiences in nurses who have had. **Materials and Methods:** a sample of 39 nurses with such experiences and a control group of 61 professionals (without experiences) were analyzed. The nurses completed four instruments: The Survey of Abnormal/Paranormal Experiences in Nurses and Health Workers, the Maslach Burnout Inventory that measures work stress, the Questionnaire of Hallucinatory Experiences that evaluates the tendency of hallucinating, and the Tellegen Absorption Scale that assesses the degree of involvement in perception. **Results:** the professionals that reported such experiences did not tend to experience major work stress, in comparison to a control group, in opposition to the first hypothesis; however, they showed more frequency to abnormal perceptual experiences associated with the capacity of psychological absorption, which resulted in the main predictor between nurses with experience and the control group [ $\beta= 0,33$ ,  $p= 0,005$ ;  $R^2= 0,12$ ] combining work stress and tendency of hallucination. **Conclusion:** the statistical analysis confirms that the nursing professionals that report unusual perceptual experiences, tend to show a greater psychological absorption, likewise, a greater tendency to hallucinate; however, none of these variables is related with work stress. The night shift is the most prone to these experiences.

**KEYWORDS:** burnout professional, nursing, parapsychology, extrasensory perception.

# Relação entre estresse de trabalho, alucinação e experiências anômalas entre profissionais de enfermagem

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar o tipo e frequência de experiências perceptuais incomuns em âmbitos hospitalários, assim como sua relação com o estresse de trabalho e a absorção, e comparar tais experiências em enfermeiras (os) que tiveram. **Materiais e Métodos:** analisou-se uma amostra de 39 enfermeiras (os) com tais experiências e um grupo controle de 61 profissionais (inexperientes). As enfermeiras (os) completaram quatro instrumentos: a Pesquisa de Experiências Anômalo/Paranormais em Enfermeiras e Trabalhadores da Saúde, o Maslach Burnout Inventory que mede o estresse de trabalho, o Questionário de Experiências Alucinatórias que avalia a propensão à alucinação e a Escala de Absorção de Tellegen que avalia o grau de envolvimento na percepção. **Resultados:** os profissionais que reportaram tais experiências não tenderam a experimentar maior estresse de trabalho, em comparação com um grupo controle, contra a hipótese principal; porém, mostraram maior frequência de experiências perceptivas anômalas associadas à capacidade de absorção psicológica, que resultou o principal preditor entre enfermeiras com experiência e o grupo controle [ $\beta= 0,33, p= 0,005; R^2= 0,12$ ] combinando estresse de trabalho e propensão à alucinação. **Conclusões:** a análise estadística confirma que os profissionais de enfermagem que reportam experiências perceptuais incomuns, tendem a mostrar maior absorção psicológica; de igual maneira, maior propensão a alucinar; no entanto, nenhuma destas variáveis se relaciona com o estresse de trabalho. O turno da noite é o mais propenso a esse tipo de experiência.

**PALAVRAS-CHAVE:** esgotamento profissional, enfermagem, parapsicologia, percepção extra-sensorial.

## INTRODUCCIÓN

Existen un gran número de experiencias anómalas (o paranormales) reportadas por enfermeros (as) en centros de salud, hospitales y clínicas, sanatorios, casas de geriatría, salas pediátricas – incluso ambulancias-. Una experiencia anómala se define como aquella experiencia incomún (por ej. la sinestesia<sup>†</sup>) que, aunque puede ser experimentada por un importante número de personas (como aquellas de tipo telepático<sup>‡</sup>), se considera una desviación de la experiencia ordinaria o de las explicaciones usualmente aceptadas de la realidad (1).

Aunque existe un gran número de experiencias perceptuales inusuales reportadas por médicos, enfermeros, personal de limpieza, policías y vigilancia, a menudo estas experiencias provienen de tres fuentes: (a) enfermeros como testigos presenciales, (b) pacientes hospitalizados que confiesan sus experiencias al personal de enfermería y (c) enfermeros que reconocen como confiables los testimonios de sus colegas (pero que no han tenido ellas/os mismos tales experiencias). Sin embargo, se han hecho muy pocos esfuerzos por cuantificar u organizar las narraciones de estos eventos de una manera rigurosa y detallada para enfermeras (2-3) y médicos (4-5).

Experiencias paranormales, tales como visiones en personas en agonía o a punto de morir, experiencias cercanas a la muerte (o experiencias fuera del cuerpo) o pacientes que se recuperan, en forma súbita y total, de enfermedades después de una intervención religiosa, son eventos de los que muchas enfermeras han sido testigos.

Otras veces son los enfermeros (as) mismos quienes han tenido sus propias experiencias en un contexto hospitalario, tales como apariciones, coincidencias significativas, ver campos de energía, luces o descargas eléctricas en torno a –o saliendo de– un paciente hospitalizado, observar el comportamiento anómalo de animales (gatos, aves, etc.), observar el funcionamiento anómalo de equipos o instrumental médico, saber intuitivamente la enfermedad de un

<sup>†</sup> Sensación secundaria o asociada que se produce en una parte del cuerpo a consecuencia de un estímulo aplicado en otra.

<sup>‡</sup> Transmisión de pensamientos entre personas, generalmente distantes entre sí, que se produce sin intervención de los sentidos o de agentes físicos conocidos.

paciente o cuando éste fallecerá, o experiencias bajo condiciones de tratamiento especial, como Unidades de Terapia Intensiva (UTI), neonatología, servicios de pediatría o neuropsiquiátricos (6-8).

Brayne y Fenwick (9) han examinado varios tipos de experiencias anómalas en enfermeras como, por ejemplo, visiones en el lecho de muerte de pacientes terminales, de familiares fallecidos que vienen a buscar al paciente o sueños con profundo significado existencial que involucran a familiares difuntos o mascotas que ayudan al paciente a morir (8, 10) y la habilidad de transitar hacia y desde otras realidades antes de morir como una forma de prepararse para el fatal desenlace (2, 11).

Otros describen haber visto una luz o luces, cambios en la temperatura ambiente; relojes que se detienen en sincronía con la muerte de un paciente; vapores, nieblas y formas en torno al cuerpo de un enfermo terminal, y aves o animales que aparecen y luego desaparecen (por ej. gatos, insectos, palomas). Otras experiencias específicas ocurren con particular énfasis en algunos pacientes terminales, por ejemplo, una necesidad de reconciliarse con la vida, una súbita lucidez saliendo del coma o la demencia suficiente como para despedirse de sus seres queridos (12-13).

Sin embargo, estas experiencias suelen ser diagnosticadas en pacientes como causadas por la confusión, la demencia o alucinaciones inducidas por drogas (14). Visiones de algunos pacientes terminales aparecen ampliamente descritas en biografías y en la literatura de todas las épocas y en muchas culturas; por ejemplo, en el Bardo Todol del Tibet (15), en el papiro egipcio Pert Em Hru (16) y en las ilustraciones del Ars Morendi (El arte de Morir) en la Europa medieval (17). Tradicionalmente estas experiencias y visiones en pacientes terminales describen el camino espiritual del alma después de la muerte, hacia el más allá.

Hay relatos asociados a coincidencias en torno al momento de la muerte que se aparece a un pariente o a un amigo cercano, pero que no está presente en el momento de la muerte y necesita resolver asuntos pendientes, como reconciliarse con familiares distanciados, antes de morir (18, 12-13).

La muerte de un paciente y el dolor de los familiares es parte de la experiencia en la práctica

de la enfermería. En la literatura se puede encontrar que muchas personas que habían presenciado o experimentado estos fenómenos al final de su vida sentían incomodidad al hablarlos con su médico, y que algo que era intensamente significativo a veces era percibido como algo insignificante, menospreciado o de poco valor (3). Las experiencias en pacientes terminales, donde las personas afirman ver a los que han muerto antes que ellos, son ocurrencias bastante frecuentes (19-20). Barbato (19) también ha notado la discrepancia entre pacientes terminales de ganar comodidad de los fenómenos paranormales y el nivel de sufrimiento de la familia.

O'Connor (3) llevó a cabo una investigación con enfermeras que sugiere que estas experiencias no son ni raras ni sorprendentes. Sin embargo, autores como Katz y Peace (14), Kellehear (20) y los estudios de Fenwick (2, 11) han encontrado que, incluso entre los profesionales de cuidados paliativos, tales experiencias resultan incómodas cuando se trata de cuestiones espirituales (son muchos los que mueren en el hospital) pero, lamentablemente, las enfermeras no tienen ni el tiempo ni la capacitación para abordar adecuadamente este aspecto tan importante del proceso de la muerte y el duelo.

Imhof (21) señala que ya que la muerte no se enseña como materia médica y el buen morir no es parte del currículo médico; hay una urgente necesidad de entrenar sobre el proceso de la muerte, a veces es ignorada por los médicos y enfermeros.

Fenómenos que ocurren alrededor del momento de la muerte -por ejemplo relojes que se detienen u observar el comportamiento extraño de animales, las luces y equipos que se encienden o apagan- (3), en su significado final, parecen tener cualidades sustantivas basadas en el aquí y ahora e impulsadas por sueños que ayudan a la persona a procesar cuestiones no resueltas para poder marcharse en paz, pedir perdón (18) o reconciliarse con familiares distanciados (22). Es curioso que, a veces, un paciente logra aferrarse a la vida hasta que un pariente en especial llega para despedirse y fallece poco después, o un paciente en estado de semi-consciencia o confusional puede tener un breve momento de lucidez que le permite despedirse (4, 23).

Sin embargo, algunos estudios (24), focalizan el efecto del estrés en la aparición de experiencias perceptuales

anómalas. Romme y Escher (25) sostienen que, en aproximadamente el 70 % de los casos, el inicio de las alucinaciones ha sido precedido por algún tipo de experiencia estresante o traumática y, en la mayoría, se encontró que las alucinaciones eran más severas en períodos de estrés.

Es posible que las alucinaciones se produzcan, en general, como una reacción al estrés. Por ejemplo, casi el 70 % de las personas que atraviesa una situación de duelo padece alucinaciones o ilusiones del difunto en algunos pacientes (26-28). En consecuencia, la posible ocurrencia de experiencias alucinatorias en el contexto de extrema presión, como en el caso de situaciones límite relacionadas con el ámbito laboral y situaciones de emergencia (29-30), junto con mecanismos de defensa desarrollados para lidiar con el sufrimiento de otros, constituyen un medio estresante que puede desencadenar experiencias anómalas como una forma de protegerse frente a situaciones adversas.

Estas situaciones de extrema presión, que derivan en la mayoría de los casos en estrés, coinciden con el contexto sanitario de los profesionales de la salud: atender el dolor, la enfermedad, la muerte, situaciones de urgencia vital, demandas y presiones laborales -especialmente en los servicios públicos-, al producirse una discrepancia entre las demandas del medio y los recursos del profesional (31-32).

Otra variable, a menudo implicada con estas experiencias, es la capacidad de absorción, que permite al individuo involucrarse con una variedad de experiencias imaginarias, por lo cual tiene una mayor sensibilidad perceptual como forma de afrontar el estrés y se involucra en experiencias sensoriales e imaginativas (33). Las personas con alta capacidad de absorción tienen imaginación vívida y se involucran en experiencias sensoriales e imaginativas hasta el punto de perder su sentido del Yo, puesto que poseen gran facilidad para entrar en estados que se caracterizan por una marcada reestructuración cognitiva y apertura para experimentar alteraciones emocionales y cognitivas en diversas situaciones (33-34).

Parra y Argibay (35) y Parra (36-38) encontraron que individuos que presentan estas experiencias no padecen ningún trastorno mental sino mayor grado de absorción psicológica. Combinadas con

el estrés laboral y la absorción como estrategia de afrontamiento, se pueden desencadenar ciertas experiencias inusuales que son extrañas y, a veces, atemorizantes.

La absorción ha sido factorializada en seis formas (33): 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.

También están: 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, distinta al estado despierto (33).

También se ha encontrado que personas con un elevado nivel de absorción tienen mayor probabilidad de padecer de estas experiencias, ya que, quizás, traten de tenerlas de manera intencionada o tengan más predisposición a explorar aspectos fenomenológicos que otros sujetos no puedan explorar (36-39).

Estos sucesos generan temor al ridículo, al prejuicio de insanidad mental, a consecuencia de lo cual producen un gran silencio o –cuanto mucho– discreción (40). Brayne et al. (9) confirman que el personal de enfermería, sometido a situaciones de estrés laboral, presión por parte de pacientes, médicos, horarios de trabajo restringidos y el vínculo con la enfermedad y la muerte puede experimentar cierto número de experiencias inusuales.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es de tipo descriptivo, comparativo y

correlacional, de carácter cuantitativo, con diseño transversal y tiempo de ocurrencia prospectivo. Se aplicó una técnica de muestreo no probabilístico a todos los profesionales de enfermería en un hospital del sur de la Provincia de Buenos Aires (Argentina) dispuestos a responder los instrumentos. Del total de enfermeros (as) (n= 130) que se desempeñan en el hospital, solo 100 (76%), estuvieron dispuestos a responder los instrumentos y cumplieron los criterios de inclusión, obtenido de esta forma la muestra.

Esta muestra de profesionales fue –a su vez– dividida en dos grupos: enfermeros con experiencias (ECE) y un grupo control (enfermeros sin experiencias), conformados por 39 y 61 profesionales de ambos sexos, respectivamente, que trabajaban en un hospital argentino. El criterio de inclusión/exclusión fue que los profesionales de enfermería entrevistados tuvieran, al menos, dos años en el hospital y en el mismo turno, mayores de edad y de ambos sexos.

Respecto a los instrumentos utilizados, la Encuesta de Experiencias Anómalas en Ámbito Hospitalario, originalmente proviene de un formato de entrevista en profundidad (in-depth interview) de cinco preguntas de respuesta libre, que se formula a médicos y enfermeras dentro de ámbito hospitalario, con base en estudios previos (41-42).

La entrevista en profundidad fue inspirada en los estudios de Osis (4) y Haraldsson (5) y, más recientemente, por Fenwick et al. (2), quienes recopilaron un número de experiencias anómalas en contextos de hospital, frecuentemente reportados por médicos y enfermeras, tales como sensación de presencia, funcionamiento anómalo de equipos o instrumental médico en determinado paciente, saber intuitivamente la enfermedad de un paciente, luces o luminiscencias flotando, movimientos inexplicables de objetos, experiencias en el lecho de muerte de una paciente y otros eventos anómalos en unidad de terapia intensiva (UTI).

El formato estructurado de la entrevista contiene 13 ítems de respuesta dicotómica (SI/NO), de diseño exploratorio, incluye en cada una un espacio para ampliar la respuesta del encuestado y permite recabar información acerca del tipo de experiencia y llevar a cabo el análisis dividiendo a la muestra entre quienes tuvieron alguna experiencia y quienes no (por ej. “*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 instrumento es una encuesta ad-hoc creada para este estudio, obteniendo un valor de alfa total de .71 (ítems  $n=13$ ).

El Maslach Burnout Inventory (MBI) (43- 44), un cuestionario de 22 ítems, es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Estos enunciados se valoran en una escala tipo Likert que mide la frecuencia y la intensidad de cada una de las situaciones descritas en los ítems y posee 7 alternativas de respuesta mediante adjetivos que van desde (0) nunca hasta (6) diariamente. Incluye tres subescalas o factores referidos a las dimensiones que conforman el síndrome, que son:

Agotamiento emocional (EE), que se refiere a la disminución o pérdida de recursos emocionales o describe sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; despersonalización (D), que describe una respuesta fría e impersonal y una falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención, y realización personal en el trabajo (PA), que describe sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo y la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, además de la vivencia de insuficiencia profesional. La escala posee alta confiabilidad y test-re-test (alfa de Cronbach= 0.92).

El Cuestionario de Experiencias Alucinatorias, inspirado inicialmente en los cuestionarios creados por Barrett (45) y Launay y Slade (46), mide la propensión a alucinar en seis modalidades sensoriales, auditivas, visuales, gustativa, táctil, olfativa, Hipnagógico/hipnopómpicas, identificadas en 38 reactivos, con una escala Likert, en una frecuencia que va desde nunca (0) hasta muy frecuentemente (4). Las instrucciones del cuestionario advierten que estas experiencias ocurren en la mente pero tienen toda la intensidad de una experiencia real; por ejemplo, *“Por la noche oigo pasos, oigo respirar, tropezar, raspar, girar las picaportes de las puertas, puertas que se abren o se cierran, ventanas que son forzadas; pero cuando me levanto para mirar, no encuentro a nadie”*. La escala posee alta confiabilidad y test-re-test (alfa de Cronbach= .93)

La Tellegen Absorption Scale (TAS) (33) está compuesta por 34 ítems de respuesta dicotómica

verdadero/falso, que miden la frecuencia con que una persona se involucra en actividades que exigen atención y concentración. Esta escala no sólo mostró correlaciones significativas con sugestionabilidad hipnótica en numerosos estudios sino que, además, introdujo el constructo de absorción y proporcionó una teoría explícita sobre la relación entre la absorción y la hipnosis; por ejemplo, *“Cuando escucho música de órgano u otra música imponente, a veces siento como si me estuvieran levantando del aire”*. La escala posee alta confiabilidad y test-re-test (alfa de cronbach= .91).

La batería de test autoadministrables fue entregada a cada enfermero en mano, durante la jornada laboral dentro de la institución y luego se retiró cada set de tests personalmente. Se los invito a participar de manera voluntaria y anónima para completar los test. Cada profesional de enfermería recibió una vaga información del objeto de estudio y se le dio una breve instrucción para completarlo. El orden de administración de las pruebas fue contrabalanceado. Los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato de sus respuestas. Se excluyeron de la muestra aquellos cuestionarios incompletos o respondidos en forma incorrecta.

Los datos fueron cargados al software SPSS 20. Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables estudiadas, mediante un análisis de Shapiro-Wilks. Los valores obtenidos muestran que puede asumirse una distribución normalizada para las puntuaciones de los tres instrumentos. Se optó por aplicar estadística no paramétrica y evaluar el nivel de significación a una cola mediante un test *U* de Mann-Whitney para comparar grupos y una *Rho* de Spearman para correlacionar.

Se empleó un consentimiento informado con instrucciones dadas verbalmente y por escrito, que garantizó el anonimato de las respuestas, y se obtuvo la aprobación por parte del hospital del cumplimiento de las normas éticas del procedimiento de este estudio, gestionando por vía administrativa los permisos por parte de uno de los autores que se desempeña como profesional de enfermería en el ámbito hospitalario, todo de acuerdo al Código de Ética Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (47).

Se plantea como hipótesis que (H1) enfermeros que reportan estas experiencias tienden a experimentar mayor grado de estrés laboral, (H2) enfermeros

(as) que reportan estas experiencias tienden a reportar mayor grado de absorción psicológica, (H3) enfermeros (as) que tienen estas experiencias tienden a reportar mayor grado de propensión a alucinar (no patológica) y (H4) enfermeros (as) que reportan una combinación de experiencias perceptuales y absorción psicológica (en alto grado) tienden a puntuar mayor estrés laboral en comparación con quienes no reportan tales experiencias.

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Determinar el grado de ocurrencia de cierto tipo de experiencias perceptuales inusuales en ámbitos hospitalarios, y su relación con el estrés laboral y la absorción psicológica en profesionales de enfermería.

### Objetivos específicos

- Evaluar la frecuencia de ciertas experiencias perceptuales inusuales en ámbitos hospitalarios y el nivel de absorción psicológica de profesionales de enfermería que experimentan estas percepciones.
- Comparar enfermeros con experiencias y sin experiencias en su grado de estrés laboral y absorción.
- Relacionar el grado de estrés laboral y absorción en enfermeros que reportan estas experiencias inusuales.

## RESULTADOS

Se colectaron cuestionarios entre diciembre de 2014 y marzo de 2015. Se reconoce que la muestra puede no ser representativa del ámbito hospitalario argentino (se obtuvo de un sólo hospital en la Provincia de Buenos Aires) y que la forma no sistemática de selección de los participantes pudo haber sesgado parcialmente los resultados.

### Caracterización del grupo

El grupo ECE estuvo compuesto por 39 profesionales de ambos sexos, como sigue: 11 (18 %) varones y 50 (82 %) mujeres, entre 22 a 64 años de edad (Media= 40,10, DT= 11,31), 24 (39 %) de ellos operan en el turno tarde y 32 (53 %) operan en el turno noche (sólo

5 operan en ambos turnos, el 9 %). Casi la mitad de ellos trabaja en sala (52,5 %), en segundo lugar en guardia (20 %) y otros en terapia intensiva (13,1 %) y neonatología (13,1 %).

El grupo control (sin experiencias) estuvo compuesto por 61 profesionales de ambos sexos, así: 7 (18 %) varones y 32 (82 %) mujeres, entre 24 a 59 años de edad (Media= 39,6, DT= 11,31), 21 (54 %) de ellos operan en el turno tarde y 17 (43 %) operan en el turno noche (sólo uno opera en ambos turnos, el 3 %). Casi la mitad de ellos trabaja en sala (49 %), en segundo lugar en guardia (28 %) y otros en terapia intensiva (10 %) y neonatología (12 %). Todos los profesionales tenían un promedio de 6 años de antigüedad en su desempeño como enfermeras (Rango= 1 a 20 años, DT= 5,60).

### Frecuencia de experiencias anómalas

Las experiencias anómalas más comúnmente reportadas son sensación de presencia (30 %), experiencia cercana a la muerte (19 %), recuperaron en forma rápida a través de alguna intervención religiosa (18 %), oír ruidos extraños, voces o diálogos, llantos o quejidos (17 %), experiencias anómalas en relación con niños (15 %), saber intuitivamente la enfermedad (14 %) y experiencias fuera del cuerpo (13 %). El 24 % sólo conoció de estas experiencias por terceros, pero no las experimentaron ellos mismos, como se puede observar en la tabla 1.



**Tabla 1.** Frecuencia y porcentaje de enfermeras que reportan experiencias anómalas.

Experiencias Anómalas en Enfermeras	%
Sensación de “presencia”, aparición, luces o luminiscencias, o movimientos inexplicables de objetos.	30,0
He escuchado o conocido personas confiables para mí que han relatado experiencias sólo en ámbitos médicos.	24,0
Experiencia Cercana a la Muerte (ECM)	19,0
Intervención religiosa algunos pacientes se recuperaron en forma rápida y completamente de enfermedades.	18,0
Oír ruidos extraños, voces o diálogos, llantos o quejidos.	17,0
Experiencias anómalas en relación con niños.	15,0
“Saber” intuitivamente la enfermedad de un paciente apenas viéndolo.	14,0
Experiencia fuera del cuerpo.	13,0
Experiencia anómala fuera del hospital.	7,0
Observar el funcionamiento anómalo de equipos o instrumental médico en determinado paciente.	6,0
Experiencia “mística” o “conexión” con un paciente.	6,0
Ver campos de energía, luces o “descargas eléctricas”.	4,0
Experiencias extrasensoriales con pacientes.	2,0

**Fuente:** Encuesta de Experiencias Anómalas en Ámbito Hospitalario, 2009.

A continuación, se describen dos experiencias relatadas en forma independiente por dos profesionales de enfermería:

*“Una paciente que había sufrido un paro cardiaco, en el momento del paro sintió gente alrededor suyo que hablaba. Ella se sintió “suspendida” en el techo de su habitación, observando y escuchando todo. Luego, escuchó golpes en su pecho que la hicieron descender del techo y volver a la camilla. Según ella, la sensación de estar pendiendo del techo era algo subliminalmente bello”* (Caso de HI, #231)

*“Cuando trabajaba en el turno noche en la sala de Neonatología, una compañera y yo escuchamos que las canillas se abrían por si solas. Cuando fuimos a chequear, todo estaba cerrado. Empezamos a pensar que algo raro estaba pasando. Otras compañeras tuvieron experiencias similares. Durante varias noches, cada vez que un bebé se iba a descompensar, aparecía una mujer vestida con un camisón blanco, cerca o al lado de la cuna donde el bebé se descompensaba. A menudo, se abrían las canillas o se prendían y apagaban las luces y monitores, o sonaban las alarmas. Tenía la sensación de que nos anunciaban o nos avisaban que algún paciente se descompensaría... No hay que tener miedo. Creo que hay un más allá o vida después de la muerte. Otras veces sentís una sensación de que algo*

*o alguien está presente; algo frío en el cuerpo.”* (Caso de TJD, #023)

La H1 consistía en que enfermeros que reportan estas experiencias tienden a experimentar mayor grado de estrés laboral, lo cual no se confirmó, al igual que la H4: enfermeros (as) que reportan una combinación de experiencias perceptuales y absorción psicológica (en alto grado), tienden a puntuar mayor grado de estrés laboral en comparación con quienes no reportan tales experiencias.

La H2 se fundamentaba en que los enfermeros (as) que reportan estas experiencias tienden a puntuar alto en absorción psicológica, lo cual se confirmó: enfermeros (as) que tienen experiencias anómalas tienden a tener mayor capacidad de absorción ( $p_{dif} < 0,001$ ) y puntuaron alto en las 6 subescalas de absorción. La H3 era que enfermeros (as) que reportan estas experiencias tienden a puntuar alto en propensión a alucinar, lo cual se confirmó: enfermeros (as) que tienen experiencias anómalas tienden a tener mayor propensión a alucinar ( $p_{dif} < 0,001$ ) y puntuaron alto en las 6 subescalas de alucinación, como se puede apreciar en la tabla 2.

**Tabla 2.** Comparación entre enfermeros (as) con experiencias y grupo control.

Variables	ECE (n= 61)		Control (n = 39)		z*	P
	Media	DS	Media	DS		
1. Agotamiento Emocional	16,26	8,97	16,05	11,97	0,85	,394
2. Despersonalización	4,54	4,55	5,31	5,98	0,40	,689
3. Baja Realización Personal	32,57	6,99	33,13	6,62	0,18	,851
Burnout (Total)	58,49	12,57	59,28	13,51	0,11	,907
1. Sensibilidad	4,20	2,11	2,72	2,07	3,23	,001
2. Sinestesia	3,70	1,52	2,54	1,68	3,48	< .001
3. Expansión de la Cognición	3,21	1,83	2,36	1,98	2,29	,022
4. Olvido-Disociación	2,38	1,47	1,67	1,47	2,28	,022
5. Recuerdos vívidos	2,02	1,28	1,21	1,23	3,05	,002
6. Expansión de Conciencia	1,84	1,17	1,13	1,12	2,99	,003
Absorción (Total)	17,34	7,51	11,62	7,97	3,61	< .001
1. Auditiva	4,20	5,30	2,74	5,60	3,30	,001
2. Visual	1,97	2,62	1,13	2,21	2,71	,007
3. Gustativa	1,90	2,22	1,18	2,21	2,29	,022
4. Táctil	1,93	2,40	,90	2,06	3,60	< .001
5. Olfativa	2,13	2,61	1,15	2,60	2,75	,006
6. Hipnagógico/Hipnopómpico (HG/HP)	2,41	3,33	1,33	2,95	2,65	,008
Alucinación (Total)	12,13	12,22	7,10	12,81	3,59	< .001

\*Se empleó estadística no paramétrica (*U* de Mann-Whitney).

**Fuente:** Maslach Burnout Inventory, 1981; Tellegen Absorption Scale, 1974 y Cuestionario de Experiencias Alucinatorias, 1981.

Se realizó una correlación entre estrés laboral y absorción psicológica en enfermeros (as) con experiencias y un grupo control (sin experiencias) por separado. No se encontró ningún resultado estadísticamente significativo, excepto marginalmente

entre absorción y estrés laboral ( $r_s = .22, p = .044$ ). La absorción también se encontró correlacionada con el agotamiento emocional, tal como se puede apreciar en la tabla 3.

**Tabla 3.** Correlación entre estrés laboral y absorción psicológica en ECE (n= 39) y grupo control (n= 61).

	Absorción (Control)	Absorción (ECE)
1. Agotamiento Emocional	,128	,284*
	,220	,013
2. Despersonalización	-,269*	,143
	,049	,137
3. Baja Realización Personal	-,107	,047
	,259	,360
Burnout (Total)	-,084	,221*
	,306	,044

**Fuente:** Maslach Burnout Inventory, 1981; Tellegen Absorption Scale, 1974 y Cuestionario de Experiencias Alucinatorias, 1981.

Se llevó a cabo una correlación entre propensión a alucinar y absorción psicológica en enfermeros (as) con experiencias y un grupo control (sin experiencias) por separado. Se encontraron correlaciones

significativas, tanto para el grupo control como para el grupo de enfermeros (as) con experiencias, aunque este último mostró una  $p$  más significativa ( $p < 0,001$ ) (ver tabla 4).

**Tabla 4.** Correlación entre absorción psicológica y propensidad a alucinar en ECE y grupo control.

	Absorción (Control n = 39)	Absorción (ECE n= 61)
1.Auditiva	,522** < ,001	,400** ,001
2.Visual	,375** ,009	,217 ,046
3.Gustativa	,337* ,018	,267* ,019
4.Táctil	,255 ,058	,447** < ,001
5.Olfativa	,323* ,022	,323** ,006
6.HG/HP	,388** ,007	,344** ,003
Alucinación (Total)	,439** ,003	,436** < ,001

**Fuente:** Tellegen Absorption Scale, 1974 y Cuestionario de Experiencias Alucinatorias, 1981.

Al efectuar una correlación entre propensión a alucinar y absorción psicológica en enfermeros del turno noche y turno tarde, se encontraron diferencias significativas a favor del turno noche en absorción

(Media TN= 15,47 vs. Media TT= 14,49,  $p_{dif} < 0,001$ ) y propensión a la alucinación (Media TN= 20,31 vs. Media TT= 9,76,  $p_{dif} < 0,001$ ), de acuerdo con la tabla 5.

**Tabla 5.** Comparación entre enfermeros (as) en ambos turnos (tarde y noche).

Variables	Turno Tarde (n = 45)		Turno Noche (n = 49)		z*	p
	Media	DS	Media	DS		
1.Agotamiento Emocional	17,80	10,31	14,41	10,34	0,85	,394
2.Despersonalización	4,73	4,59	4,24	5,17	0,40	,689
3.Baja Realización Personal	33,20	6,70	32,24	7,19	0,18	,851
Burnout (Total)	60,87	14,50	55,84	10,90	0,11	,907
Absorción	14,49	8,64	15,47	8,14	3,61	< .001
Alucinación	9,76	14,34	10,31	11,37	3,59	< .001

\*Se empleó estadística no paramétrica ( $U$  de Mann-Whittney)

**Fuente:** Maslach Burnout Inventory, 1981; Tellegen Absorption Scale, 1974 y Cuestionario de Experiencias Alucinatorias, 1981.

Como análisis final post hoc, se utilizó un análisis de regresión logística binaria (método de Wald) con el fin de evaluar cuál era el mejor predictor entre enfermeros (as) con experiencias y sin experiencias en absorción, estrés laboral y propensidad para alucinar.

Para la muestra de 100 casos, los resultados del mejor modelo se encontró que absorción era el mejor predictor en individuos con experiencias [ $\beta = 0,33$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0,005$ ;  $R^2 = 0,12$ ], en comparación con enfermeros del grupo sin experiencias. Esto sugiere

que la absorción está por debajo de la diferencia entre ambos grupos.

## DISCUSIÓN

Las características de las experiencias inusuales padecidas por el personal de enfermería, en este estudio, son similares a la de estudios anteriores (2, 4, 11, 23), dentro del contexto hospitalario, tales como apariciones, ver luces, escuchar ruidos extraños, observar el funcionamiento anómalo de equipo médico y saber intuitivamente la enfermedad de un paciente, entre otras experiencias. Las experiencias de los pacientes corresponden a, por ejemplo, apariciones o visiones que, por lo general, implican a familiares muertos que vienen a ayudarlos en el proceso de la muerte y sirven como consuelo en el momento previo al deceso.

Si bien el estrés laboral puede desencadenar ciertas experiencias inusuales (48), este estudio no confirmó tal relación. Otros enfermeros (as) describen haber visto luces, sombras, cambios bruscos de la temperatura del ambiente, objetos que se caen o se desplazan, animales que aparecen o se observan quietos, al frente o al lado de un paciente que está a punto de morir.

Otra coincidencia con estudios previos (2-4, 9) es que se ha encontrado enfermeros (as) que no han tenido ellas (os) mismas (os) experiencias, pero han escuchado o conocido personas confiables por parte de pacientes o colegas que les han relatado tales experiencias. El personal de enfermería es el primer agente de la salud con quien los pacientes entran en contacto y el recurso primario de aquellos pacientes con necesidades tanto médicas como psicosociales para transmitir necesidades, inquietudes e incluso temores (49-50).

Estas funciones que enfermería asume pueden explicar por qué los pacientes prefieren revelar sus experiencias anómalas como experiencias cercanas a la muerte o experiencias fuera del cuerpo, entre otras, a las enfermeras (os) antes que a otros agentes de salud. Por lo tanto, las enfermeras deberían estar informadas en todo detalle y cómo responder a los pacientes que tienen tales experiencias (2, 9, 51, 52).

El profesional puede llegar a ser receptivo a los relatos de estas experiencias u observador de estos eventos;

estas experiencias no son raras ni sorprendentes para los enfermeros (as) de cuidados paliativos (3). Sin embargo, los profesionales de enfermería se sienten incómodos al tratar con estas experiencias o cuestiones espirituales (14). De otro lado, en relación con el padecimiento de estas experiencias, no están relacionadas con trastornos mentales sino como un proceso mental normal (53-54) y presentan mayor grado de absorción (36-39).

El estado de absorción psicológica se encuentra asociado con un bajo nivel de evaluación de la realidad y se involucra en experiencias sensoriales e imaginativas, quizás por el hecho de que poseen una vida imaginativa más intensa, en la que el objeto de atención de la persona, en ese momento, es imaginario, aunque resulta ser una percepción real para el individuo (33), como las experiencias anómalas reportadas y padecidas por el personal de enfermería en el presente estudio, lo cual verifica que las personas que poseen absorción psicológica como estilo cognitivo son más propensas a padecer de estas experiencias, por la cual poseen la facilidad para entrar en estados que se caracterizan por una marcada reestructuración cognitiva y apertura para experimentar alteraciones emocionales y cognitivas (33-34), que quienes no tienen esta característica, lo cual coincide con el grupo control del presente estudio.

A su vez, la evaluación de la realidad de estos profesionales puede estar influenciada por el papel de la cultura y de la religión, en relación al contenido de las experiencias padecidas, lo que implicaría que la enfermera/o que admite -por su creencia- la existencia de la vida después de la muerte o la existencia de espíritus, asuma estas experiencias como vivencias reales dentro del ámbito hospitalario, que pueden convertirse en estímulos para el padecimiento de las mismas.

Osis y Haraldsson (4) aseveran en su investigación que las creencias y la religión son un dato relevante para el origen de las mismas, porque sólo las personas que creen en la vida después de la muerte tienen este tipo de visiones. También destacan cómo la enfermedad, la incertidumbre y la expectativa frente a la muerte pueden influir en la aparición de estas experiencias tanto en los pacientes como en el personal de salud. En relación con los pacientes, estas experiencias brindan confort espiritual ante la muerte y facilitarían la transición hacia la misma (2, 4, 9).

En cambio, el enfermero (a) a cargo del paciente puede sentir una pérdida cuando éste muere, si no cuenta con adecuados mecanismos de afrontamiento (55) y el fallecimiento de personas cercanas está asociado, de manera frecuente, a alucinaciones o ilusiones posduelo (41-42). Estas experiencias inusuales contienen un profundo significado personal para quienes las experimentan y facilitarían el proceso de duelo por la pérdida del paciente (4, 9, 23, 26-28). Estas cuestiones fueron reportadas por ciertos enfermeros (as) en el presente estudio, tales como la sensación de presencia de pacientes a cargo, con los que lograron mantener cierto afecto por su prolongada internación.

Queda el interrogante frente al contexto de enfermedad y muerte que envuelve al personal de enfermería y cómo estos profesionales tramitan estas cuestiones. Puede ser que las experiencias inusuales surjan por la carga emocional que el contexto les genera o como una forma de lidiar con el fallecimiento del paciente y compensar la pérdida que sienten frente a esto. Este tipo de experiencias serían reforzadas para provocar cierto alivio frente a determinadas experiencias adversas (48, 53, 54).

A su vez, el trabajo en turno noche es el más perturbador de todos; en lo que respecta al ajuste psicológico, al sueño y al bienestar, puede provocar somnolencia e inducir al sueño (56-58), disminuir la atención, la evaluación de la realidad y generar pérdida de la percepción del tiempo, además de derivar en estados hipnagógicos (cuando la persona se está quedando dormida) e hipnopómpicos (cuando la persona está despertando del sueño), en los que el individuo puede experimentar breves pero vívidas visiones o sensaciones en varias modalidades sensoriales (58), que son determinantes y contribuyen en la interpretación del contenido de estas sensaciones o experiencias (56, 58, 60).

Múltiples factores pueden predisponer a estas experiencias inusuales o anómalas. En este estudio se ha confirmado una importante correlación entre estas experiencias y ciertos procesos cognitivos como la absorción psicológica, que parece ser un buen predictor de estas experiencias inusuales, lo cual coincide con estudios anteriores realizados en población no clínica (53- 54, 61- 62).

Estas experiencias son consideradas -por las personas

que las padecen- como relacionadas con trastornos mentales; por tal razón, son resistentes a comentarlas debido al prejuicio social que desencadenan. Esto se verificó nuevamente en esta investigación, lo que dificultó, en gran medida, su estudio (40).

Estudios previos (2, 14, 23) señalan cómo la gente muere diariamente en los hospitales pero, infortunadamente, las enfermeras (os), no tienen ni el tiempo ni la capacitación para abordar adecuadamente este aspecto tan importante -como es el proceso de morir y el duelo- y se remarca la falta de formación y educación en relación con estos temas, rescatando la importancia del conocimiento y abordaje de estos fenómenos, en virtud de su frecuente ocurrencia en el proceso de muerte.

En este estudio también se manifestó la preocupación de los profesionales en relación con la inadecuación para enfrentar estos temas cuando se les presentan y que ellos como profesionales y sus pacientes desean compartir. Destacan que dialogar de estos temas, a su vez, ayudaría a despatologizar esta cuestión asociada a trastornos mentales.

## CONCLUSIONES

Los resultados demuestran que el 30 % del personal de enfermería entrevistado indicó haber tenido, al menos, una experiencia anómala en el contexto hospitalario. De hecho, las experiencias más comunes suelen ser la sensación de presencia, oír ruidos extraños, voces o diálogos, llantos o quejidos de pacientes y saber intuitivamente la enfermedad que padecen.

Los análisis estadísticos permiten confirmar que los enfermeros (as) que reportan estas experiencias tienden a mostrar mayor absorción psicológica, así como también mayor propensión a alucinar; sin embargo, ninguna de las dos variables se encontró relacionada con el estrés laboral (H1 no confirmada), como podría argumentarse que la presión psicológica que ejercen las condiciones laborales del personal de enfermería desencadena tales experiencias perceptuales, así como tampoco indicadores de propensión a la psicosis en algún grado de riesgo que pudieran modular la ocurrencia de las experiencias, aunque la puntuación de experiencia alucinatoria es más alta en enfermeros (as) con experiencias, lo cual confirma la H2.

Los resultados no indicaron correlaciones fuertes entre absorción y propensión a alucinar en ambos grupos -enfermeros (as) con y sin experiencias-.

Se encontró que el mejor predictor en enfermeros(as) con experiencias de este tipo es su capacidad de absorción (involucramiento en la percepción o concentración), lo cual confirma la hipótesis (H4) según la cual una combinación de experiencias perceptuales anómalas y cierto nivel de estrés podrían modular la ocurrencia de tales experiencias.

Al comparar el personal de enfermería de ambos turnos en términos de estrés laboral, absorción y propensión para alucinar, se encontraron diferencias significativas en absorción y propensión a la alucinación en el turno de noche, en comparación con el turno de la tarde, indicando que el turno de noche es más propenso a tales experiencias.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardeña E, Krippner S, Lynn SJ (Eds). *Varieties of Anomalous Experience: Examining the scientific evidence*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2013.
2. Fenwick P, Lovelace H, Brayne S. End-of-life experiences and implications for palliative care. *International Journal of Environmental Studies*, 2007; 24: 315-323.
3. O'Connor D. Palliative care nurses' experiences of paranormal phenomena and their influence on nursing practice. Paper presented at the Making Sense of Dying and Death Inter-disciplinary Conference. Paris, France; 21 – 23 November 2003.
4. Osis K, Haraldsson E. Deathbed observations by physicians and nurses: a cross-cultural survey. *Journal of the American Society for Psychical Research* 1977; 71: 237-259.
5. Osis K, Haraldsson E. *At the Hour of Death*. London: United Publishers Group; 1997.
6. Barratt WF. *Death-bed Visions: The Psychical Experience of the Dying*. London: Bantam; 1926.
7. Barnum BJ. Expanded consciousness: nurses's experiences. *Nursing Outlook* 1989; 37(6): 260-266.
8. Kubler-Ross E. What is it like to be dying? *American Journal of Nursing* 1971; 71(1): 54-62.
9. Brayne S, Fenwick P. The case for training to deal with end of life experiences. *European Journal of Palliative Care* 15 2008: 118–120.
10. Hallam E, Hockey J, Howarth G. *Beyond the Body: Death and Social Identity*. London: Routledge; 1999.
11. Fenwick P, Fenwick E. *The Art of Dying*. London: Continuum; 2008.
12. Nahm M. Terminal lucidity in people with mental illness and other mental disability: An overview and implications for possible explanatory models. *Journal of Near-Death Studies* 2009; 28(2): 87-106.
13. Nahm M, Greyson B, Kelly, EW, Haraldsson E. Terminal lucidity: A review and a case collection. *Archives Gerontology Geriatrics* 2012; 55(1): 138-42.
14. Katz JS, Peace SM. *End-of-life in care homes*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2003.
15. Sambhava P. *The Tibetan Book of the Dead*. (Traducido por Robert A.F. Thurman). New York, NY: Bantam Books; 1994.
16. Faulkner RO. *The Ancient Egyptian Coffin Text*. Warminster, UK: Avis and Phillips; 1973.
17. Aries P. *Western Attitudes towards Death: From the Middle Ages to the Present*. London: Marion Boyars; 1974.
18. Baumrucker SJ. The therapeutic baptism: a case of missed cultural clues in a terminal setting. *American Journal of the Hospital Palliative Care* 1996; 13: 36–37.
19. Barbato M, Blunden C, Reid K, Irwin H, Rodriguez P. Parapsychological phenomena near the time of death. *Journal of Palliative Care* 1999; 15(2): 30-37.
20. Kellehear A. *Experiences Near Death: Beyond medicine and religion*. New York: Oxford University Press; 1996.
21. Imhof AE. An *Ars Moriendi* for our time: to live a fulfilled life –to die a peaceful death. En: Spiro H, McCrea CM, Palmer WL, *Facing Death: Where Culture, Religion and Medicine Meet*, Part 2. EEUU: Yale University Press; 1996.
22. Millison M, Dudley JR. Providing spiritual support: a job for all hospice professionals. *Hospital Care* 1992; 8: 49–66.
23. Brayne S, Farnham C, Fenwick P. Deathbed phenomena and its effect on a palliative care team. *American Journal of the Hospital Palliative Care* 2006; 23: 17–24.
24. Bebbington PE, Bowen J, Hirsch SR, Kuipers EA. Schizophrenia and psychosocial stresses. En: Hirsch SR, Weinberger DR. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell; 1995; p. 587-604.
25. Romme M, Escher S. *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces*. Madrid: Paradox; 2005.
26. Grimby A. Bereavement among elderly people: Grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993; 87: 72-80.
27. Grimby A. Hallucinations following death of a spouse. *Journal of Clinical Geropsychology* 1998; 4: 65–74.
28. Rees D. The hallucinations of widowhood. *British Medical Journal* 1971; 4: 37-41.
29. Spivak B, Trortem SF, Mark M, Bleich A. Acute transient stress-induced hallucinations in soldiers. *British Journal of Psychiatry* 1992; 160: 412-414.
30. Siegel RK. Hostage hallucinations: Visual imagery induced by isolation and life-threatening stress. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1984; 172: 264-272.
31. Quiróz-Aragón M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y Bournout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *Internacional Journal of clinical and Health Psychology* 2007; 7: 323-335.
32. Román-Hernández J. Estrés y Burnout en profesionales de salud de los niveles primario y secundario de atención.

- Rev Cubana de Salud Pública 2003; 29: 103-110.
33. Tellegen A, Atkinson G. Openness to absorbing and self-altering experiences ('absorption'), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology* 1974; 83: 268-277.
  34. Putnam EW, Carlson EB. Hypnosis, dissociation, and trauma: Myths, metaphors, and mechanisms. En: Bremner JD, Marmar CR. *Trauma, memory and dissociation* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998. p. 27-56.
  35. Parra A, Argibay JC. Interrelación entre disociación, absorción y propensidad a la fantasía con experiencias alucinatorias en poblaciones no-psicóticas. *Persona* 2007; 10: 213-231.
  36. Parra A. Exámen correlacional entre experiencias anómalo/paranormales, disociación, absorción y propensidad a la fantasía. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* 2010; 29: 77-96.
  37. Parra A. Aura vision as a hallucinatory experience: Its relation to fantasy proneness, absorption, and other perceptual maladjustments *Journal of Mental Imagery* 2010; 34(3-4): 49-64.
  38. Parra A. Seeing and feeling ghosts: Absorption, fantasy proneness, and healthy schizotypy as predictors of crisis apparition experiences. *Journal of Parapsychology* 2006; 70: 357-372.
  39. Parra A. Interrelación entre disociación, absorción y propensidad a la fantasía con experiencias alucinatorias en población no-clínica. *Alcmeón: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2007; 14(1): 61-71.
  40. Parra A. Humanistic group therapy, mental health and anomalous/paranormal experiences. En: Murray C. *Mental Health and Anomalous Experience*. Hauppauge NY: Nova Publishers; 2012. p. 205-226.
  41. Parra A. Experiencias alucinatorias nocturnas: relación con la esquizotipia, tendencias disociativas y propensidad a la fantasía. *Revista Interamericana de Psicología* 2009; 43(1): 134-143.
  42. Parra A. Testeando el modelo de disociación de las experiencias alucinatorias en individuos saludables: relación con la personalidad esquizotípica y la propensidad a la fantasía. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2009; 3: 571-589.
  43. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 2 1981: 99-113.
  44. Maslach C, Jackson SE. Burnout research in the social services: a critique. *Special issues: Burnout among social workers. Journal of Social Service Research* 1985; 10(1): 95-105.
  45. Barrett TR, Etheridge JB. Verbal hallucinations in normals, 1: People who hear "voices". *Applied Cognitive Psychology* 1992; 6: 379-387.
  46. Launay G, Slade P. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Difference* 1981; 2: 221-234.
  47. Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA). Código de Ética Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. 2ª ed. Corregida y aumentada. [Internet]. Buenos Aires: APBA; 2010 [consultado 17 de Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.psicologos.org.ar/docs/Etica.pdf>
  48. Cooklin R, Sturgeon D, Leff JP. The relationship between auditory hallucinations and spontaneous fluctuations of skin conductance in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1983; 142: 47-52.
  49. Wilkins K, Shields M. Correlates of Medication Error in Hospitals. *Health Reports* 2008; 19(2): 82-003.
  50. Milne CT. Cardiac electrophysiology studies and the neardeath experience. *CCACN: Journal of the Canadian Association of Critical Care Nurses* 1995; 6(1): 1619.
  51. Barnett L. Hospice nurses' knowledge and attitudes toward the near-death experience. *Journal of Near-Death Studies* 1991; 9(4): 225-232.
  52. Bucher L, Wimbush FB, Hardic T, Hayes ER. Near death experiences: Critical care nurses' attitudes and interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing* 1997; 16: 194201.
  53. Knudson B, Coyle A. Coping strategies for auditory hallucinations: A review. *Counselling Psychology Quarterly* 1999; 12: 25-38.
  54. Rojewicz S, Rojewicz R. The "human" voices in hallucinations. *Journal of Phenomenological Psychology* 1997; 28: 1-41.
  55. Ríos-Risquez M, Godoy Fernández C, Sánchez-Meca J. Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología* 2011; 27(1): 71-79.
  56. Mavromatis A. *Hypnagogia: The unique state of consciousness between wakefulness and sleep*. London: Routledge y Kegan Paul; 1987.
  57. Rechtschaffen A. Sleep onset: Conceptual issues. En: Ogilvie RD, Harsh JR. *Sleep onset: Normal and abnormal processes*. Washington, DC: American Psychological Association; 1994. p. 3-18.
  58. McKellar P, Simpson L. Between wakefulness and sleep: Hypnagogic imagery. *British Journal of Psychology* 1997; 45: 266-276.



59. American Sleep Disorders Association. International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual (ICSD). Rochester, MN: American Sleep Disorders Association; 1990.
60. Leaning FE. An introductory study of hypnagogic phenomena. Proceedings of the Society for Psychical Research 1925; 35: 287-411.
61. Parra A, Argibay JC. Dissociation, absorption, fantasy proneness and sensation-seeking in psychic claimants. Journal of the Society for Psychical Research 2012; (76) (909): 193-203.
62. Stevenson I. Do we need a new word to supplement "hallucinations"? American Journal of Psychiatry 1983; 140: 1609-1611.

### Encuesta de experiencias en ámbito hospitalario

Las siguientes preguntas se refieren a diferentes tipos de modalidad de experiencias, que algunos médicos y enfermeras reportan en centros de salud, servicios de terapia intensiva, u otros contextos médicos (sanatorios, hospitales, clínicas, etc.). Si usted es un trabajador de la salud y reconoce haberla experimentado, por favor, lea cada pregunta y responda tildando SI o NO.

Si su respuesta es “SI”, amplíe luego su testimonio en la hoja en blanco al final del cuestionario, colocando el número de la pregunta que desea ampliar y a continuación describa el evento con el mayor detalle. Si en lugar de escribir, está dispuesto a describir su relato verbalmente y da su consentimiento para obtener su testimonio grabado en audio, por favor, informe al entrevistador de la situación que pautará con usted el momento adecuado de acuerdo a su disponibilidad y concertar un encuentro.

Las respuestas serán **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES**, y serán almacenadas en una base de datos **INACCESIBLE A PERSONAS NO AUTORIZADAS**. No hay respuestas buenas o malas; todas sirven. Tampoco hay preguntas de doble intención.

**ADVERTENCIA:** Esperamos un testimonio de primera o segunda mano, pero no se aceptará relatos de origen incierto (por ej. “Se dice que...”, o “Muchas personas han hablado de...”, o “Mi abuela ya fallecida me relató que una amiga de su tía...”, etc.), o de otras personas no localizables.

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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. He escuchado o conocido personas confiables para mí que han relatado experiencias SOLO EN AMBITOS MEDICOS como las antes descritas (o de otros tipos) cuya explicación médica también escapaba a su comprensión como agente de salud.
13. 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.

GRACIAS POR COMPLETAR ESTA ENCUESTA

Si alguna de sus respuestas fue SI, por favor amplie su testimonio a continuación, colocando el número de la pregunta y luego describa su relato. En el caso de necesitar más espacio, continúe en el reverso de la hoja y en la hoja en blanco que se agregó al final de esta encuesta. Puede tomar el tiempo que necesite para describir el evento en todo su detalle.