



Revista CUIDARTE

ISSN: 2216-0973

revistaenfermeria@udes.edu.co

Universidad de Santander

Colombia

Parra, Alejandro

Factores de personalidad, perceptuales y cognitivas asociadas con las experiencias
anómalo/paranormales en personal de enfermería

Revista CUIDARTE, vol. 8, núm. 3, 2017, pp. 1733-1748

Universidad de Santander

Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359552589003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Factores de personalidad, perceptuales y cognitivas asociadas con las experiencias anómalo/paranormales en personal de enfermería

Personality, perceptual and cognitive factors associated with anomalous/paranormal experiences in nursing staff

Fatores de personalidade, perceptuais e cognitivas associadas com experiências anômalo/paranormais em pessoal de enfermagem

Alejandro Parra¹ 

Histórico

Recibido:

15 de mayo de 2017

Aceptado:

16 de agosto de 2017

¹ Doctor en Psicología. Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.
Autor para Correspondencia.
E-mail: rapp@fibertel.com.ar

Resumen

Introducción: Un número de experiencias paranormales aparecen relatadas por enfermeros que consisten en visiones del lecho de muerte y otros fenómenos anómalos. El objetivo de este estudio fue determinar el grado de ocurrencia de ciertas experiencias perceptuales inusuales en entornos hospitalarios, las denominadas Experiencias Anómalo/Paranormales con frecuencia reportadas por médicos y enfermeras en el ámbito hospitalario. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal y analítico. Se administraron cinco escalas, *Encuesta de Experiencias Anómalo/Paranormales para Enfermeras*, *Maslach Burnout Inventory*, *Tellegen Absorption Scale*, *Inventario Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias*, y *Test de Empatía Cognitiva Afectiva* a 344 enfermeros de 36 hospitales y centros de salud de Buenos Aires, Argentina. **Resultados:** Las experiencias más comunes de las enfermeras 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 esas 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. **Discusión:** Las enfermeras con experiencias también tendieron a mayor absorción, lo cual se confirmó; una tendencia a la esquizotipia y mayor empatía cognitiva y comprensión emocional que en enfermeras sin experiencias. **Conclusiones:** Aunque no se confirmó la hipótesis según la cual, enfermeras con experiencias tienden a experimentar mayor estrés laboral, sin embargo se encontró que las enfermeras con experiencias obtuvieron una puntuación más alta en el factor Despersonalización que las enfermeras sin experiencias.

Palabras clave: Parapsicología; Agotamiento Profesional; Estrés Laboral; Empatía; Esquizofrenia.

Abstract

Introduction: Nurses narrated a number of paranormal experiences consisting in deathbed visions and other anomalous phenomena. The aim of this study was to determine the degree of occurrence of certain unusual perceptual experiences in hospital environments, the so-called anomalous/paranormal experiences frequently reported by physicians and nurses in the hospital environment. **Materials and Methods:** This was a cross-sectional and analytic study. Five scales were administered, *Survey of Anomalous/Paranormal Experiences for Nurses*, *Maslach Burnout Inventory*, *Tellegen Absorption Scale*, *Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences*, and *Affective Cognitive Empathy Test* on 344 nurses from 36 hospitals and health center in Buenos Aires, Argentina. **Results:** The most common experiences reported by nurses are sensation of presence and/or apparitions, hearing noises, voices or dialogues, crying or wailing, intuitive and extrasensory experiences in relation to their patients, or the reception of said experiences by their own patients, such as near-death experiences, prayer practices or religious interventions with spontaneous healing, and other anomalous experiences related to children. **Discussion:** Nurses with experiences also tended to higher absorption, which was confirmed by a tendency to schizotypy and greater cognitive empathy and emotional understanding than nurses without experiences. **Conclusions:** Although the hypothesis was not confirmed, according to which nurses with experiences tend to undergo greater labor stress, it was found that nurses with experiences obtained a higher score in the depersonalization factor than nurses without experiences.

Key words: Parapsychology; Burnout; Empathy; Schizotypy.

Resumo

Introdução: Uma série de experiências paranormais relatadas por enfermeiros que consistem em visões no leito de morte e outros fenômenos anómalos. O objetivo deste estudo foi determinar o grau de ocorrência de certas experiências perceptuais incomuns em ambientes hospitalares, chamados de Experiências Anômalo/Paranormais frequentemente relatados por médicos e enfermeiros no ambiente hospitalário. **Materiais e Métodos:** Estudo transversal e analítico. Foram aplicadas cinco escalas, *Pesquisa de Experiências Anômalo/Paranormais para enfermeiros*, *Maslach Burnout Inventory*, *Tellegen Absorption Scale*, *Inventário Oxford-Liverpool de Sentimentos e Experiências*, e *Teste de Empatía Cognitiva Afectiva* a 344 enfermeiros de 36 hospitais e centros de saúde em Buenos Aires, Argentina. **Resultados:** As experiências mais comuns de enfermeiros são: sensação de presença e/ou aparições, ouvir ruidos, vozes ou diálogos, lágrimas ou reclamações, experiências intuitivas e extra-sensoriais em relação com seus pacientes, ou bem a recepção dessas experiências por seus próprios pacientes, tais como experiências de quase-morte, práticas de oração ou intervenções religiosas com curas espontâneas, e outras experiências anómalas relacionadas com crianças. **Discussão:** Os enfermeiros com experiência também tendiam a maior absorção, o que foi confirmado; uma tendência a esquizotipia e maior empatia cognitiva e compreensão emocional do que enfermeiros sem experiência. **Conclusões:** Embora não seja confirmada a hipótese segundo a qual enfermeiros com experiências tendem a experimentar um maior estresse no trabalho, no entanto encontrou-se que os enfermeiros com experiência obtiveram escores mais altos no fator Despersonalização que os enfermeiros sem experiências.

Palavras chave: Parapsicologia; Agotamiento Profesional; Estrés Laboral; Empatía; Esquizofrenia.

Cómo citar este artículo: Parra A. Factores de personalidad, perceptuales y cognitivas asociadas con las experiencias anómalo/paranormales en personal de enfermería. Rev Cuid. 2017; 8(3):1733-48. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.408>



©2017 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

Hay un gran número de experiencias anómalo/paranormales (EAP) relatadas por enfermeros¹⁻³, 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 en el entorno hospitalario⁷. Por ejemplo, hay visiones de la aparición de parientes ya fallecidos que vienen a ayudar a los pacientes terminales que proporciona consuelo a ellos mismos y a sus familiares. Otros describen ver luces asociadas a sentimientos de amor y compasión y amor, 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}. En un estudio reciente con enfermeras⁷, 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 aquellos enfermeros que no reportó ninguna experiencia.

El estudio más reciente de O'Connor³, llevó a cabo una investigación con enfermeras de terapia intensiva que sugiere que para 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 enfermeras 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 varias o una enfermera es testigo, esto es, en una sala o en un pasillo en particular del hospital^{3,13}. Uno de los problemas asociados a tales experiencias es que no hay estudios con enfermeras sobre las posibles variables psicológicas relacionadas. Sin embargo, 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 parecen ser particularmente importantes. Millham *et al*¹⁴, 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 enfermeras de salud mental, que son los trabajadores que más frecuentemente tienen contacto con personas que escuchan voces. Una variable potencialmente relacionada con las experiencias anómalas/paranormales en enfermeras 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, 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 las enfermeras, uno de los cuales es tratar con la muerte: los pacientes terminales y sus familias (para una revisión, ver²⁷; Rabkin²⁸. 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, esto es, la capacidad de enfocar la atención exclusivamente en algún objeto (incluyendo la imaginación) y disociarse de los eventos que distraen. Se refiere a un estado de implicación imaginativa en el que las capacidades atencionales de un individuo se enfocan en un dominio conductual, excluyendo el procesamiento explícito de información en otros dominios³⁵, por ejemplo, escuchar música en un concierto, involucrarse viendo 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 testeado 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. Irwin^{40, 41}, encontró que hay rasgos diferenciales en la necesidad de absorción en individuos con experiencias paranormales, y Glicksohn *et al.*⁴², 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 la experiencia para varios tipos de experiencias anómalas no patológicas.

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 *et al*⁴⁶, 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 *et al*^{47,48} también encontraron mayor nivel de esquizotipia y propensión a la alucinación que quienes no tienen tales experiencias. Williams *et al*⁴⁹, 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, sin embargo, 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.

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 (para una revisión ver⁵²) cuya importancia en este contexto está relacionada con la actitud empática de las enfermeras 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 las enfermeras⁵⁵. Por ejemplo, hay resultados controvertidos sobre las correlaciones entre empatía y estrés laboral⁵⁶⁻⁵⁷.

Algunos estudios indican asociaciones entre la empatía, la fatiga y la depresión de las enfermeras⁵⁸. Hochschild⁵⁹, señaló que la empatía, en las interacciones emocionales con los pacientes, mejora la satisfacción laboral de los enfermeros. 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 enfermeras. En un estudio, Parra⁶⁰, demostró que individuos de la población general que tienen experiencias paranormales tenían puntajes más altos de empatía, por lo que las personas que afirman tener tales experiencias parecen tener mayor capacidad para reconocer las emociones de 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 en 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.

En base a estas afirmaciones, los objetivos del presente estudio son (a) determinar el tipo y grado de las experiencias anómalo/paranormales en enfermeras, y (b) relacionar tales experiencias estrés laboral y capacidad de absorción como una extensión del estudio original de Parra *et al*⁷, y adicionar las variables propensión a la esquizotipia (en lugar de alucinación) y empatía con el paciente. Hipotetizamos que: (H1) las

enfermeras que tienen experiencias anómalo/paranormales puntuarán alto en estrés laboral; (H2) tenderán a tener mayor tendencia a la esquizotipia, (H3) mayor capacidad de absorción, y (H4) mayor empatía que aquellos que no tienen tales experiencias.

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 probabilística. El criterio de inclusión/exclusión fue que las enfermeras entrevistadas tuvieran al menos dos años en el hospital, y en el mismo turno, mayores de edad y de ambos sexos. Se solicitó completar un consentimiento informado que garantizó el anonimato de las respuestas, así como el permiso explícito del Hospital.

Participantes

De un total de 450 enfermeras de 36 hospitales y centros de salud de Buenos Aires, recibimos 344 cuestionarios completos (77%), a través de la cooperación de 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. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado. El Comité de Ética aprobó la metodología del presente estudio bajo la Resolución 187/16.

La muestra se dividió en dos grupos en base a las respuestas dadas por las enfermeras, aquella/os que respondieron SI a una de las trece preguntas de la Encuesta de Experiencias Anómalo/Paranormales en Enfermeras se las agrupó como enfermeras con EAP (Experiencias Anómalo/Paranormales). Esta muestra consistió en 235 enfermeras con experiencias, de las cuales 183 (78%) eran mujeres y 52 (22%) varones y el rango de edad era de 19 a 68 años (Media= 39,19 años, DT= 11,15). La antigüedad laboral promedio era de once años en hospitales (Rango= 1 a 48 años, DT= 10,52), de las cuales 39 (16,6%) operaban en el turno matutino, 51 (21,7%) y 45 (19,1%) en el turno nocturno (sólo 6 operaban en dos turnos, 2,6%). Sesenta y seis (31,8%) trabajaban bajo otras modalidades de turno, como franqueras (37, 15,7%) y fines de semana (29, 12,3%). Veintiocho (12%) no mencionaron turno. Las principales áreas eran: Sala (24,3%), Guardia (13,2%), Terapia Intensiva (22,1%), Neonatología (7,7%), otras (22,2%, por ej. ambulancias, cirugía, etc.). El 9% no respondió el área.

El segundo grupo “control” (sin experiencias), aquellas enfermeras que respondieron NO la misma encuesta, consistió en 109 enfermeras de las cuales 89 (81,7%) eran mujeres y 20 (18,3%) varones. El rango de edad era de 19 a 69 años (Media= 38,94 años, DT= 11,62). Las enfermeras obtuvieron 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 turno nocturno. Veintiocho (25,7%) trabajan en otras modalidades de turno, franqueras (15, 13,8%) y fines de semana (13, 11,9%). Dieciséis

(14,7%) no mencionaron turno. 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

Encuesta de Experiencias Anómalo/Paranormales para Enfermeras. Originalmente proviene de un formato de entrevista en profundidad (in-depth interview) de cinco preguntas de respuesta libre, que se formulaba a médicos y enfermeras dentro de ámbito hospitalario, inspirada en estudios previos^{3; 4; 12; 61}. 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 (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 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).

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 7 alternativas de respuesta, mediante adjetivos que van de (0) nunca hasta (6) diariamente. Incluye tres sub-escalas 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 des-realización). La fiabilidad interna del MBI⁶³⁻⁶⁴, es buena, con un coeficiente alfa de Cronbach= 0,75. Para este estudio se utilizó la versión chileno-argentina adaptada de la versión mexicano-española. La escala posee alta confiabilidad y test-re-test (Alfa = .91)⁶⁵.

Tellegen Absorption Scale (TAS⁵). Está compuesta de 34 ítems, de respuesta dicotómica (Verdadero/Falso) que mide la frecuencia con 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 del 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.

Inventario Oxford-Liverpool de Sentimientos y Experiencias –Abreviada (O-LIFE⁶⁶⁻⁶⁷). 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 Introversa (10 ítems) y (4) Disconformidad Impulsiva (10 ítems). Estas subescalas además tienen alta consistencia 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 Introversa/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 ($\alpha = 0,80$), así como una consistencia interna aceptable en español^{43, 66}.

Test de Empatía Cognitivo Afectiva (TECA^{68, 69}). Es un cuestionario con 33 ítems subdivididos en 4 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 constituye el factor “cognitivo” de la empatía, y el Estrés empático y la Alegría empática constituyen el factor “emocional” o afectivo de la empatía. El tipo de respuestas corresponden a una escala Likert, siendo 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= Neutro, 4= De acuerdo, y 5= Totalmente de acuerdo. En este estudio se utilizó la versión española del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), previamente traducido y probado en el contexto español por Pérez-Albéniz, de Paúl, Etxebarria, Montes y Torres⁷⁰. La versión en español del instrumento fue publicada por TEA Ediciones ($\alpha = 0,87$, 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 enfermero/a durante la jornada laboral. Se los invitó a completar las escalas de forma voluntaria y anónima en una sola sesión, en días y horarios previamente acordados con la/os enfermero/as.

RESULTADOS

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 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 medir la variable predictora.

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), son las experiencias cercanas a la muerte (25,6%), experiencias de intervención religiosa (20,1%) y experiencias anómalas en relación con niños (12,2%) (Tabla 1).

Tabla 1. Descriptivos de enfermeras que reportan experiencias anómalo/paranormales

Item	Tipo	Pregunta	N (%)
1	1	Experiencia cercana a la muerte	88 (25,6)
2	1	Experiencia fuera del cuerpo	33 (9,6)
3	2	Sensación de presencia	99 (28,8)
4	2	Oír ruidos extraños, voces o diálogos	93 (27)
5	2	Ver campos de energía, luces	20 (5,8)
6	1	Experiencia extrasensorial	27 (7,8)
7	2	Experiencia fuera del hospital	47 (13,7)
8	1	Funcionamiento anómalo de equipos o instrumental	28 (8,1)
9	2	Recuperación intervención religiosa	69 (20,1)
10	2	“Saber” intuitivamente la enfermedad	71 (20,6)
11	2	Experiencia mística	27 (7,8)
12	2	Relatos de terceros (médicos y/o enfermeras)	104 (30,2)

De acuerdo con la H1 según la cual las enfermeras que tenían experiencias tenderían a puntuar más alto en estrés laboral, no se confirmó, sin embargo, el factor “Depersonalización” obtuvo más alta que quienes no tenían estas experiencias ($M_{\text{Experiencias}} = 5,33$ vs $M_{\text{Control}} = 3,33$, $p_{\text{dif}} = 0,002$). La H2 fue confirmada: Enfermeras con experiencias tendieron a reportar mayor Absorción ($M_{\text{Experiencias}} = 15,32$ vs. $M_{\text{Control}} = 11,08$, $p_{\text{dif}} < 0,001$), incluyendo los seis factores (todas $p_{\text{dif}} < 0,001$). ($M_{\text{Experiencias}} = 14,42$ vs. $M_{\text{Control}} = 11,85$, $p_{\text{dif}} = .001$), Esquizotipia negativa ($M_{\text{Experiencias}} = 7,77$ vs. $M_{\text{Control}} = 6,67$, $p_{\text{dif}} = .002$) y Esquizotipia positiva ($M_{\text{Experiencias}} = 6,63$ vs. $M_{\text{Control}} = 5,18$, $p_{\text{dif}} = 0,002$) 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, sin embargo, las enfermeras que informaron estas experiencias tendieron marginalmente a reportar mayores puntuaciones de empatía ($M_{\text{Experiencias}} = 106,05$ vs. $M_{\text{Control}} = 102,82$, $p_{\text{dif}} = 0,037$) que el grupo control. 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 ($p_{\text{dif}} = .008$), también tendieron a puntuar más alto que el grupo control (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación entre enfermeras con experiencias y grupo control

Variables	Rango	Enfermeras (n= 235)		Control (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. Depersonalización	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 Introvertida	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 $g^2 = .343$. n.s.: no significativo. * U Mann-Whitney.

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 llevó usando ambos grupos (enfermeras con experiencia y grupo control). Nueve (75%) de las 12 correlaciones que utilizaron la corrección Bonferroni, fueron significativas: las enfermeras 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 (Tabla 3).

Tabla 3. Correlaciones entre edad y antigüedad laboral con el índice de experiencias, esquizotipia, empatía, absorción y estrés laboral¹

	Edad		Antigüedad Laboral	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Índice de Experiencias	.06	n.s.	.15	.009
1. Esquizotipia negativa	-.16	.003	-.06	n.s.
2. Esquizotipia positiva	-.29	< .001	-.23	< .001
Esquizotipia	-.24	< .001	-.15	.009
1. Empatía cognitiva	.02	n.s.	.09	n.s.
2. Empatía emocional	.06	n.s.	.10	n.s.
Empatía (Total)	.03	n.s.	.11	n.s.
Absorción	.02	n.s.	.03	n.s.
1. Agotamiento Emocional	-.19	.001	-.05	n.s.
2. Depersonalización	-.13	.026	-.02	n.s.
3. Realización Personal	-.05	n.s.	-.04	n.s.
Estrés laboral (Total= 1+2)	-.19	.001	-.04	n.s.

1 p ajustada a análisis múltiples (corrección Bonferroni, punto de corte $p = .004$).

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión binario *post hoc* (para $N = 344$, método Wald) para determinar cuál de las variables es el mejor predictor entre enfermeras con y sin experiencias, esto es, Absorción, Estrés Laboral, Empatía y Esquizotipia. Los resultados indicaron que el mejor predictor resultó Absorción entre enfermeras con experiencias [$\beta = 0,27$, $gl = 1$, $p < 0,001$; Wald = 19,04; $R^2 = 0,12$] y el grupo sin experiencias.

DISCUSIÓN

El estado de absorción está asociado con el objeto focal de atención, aunque sea imaginario, pero que se vuelve totalmente real para el individuo. En el presente estudio, sin embargo, 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 estudiantes³⁷⁻³⁸, y creyentes en lo paranormal^{39,71}, de modo que la experiencia de ver fantasmas puede estar relacionadas 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 enfermeras en el turno de 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 voces. En coincidencia con esto, un estudio previo demostró que los enfermeros que trabajaban turnos matutinos mostraban mayores niveles de estrés y mala calidad del sueño, lo que indica que el nivel de estrés estaba directamente correlacionado con el sueño. Esto sugiere que cuanto mayor es la puntuación de estrés, peor es la calidad del sueño⁷². 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 enfermeras. Sin embargo, ninguna de estas variables (absorción o propensión a la esquizotipia perceptual) estuvo relacionada con el estrés laboral.

Otros casos relacionados con la sensación de presencia –la experiencia de sentir que uno no está solo, a pesar de tener la certeza de que en realidad no había nadie más alrededor– suele asociarse con la atmósfera ocasionada por la sensación de soledad y aislamiento presentados en un contexto que desencadena, inicia y configura tales experiencias. La sensación de presencia también se asocia con la parálisis del sueño (un estado de inmovilidad involuntaria) que ocurre antes del sueño (imágenes hipnagógicas) o inmediatamente después del despertar (imágenes hipnopómpicas)⁷³. Durante estos estados se experimentan visiones fugaces pero vívidas en diferentes modalidades sensoriales⁷⁴⁻⁷⁵. Estas experiencias pueden ocurrir en los hospitales, cuando la actividad de enfermería disminuye en la noche, lo cual puede causar déficit de sueño que

conduce a 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 con 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}.

Estas experiencias eran a menudo hasta reconfortantes para el paciente terminal, También podemos ayudar a las enfermeras 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^{73,79-81}, y que estas visiones pueden estar relacionadas con procesos cognitivos que involucran fantasía y procesos cognitivos asociados a la percepción esquizotípica³⁶.

Limitaciones

La limitación más importante de esta investigación fue la falta de voluntad de muchas otras enfermeras en participar del estudio, seguido por el hecho de que las respuestas provenían sólo de enfermeras con experiencias. Estar limitado por proporcionar información de sus experiencias en su institución de salud. Otra debilidad observada en este estudio fue el uso del Inventario Maslach de Burnout que mide el estrés laboral más alto

en una dimensión psicopatológica en lugar de una escala de estrés apropiada para el personal de enfermería.

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. De modo que hay muchos inconvenientes relacionados con esta investigación en entornos hospitalarios, ya que son instituciones conservadoras, poco abiertas, y aún más respecto a proporcionar información relacionada con el tema de esta investigación. También es importante reconocer que las experiencias están basadas en los recuerdos de estos eventos, y no se preguntó respecto a su frecuencia, de modo que su apreciación –naturalmente– es subjetiva. Las enfermeras revelaron sus experiencias personales y las de sus pacientes señalando que consideraban que estas experiencias no eran infrecuentes o inesperadas. La mayoría no estaba asustada 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.

Futuros estudios deberían emplear una escala de estrés para enfermeras que podría ser más sensible en la medición de dicho modulador para algunas experiencias anómalas. De hecho, el propósito de realizar un estudio cualitativo será explorar las experiencias de las enfermeras de cuidados paliativos, reflexionar sobre la influencia de estas experiencias en el cuidado de los pacientes

moribundos y sus familias y amigos y contribuir a la escasa literatura de enfermería sobre este tema^{82,83}. La respuesta de los profesionales de la salud, específicamente las enfermeras, es un área que aún no ha sido ampliamente reconocida¹⁰. Incluso en la literatura de cuidados paliativos en su mayoría apenas se conoce este tema.

CONCLUSIONES

El presente estudio mostró que entre el 12-28% de las 344 enfermeras encuestadas, indicó haber tenido al menos una experiencia anómala en hospitales; las más comunes siendo 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/compañeras, fueron las experiencias cercanas a la muerte, intervención religiosa y experiencias anómalas en relación con niños. Las enfermeras con experiencias no mostraron mayor estrés laboral, pero cierto nivel de despersonalización resultó un rasgo diferencial con el grupo control.

Las enfermeras 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 previos (para una revisión, ver 7) que indican que las enfermeras tienden a tener experiencias alucinatorias. Sin embargo, resultaron más empáticas 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 las enfermeras son más receptivas a escuchar tales relatos. Además, las enfermeras con 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 las más jóvenes, así como también experimentar un leve aumento del estrés laboral. Aunque las enfermeras con experiencias no tendieron a experimentar mayor estrés laboral, sin embargo, mostraron mayor absorción psicológica, lo cual confirma que aquellos que en la población general experimentan una alta capacidad de absorción por lo general también experimentan diversas formas de experiencias alucinatorias^{40, 41}.

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.

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

Conflicto de intereses: El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Barbato M, Blunden C, Reid, K, Irwin, H, Rodriguez, P. Parapsychological phenomena near the time of death. *Journal of Palliative Care*. 1999; 15(2): 30-7.
2. Fenwick P, Lovelace H, Brayne S. End-of-life experiences and implications for palliative care. *International Journal of Environmental Studies*. 2007; 64: 315-23. <https://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 Inter-Disciplinary Conference, November 21-23, Paris, France.
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: 237-59.
5. Osis K, Haraldsson E. At the hour of death. London: United Publishers Group. 1997.
6. Kubler ER. What it is like to be dying. *American Journal of Nursing*. 1971; 71: 54-62. <https://doi.org/10.1097/00000446-197101000-00017>
7. Parra A, Gimenez P. Anomalous/paranormal experiences reported by nurses in relation to their patients in hospitals. *Journal of Scientific Exploration*. 2017; 31: 11-29.
8. Brayne S, Farnham C, Fenwick P. Deathbed phenomena and its effect on a palliative care team. *American Journal of Hospital Palliative Care*. 2006; 23: 17-24. <https://doi.org/10.1177/104990910602300104>
9. Katz A, Payne S. End of Life in Care Homes. Oxford: Oxford University Press. 2003. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198510710.001.0001>
10. Kellehear A. Spirituality and palliative care: A model of needs. *Palliative Medicine*. 2003; 14: 149-55. <https://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, C. M. McCrea, & W. L. 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 near-death visions. *Omega*. 2006; 53: 37-49. <https://doi.org/10.2190/188Q-BHFK-Q7DM-JHR4>
14. Millham A, Easton S. Prevalence of auditory hallucinations in nurses in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1998; 5: 95-9. <https://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. *Psychological Bulletin*. 2000; 107: 82-95. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.1.82>
16. Bentall RP. Hallucinatory experiences. En E Cardeña, SJ Lynn, S Krippner (Eds): Varieties of Anomalous Experience (pp. 85-120). Washington, DC: American Psychological Association. 2000. <https://doi.org/10.1037/10371-003>
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. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 31: 681-8. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01323.x>
23. McGowan B. Self-reported stress and its effects on nurses. *Nursing Standard*. 2001; 15: 33-8. <https://doi.org/10.7748/ns2001.07.15.42.33.c3050>
24. Shader K, Broome ME, West ME, Nash M. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*. 2001; 31: 210-6. <https://doi.org/10.1097/00005110-200104000-00010>
25. Phillips S. Labouring the emotions: Expanding the remit of nursing work? *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 24: 139-43. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.17419.x>
26. French SE, Lenton R, Walters V, Eyles J. An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *Journal of Nursing Measurement*. 2000; 8: 161-78.
27. McVicar A. Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 44: 633-42. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x>
28. Rabkin J. Stressful life events and schizophrenia: A review of the literature. *Psychological Bulletin*. 1980; 87: 407-25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.87.2.408>
29. Matchett, WE. Repeated hallucinatory experiences as part of the mourning process among Hopi Indian women. *Psychiatry* 1972; 35: 185-94. <https://doi.org/10.1080/00332747.1972.11023711>
30. Reese, WD. The hallucinations of widowhood. *British Medical Journal*. 1971; 210: 37-41. <https://doi.org/10.1136/bmj.4.5778.37>
31. Wells EA. Hallucinations associated with pathological grief reaction. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*. 1983; 5: 259-61. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.77625>
32. Comer NL, Madow L, Dixon JJ. Observations of sensory deprivation in a lifethreatening situation. *American Journal of Psychiatry*. 1967; 124: 164-9. <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. *Military Medicine*. 1979; 114: 695-6.
34. Siegel, RK. Hostage hallucinations: Visual imagery induced by isolation and lifethreatening stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1984; 172: 264-72. <https://doi.org/10.1097/00005053-198405000-00003>
35. Tellegen A, Atkinson G. Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"): A trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*. 1974; 83: 268-77. <https://doi.org/10.1037/h0036681>
36. Parra A. "Seeing and feeling ghosts": Absorption, fantasy proneness, and healthy schizotypy as predictors of crisis apparition experiences. *Journal of Parapsychology*. 2006; 70: 357-72.
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: 49-64. <https://doi.org/10.1038/srep02486>
38. 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.
39. Parra A, Argibay JC. Dissociation, absorption, fantasy proneness and sensation seeking in psychic claimants. *Journal of the Society for Psychical Research*. 2012; 76(4): 193-203.
40. Irwin HJ. Parapsychological phenomena and the absorption domain. *Journal of the American Society of Psychical Research*. 1985; 79: 1-11.
41. Irwin HJ. Extrasensory experiences and the need for absorption. *Parapsychology Review*. 1989; 20: 9-10.
42. Glicksohn JR, Barrett, TR. Absorption and hallucinatory experience. *Applied Cognitive Psychology*. 2003; 17: 833-49. <https://doi.org/10.1002/acp.913>
43. Claridge G. Schizotypy: Implications for illness and health. Oxford University Press. 1997. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198523536.001.0001>
44. Wolfradt U, Oubaid V, Straube ER, Bischoff N, Mischo J. Thinking styles, schizotypal traits and anomalous experiences. *Personality and Individual Differences*. 1999; 27: 821-30. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00031-8](https://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. *Journal of Personality Disorders*. 1995; 9: 346-55. <https://doi.org/10.1155/2015/258275>
46. McCreery C, Claridge G. Healthy schizotypy: The case of out-of-the-body experiences. *Personality and Individual Differences*. 2002; 32: 141-54. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00013-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00013-7)
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. *Journal of the Society for Psychical Research*. 2010; 74: 1-11.
49. Williams LM, Irwin HJ. A study of paranormal belief, magical ideation as an index of schizotypy, and cognitive style. *Personality and Individual Differences*. 1991; 12: 1339-48. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90210-3](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90210-3)
50. Hogan R. Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1969; 33: 307-16. <https://doi.org/10.1037/h0027580>
51. Hoffman ML. The contribution of empathy to justice and moral judgment. En N Eisenberg, J Strayer (Eds.): Empathy and its development (pp. 47-80). Cambridge, England: Cambridge University Press. 1987.
52. Mercer S, Reynolds T. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*. 2002; 2: 9-13.

53. Sayumporn W, Gallagher S, Brown P, Evans J, Flynn V, Lopez V. The perception of nurses in their management of patients experiencing anxiety. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2012; 2: 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 University Press*. 2006.
55. Yu J, Kirk M. Measurement of empathy in nursing research: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 64: 440-54. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04831.x>
56. Aström S, Nilsson M, Norberg A, Winblad, B. Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. *Journal of Advanced Nursing*. 1990; 15: 1236-44. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01738.x>
57. Beddoe AE, Murphy P. Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nurses? *Journal of Nursing Education*. 2004; 43: 305-12. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.112794>
58. Thomas K. Cognitive element of empowerment. *Academy of Management Review*. 1996; 15: 666-81. <https://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. *North American Journal of Psychology*. 2013; 15: 405-12.
61. Parra A. Personality traits associated with premonition experience: Neuroticism, extraversion, empathy, and schizotypy. *Journal of the Society for Psychical Research*. 2015; 79: 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 Mexicana*. 2002; 44: 33-40. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342002000100005>
64. Gil-Monte P. El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). *Madrid: Pirámide*. 2005.
65. Cristhian Pérez V, Fasce H, Ortiz M, Bastías V, Bustamante C. Estructura factorial y confiabilidad del Inventario de Burnout de Maslach en universitarios chilenos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2012; 21: 255-63.
66. Mason, O, Claridge, G, Jackson M. New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*. 1995; 18: 7-13. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00132-C](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00132-C)
67. Mason O, Claridge G, Williams L. Questionnaire measurement. En G Claridge (Ed.): *Schizotypy: Implications for Illness and Health* (pp. 19-37). Oxford, UK: *Oxford University Press*. 1997. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198523536.003.0002>
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, Etxebarria, J, Montes MP, Torr E. Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*. 2003; 15: 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. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010; 44: 279-85. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200006>
73. Cheyne JA, Newby-Clark IR, Rueffer SD. Sleep paralysis and associated hypnagogic and hypnopompic experiences. *Journal of Sleep Research*. 1999; 8: 313-17. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.1999.00165.x>
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. *Journal of the American Society for Psychical Research*. 1999; 93: 167-97.
76. Foulkes D, Vogel G. Mental activity at sleep onset. *Journal of Abnormal Psychology*. 1965; 70: 231-46. <https://doi.org/10.1037/h0022217>
77. Rechtschaffen A. Sleep onset: Conceptual issues. En RD Ogilvie, JR Harsh (Ed): *Sleep Onset: Normal and Abnormal Processes* (pp. 3-18). *American Psychological Association*. 1994. <https://doi.org/10.1037/10166-001>
78. Brayne S, Lovelace H, Fenwick, P. An understanding of the occurrence of deathbed phenomena and its effect on palliative care clinicians. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2006; 23: 17-24. <https://doi.org/10.12968/ajpm.2015.21.3.117>
79. Fukuda K, Ogilvie RD, Chilcott L, Vendittelli A, Takeuchi T. The prevalence of sleep paralysis among Canadian and Japanese college students. *Dreaming*. 1998; 8: 59-66. <https://doi.org/10.1023/B:DREM.0000005896.68083.ae>
80. Spanos NP, Cross PA, Dickson K, Dubreuil SC. Close encounters: An examination of UFO experiences. *Journal of Abnormal Psychology*. 1993; 102: 624-32. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.4.624>
81. Canales GF, Díaz T, Zanetti ACG, Ventura CAA. Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Rev Cuid*. 2012; 3(1): 260-9. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v3i1.20>
82. Miqueletto M, Silva L, Figueira CB, Santos MR, Szyllit R, Ichikawa CRF. Espiritualidade de famílias com um ente querido em situação de final de vida. *Rev Cuid*. 2017; 8(2): 1616-27. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.391>
83. Alves D, Silva L, Delmondes G, Lemos IC, Kerntopf MR, Albuquerque G. Cuidador de criança com câncer: religiosidade e espiritualidade como mecanismos de enfrentamento. *Rev Cuid*. 2016; 7(2): 1318-24. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.336>