



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Psicología

Empatía y Actitud ante la Muerte en Profesionales

que Intervienen en Contextos con Riesgo de Vida

Tesista: Smal, Ricardo David / B00064177-P1

Tutor de Tesis: Dr. Cortese, Ricardo Horacio

Cotutora de Tesis: Lic. Fernández Canales, María Mercedes

Título por obtener: Licenciado en Psicología

Fecha de presentación: agosto, 2026

Índice

Agradecimientos	3
Resumen	4
Abstract	5
Introducción.....	6
Marco Teórico	9
Paradigma Humanista Existencial.....	9
Empatía.....	11
Actitud Ante La Muerte	13
Antecedentes	15
Objetivos	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
Hipótesis	18
Justificación y Relevancia.....	19
Metodología.....	19
Diseño.....	19
Participantes	20
Instrumentos	22
a) Cuestionario Sociodemográfico	22
b) Cuestionario de Empatía de Toronto [TEQ]	22
c) Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte [PAM-R]	23
Procedimiento.....	25
Análisis de Datos.....	25
Resultados	25

Estadísticos Descriptivos.....	25
Prueba de Normalidad.....	28
Análisis Correlacional.....	29
Análisis de Diferencias de Grupos	30
Discusión	31
Conclusión.....	36
Referencias Bibliográficas	37
Anexos.....	43
a.Consentimiento Informado	43
b.Cuestionario Sociodemográfico	44
c.Cuestionario de Empatía de Toronto [TEQ] [Versión Uruguaya]	45
d.Perfil Revisado de Actitud hacia la Muerte [PAM-R] [Versión Española]	46

Agradecimientos

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Abierta Interamericana y a la comunidad académica, por fomentarme una mirada comprometida con el pensamiento crítico, la investigación científica y la comprensión integral del ser humano.

A mi hija Martina, por compartir conmigo este recorrido académico. Las innumerables horas de estudio, esfuerzo y dedicación, cada uno persiguiendo sus propios objetivos, fortalecieron un vínculo basado en el acompañamiento, la perseverancia y el afecto mutuo incondicional. ¡Vas a ser una excelente Odontóloga!

A mi tutor, el Dr. Cortese, Ricardo Horacio, quien apoyó esta tesis con todo su interés profesional, académico y personal y es un placer conocerlo.

A mi cotutora, la Licenciada Fernández Canales, María Mercedes, “Mechi”, que tuvo toda la paciencia de enseñar, corregir y apoyarme en este trabajo y descubrir en el trayecto la gran profesional y persona que es.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, de una u otra manera, dejaron una huella en este recorrido. Esta investigación nació del interés por comprender una de las experiencias de la condición humana y constituye, para mí, no un punto de llegada, sino el comienzo de un compromiso permanente con una Psicología basada en el estudio metodológico y científico, la reflexión crítica y el respeto por la dignidad de las personas.

Resumen

La presente investigación analizó la relación entre el nivel de empatía y la actitud ante la muerte en profesionales que intervienen en contextos con riesgo de vida. Se realizó un estudio cuantitativo, de alcance correlacional, con diseño no experimental y de corte transversal. Se aplicaron el Toronto Empathy Questionnaire [TEQ] y el Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte [PAM-R] a una muestra no probabilística de N=104 participantes de entre 20 y 56 años ($M=37,08$; $DE=8,64$) que desarrollaban su labor en CABA y AMBA. Los resultados revelaron correlaciones significativas y directas entre la empatía y dos dimensiones de la actitud ante la muerte: miedo a la muerte y aceptación de escape. Asimismo, se observó una correlación indirecta con el dominio aceptación neutral. Estos hallazgos sugieren que los profesionales con mayor empatía tendieron a experimentar la vulnerabilidad existencial de manera más intensa, percibiendo la muerte tanto como una amenaza como una posible liberación del sufrimiento. A su vez, la asociación negativa con la aceptación neutral indicó una menor tendencia a concebir la muerte como un hecho natural e inevitable del ciclo vital, lo que podría reflejar una mayor implicación emocional frente a la finitud humana. Desde una perspectiva Humanista-Existencial, los resultados respaldaron la concepción de la empatía como un recurso ambivalente en contextos con riesgo de vida. Si bien favorece la comprensión del sufrimiento ajeno y fortalece el vínculo de ayuda, también puede incrementar la sensibilidad ante experiencias de pérdida, dolor y muerte. En consecuencia, se destaca la importancia de promover estrategias de autorregulación emocional, reflexión existencial y autotranscendencia que fortalezcan los recursos de afrontamiento y favorezcan una integración más saludable de estas experiencias.

Palabras claves: Empatía, Actitud ante la Muerte, Profesionales en Contexto con Riesgo de Vida, Psicología Humanista Existencial.

Abstract

This research analyzed the relationship between empathy levels and attitudes toward death in professionals working in life-threatening situations. A quantitative, correlational, non-experimental, cross-sectional study was conducted. The Toronto Empathy Questionnaire [TEQ] and the Revised Profile of Attitudes toward Death [PAM-R] were administered to a non-probability sample of $N=104$ participants aged 20 to 56 years ($M = 37.08$; $SD = 8.64$) working in the City of Buenos Aires (CABA) and Greater Buenos Aires (AMBA).

The results revealed significant direct correlations between empathy and two dimensions of attitudes toward death: fear of death ($r = .34$) and acceptance of escape ($r = .25$). An indirect correlation was also observed with the neutral acceptance domain ($r = -.19$). These findings suggest that professionals with greater empathy tended to experience existential vulnerability more intensely, perceiving death both as a threat and as a potential release from suffering. In turn, the negative association with neutral acceptance indicates a lower tendency to view death as a natural and inevitable part of the life cycle, which could reflect a greater emotional involvement in the face of human finitude.

From a Humanistic-Existential perspective, the results support the view of empathy as an ambivalent resource in life-threatening contexts. While it fosters understanding of others' suffering and strengthens the helping bond, it can also increase sensitivity to experiences of loss, pain, and death. Consequently, the importance of promoting strategies for emotional self-regulation, existential reflection, and self-transcendence is highlighted, as these strengthen coping resources and foster a healthier integration of these experiences.

Keywords: Empathy, Attitude toward death, Professionals in life-threatening situations, Humanistic-Existential Psychology.

Introducción

Las distintas culturas, valores, creencias, religiones y disciplinas (ej.: filosofía, psicología, medicina, entre otras) han estructurado la forma en que las sociedades se enfrentan al conocimiento acerca del fenómeno universal de la muerte. Si bien se sabe que es inevitable su condición, aún permanece siendo un tema tabú en la sociedad contemporánea, ya que a la muerte se la relaciona con frecuencia con duelo, tristeza, dolor y tiende a ser un hecho que se encuentra fuera de la lógica de posibilidades inmediatas (Álvarez de la Arena, 2023).

En consecuencia, este tipo de sesgo cognitivo se evidencia en las últimas décadas e incluso genera disonancia, puesto que desde el siglo pasado la esperanza de vida del ser humano aumentó gracias a la tecnología y otros avances en distintos ámbitos de la sociedad (Álvarez de la Arena, 2023). Según Metchnikoff (1901), la mayoría de las personas experimentan un estado de angustia al abordar mencionado proceso, especialmente, tras haber completado un ciclo de vida fisiológico normal caracterizado por una vejez natural que conlleva la pérdida progresiva del instinto de vida y el surgimiento del instinto de muerte natural (Sáez Álvarez, 2016).

Desde otro entorno, Maza Cabrera et al. (2009) indican que una de las responsabilidades del personal sanitario es brindar apoyo a las personas durante la transición de la vida ante la muerte -tanto en los pacientes que enfrentan una enfermedad terminal como con sus familiares-, pues esta labor implica mostrar una actitud cálida, empática y de respaldo hacia quienes necesitan ayuda en ese momento. No obstante, surge el interrogante acerca del nivel de preparación que poseen estos profesionales para afrontar dicho proceso y las actitudes que adoptan frente al mismo.

La empatía es conocida como la capacidad del ser humano para la interacción social, la comunicación entre pares y el desarrollo de habilidades sociales, aunque todavía no existe un consenso en cuanto a su definición, estructura y forma de evaluarla como constructo. Por

esta razón, la conceptualización de la empatía fue cambiando a través del tiempo, pasando por consideraciones a veces más afectivas y otras más cognitivas. Darse cuenta de lo que siente otro individuo y, a la vez, demostrarle que es comprendido son la base de pensamiento de estas dos partes del constructo (Suriá Martínez et al., 2021; Carballo et al., 2023).

Otros autores (ej.: Urquiza et al., 2005; Lemos et al., 2022) consideran a la empatía como la capacidad para actuar teniendo en cuenta las necesidades de las demás personas, respetando las normas vigentes y la legalidad. Hoffman (1992) define este constructo como “una respuesta afectiva más acorde con la situación del otro que con la de uno mismo” (Urquiza et al., 2005, p. 299). Al comprender y poder reconocer el estado mental del otro, y como éste es parte del entramado social, se da un valor positivo a la empatía para el desarrollo de las personas y de toda la sociedad humana (Lemos et al., 2022).

Según Garaigordobil (2006), la empatía es un constructo multidimensional donde una persona tiene la capacidad para dar una respuesta ante otra, teniendo en cuenta aspectos cognitivos y afectivos propios, y permite discriminar o diferenciar entre el propio Yo y el de los demás.

García-Avendaño y sus colaboradores (2018) explican diversas vivencias relacionadas con la muerte que enfrentan los profesionales en su práctica cotidiana y exigen replantear tanto las acciones como las actitudes ante estas vivencias, considerando que el cuidado puede perder su carácter humano, siendo fundamental conocer el nivel de empatía que se establece por parte de ellos en contextos relacionados con el riesgo de vida.

Por su parte, Álvarez de la Arena (2023) señala que la exposición constante de los profesionales al proceso de muerte de un individuo incrementa significativamente la probabilidad de que se experimente frustración, estrés y desequilibrios emocionales. Además, esta exposición puede desencadenar pensamientos negativos relacionados con dicho proceso, incluso induciendo fatiga por compasión y/o burnout en los profesionales activos.

La fatiga por compasión es la respuesta que tiene un profesional ante el sufrimiento de un tercero, siendo un riesgo biopsicosocial que puede generar cansancio y una disminución generalizada del deseo, habilidad o energía para ayudar a otros individuos (Hernández García, 2017). Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019), el burnout (*síndrome del quemado*) es un conjunto de síntomas y signos que puede desarrollarse como consecuencia de la exposición prolongada a factores estresantes en el ámbito laboral. Maslach y Jackson (1986) definen mencionado síndrome como una condición caracterizada por cansancio emocional, despersonalización y disminución en la realización personal. Ambas manifestaciones derivan de la asistencia, ayuda y cuidado que los profesionales realizan a aquellas personas que necesitan un cuidado en relación, por ejemplo, a contextos de riesgo de vida (Hernández García, 2017).

Fazio (1989, como se citó en Sáez Álvarez, 2016), la actitud en el individuo se entiende como el vínculo que se establece entre un objeto específico y una valoración particular asociada al mismo. Morales et al. (1994) señalan que las actitudes se desarrollan en el ámbito social, en interacción con otros individuos, como así también en el contexto de problemas o situaciones sociales, e influyen en las emociones, los recuerdos asociados a experiencias previas y las creencias. Por lo tanto, la actitud es una variable latente que no puede observarse directamente, pero puede inferirse a partir de respuestas medibles, las cuales reflejan una evaluación general - positiva o negativa- hacia el objeto de la actitud (Sáez Álvarez, 2016).

Ahora bien, a partir de lo expuesto, se deduce que los desafíos emocionales, conductuales y psicosociales que surgen al abordar el proceso de la muerte de una persona adquieren una relevancia mayor en profesiones que intervienen en los contextos relacionados con el riesgo de vida. En este sentido, se podría pensar que enfermeros, paramédicos y policías, son algunas de las ramas profesionales que enfrentan retos psicofísicos que implican

no solo competencias técnicas, sino también habilidades biopsicosociales en sus intervenciones. Por esta razón, este trabajo plantea la siguiente pregunta de investigación: *¿cuál es la relación entre la empatía y la actitud ante la muerte en profesionales que desempeñan su labor en contextos con riesgo de vida?*; responder esta pregunta permitiría no solo profundizar la comprensión teórica de los constructos de empatía y actitud ante la muerte, sino también aportar conocimiento relevante para el diseño de programas de intervención orientados a atender las necesidades psicológicas de los profesionales que desarrollan su labor cotidiana en contextos donde el contacto directo con la muerte resulta frecuente.

En consecuencia, el propósito de este trabajo consiste en analizar la relación entre la empatía y la actitud ante la muerte en un grupo de profesionales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [CABA] y el Área Metropolitana de Buenos Aires [AMBA] que se desempeñan en contextos laborales con riesgo de vida.

Marco Teórico

Paradigma Humanista Existencial

El paradigma humanista-existencial surge como una respuesta crítica al reduccionismo mecanicista del conductismo de Watson y Skinner, junto al énfasis patológico del psicoanálisis de Freud, sumada a la crisis de valores remanentes de la Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945) y a la incertidumbre de muchos terapeutas en la aplicación efectiva de los modelos terapéuticos dominantes. Así, este modelo emerge para tratar los traumas resultantes de la contienda mundial (Estrada, 2017).

Adicionalmente, se anexa la filosofía existencialista con el cuestionamiento de la vida y la muerte, dando inicio así al existencialismo de Binswanger. De esta forma, se consolida el enfoque humanista existencial en la década de 1960, cuando Maslow fue presidente de la

American Association for Humanistic Psychology [AAHP] (Estrada, 2017).

Entre los autores que prestaron atención a la importancia de la experiencia subjetiva, la autenticidad, la autorrealización y la dimensión espiritual del existir, se destacan Carl Rogers (1954), Abraham Maslow (1968), Rollo May (1983) y Viktor Frankl (1991).

Frankl (1991), fundador de la logoterapia, señala que el ser humano está llamado a encontrar un sentido en el sufrimiento inevitable, y que la actitud ante la muerte constituye una de las pruebas más profundas de esa capacidad de autodistanciamiento y trascendencia. La muerte y el sufrimiento son parte de la condición y existencia humana y, en el caso de tener que afrontarla, no habría que tomarla como mala suerte (Frankl et al., 2001).

Morin (1974), filósofo y sociólogo francés, ha abordado la cuestión de la muerte desde una perspectiva transdisciplinaria. En su obra *El hombre y la muerte* (1951/1974) plantea que la muerte no debe ser entendida sólo como un hecho biológico, sino también como un fenómeno cultural, psicológico y antropológico profundamente arraigado a la conciencia humana. Así, este autor sostiene que la muerte no es sólo el fin de la vida, sino un umbral que posibilita el replanteamiento de los sentidos y de las prioridades vitales, por lo que la capacidad del ser humano para ir más allá de sí mismo -autotrascendencia- se activa ante la confrontación con la muerte, ya sea propia o ajena. Esto mismo se evidencia en procesos de duelo, enfermedades terminales o experiencias límites, en las que muchas personas reconfiguran sus vínculos, su identidad y sus valores (Rodríguez, 2012).

Por lo tanto, la muerte constituye el gran organizador simbólico de la cultura y del psiquismo humano. La conciencia de la muerte, a diferencia de la simple experiencia del morir, implica un salto reflexivo que inaugura la espiritualidad, el lenguaje, el ritual y el pensamiento mítico. La muerte, en su ambigüedad, genera tanto terror como sentido, es fuente de angustia, pero también de relegación, de búsqueda de trascendencia y de proyección imaginaria (Rodríguez, 2012).

En síntesis, el paradigma humanista existencial sostiene que la conciencia de la muerte no es simplemente una amenaza o un hecho biológico, sino una dimensión constitutiva de la existencia humana. La finitud, lejos de paralizar, puede convertirse en un catalizador para el crecimiento personal, el compromiso vital y la responsabilidad existencial (Rogers, 1961; May, 1983; Frankl, 1991).

Empatía

La empatía es un constructo complejo abordado desde la filosofía clásica (Hume, 1739; Smith, 1759), la psicología y la neurociencia social, la cual ha identificado correlatos neuronales y cognitivos asociados al procesamiento empático (Decety et al., 2004).

Etimológicamente, el término empatía proviene de la raíz griega $\epsilon\mu\theta\epsilon\iota\nu$, *empathón* que significa *sentir* y del prefijo *εν* que significa *dentro*, por lo que podría entenderse como el sentir de una persona adentrándose en el otro (López Marín, 2018).

En relación con este *sentir-dentro*, Mayor Guerra y su equipo (2002) plantean que los profesionales que actúan en contextos con riesgo de vida tienen desarrollada la capacidad de comprender el sufrimiento y la muerte de las personas, es decir, ser empáticos en su actitud ante la muerte. No obstante, esto genera que se etiquete a la empatía como un factor y cualidad indiscutible para establecer una mejor comunicación e interacción con otras personas por parte de los profesionales que actúan en estos contextos, siendo mucho más que un simple reflejo, ya que se encuentra asociada a un sentimiento obvio de *yo podría ser tú* (Mayor Guerra et al., 2002).

Retomando los aportes de Rogers, considerado uno de los principales referentes del paradigma humanista y el gran teórico de la empatía en la relación terapéutica, en su obra *On Becoming a Person* (1961) y otros escritos describe a la empatía como una de las tres condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico, junto con la congruencia (autenticidad) y la consideración positiva incondicional. La empatía permite al otro sentirse

comprendido de manera profunda, lo que genera un clima de confianza, seguridad y aceptación, facilitando así la autoexploración, la integración emocional y el crecimiento personal (Rogers, 1975).

Desde el enfoque existencial, la empatía puede concebirse como una manifestación de la apertura ontológica hacia el otro. Levinas (1969) y Buber (1970) han influido en esta concepción al señalar que el encuentro auténtico con el otro (como *tú* y no como objeto) es constitutivo de la existencia ética. En esta línea, la empatía no es sólo una habilidad interpersonal, sino una disposición ética que reconoce la alteridad y promueve la reciprocidad y el cuidado. En consecuencia, propone una visión como fundamento de toda relación humana genuina al facilitar la conexión y el reconocimiento mutuo, a la vez que permite crear un espacio relacional, en que cada persona puede emerger como sujeto pleno, capaz de elegir y transformarse (López Marín, 2018).

Por otra parte, se definen diferentes dimensiones en el constructo empatía, siendo sus aspectos específicos los cognitivos, afectivos y conductuales, que se van desarrollando en edades tempranas y permiten ir identificándose con el grupo de pertenencia, generando la madurez intragrupal (Suriá Martínez et al., 2021); esta relación incluye el aspecto conductual, dado que la persona actúa de acuerdo con lo que siente emotivamente (Carballo et al., 2023).

En base a la concepción multidimensional, la empatía se construye como un atributo cognitivo-afectivo-conductual que implica comprender aquellos sentimientos y experiencias de los profesionales hacia un individuo en riesgo de muerte, lo que puede influir en sus estados psicológicos (Suriá Martínez et al., 2021). A pesar de esta posición, algunos autores indican la existencia de una dimensión general que contiene a los diferentes atributos mencionados (Suriá Martínez et al., 2021; Spreng et al., 2009 citados en Carballo et al., 2023).

En resumen, la falta de una definición radical sobre la empatía ocasiona que se sitúe

en distintos campos de la investigación, incluyendo desacuerdos directos sobre sus componentes y lo que significa realmente; incluso este desacuerdo tiende, a veces, a dificultar el estudio de su relación con otros constructos (Olivera et al., 2011).

Actitud Ante La Muerte

Los primeros trabajos acerca del constructo actitud ante la muerte fueron realizados en pacientes que se encontraban en estadios finales y, a partir de esto, se editaron algunos libros, como por ejemplo *On death and dying* de Elizabeth Kubler (1969) o *Entre la vida y la muerte* (1979) en el que Robert Kastembaum reflexiona acerca de la concepción de la muerte (Sáez Álvarez, 2016).

Actualmente, la actitud ante la muerte se define como el conjunto de pensamientos, emociones, creencias y disposiciones conductuales que manifiesta una persona frente al hecho de su propia muerte o la de otros. En el campo de la Psicología, este constructo ha sido estudiado desde diferentes enfoques, incluyendo el análisis de la ansiedad ante la muerte, las estrategias de afrontamiento y la elaboración de la pérdida (Sáez Álvarez, 2016).

Desde el enfoque existencialista, la actitud ante la muerte está estrechamente asociada al modo en que la persona vive su vida: su proyecto existencial, sus valores, su relación con el tiempo y con los otros. La muerte, como límite absoluto, puede provocar angustia, pero también puede abrir la posibilidad de una vida más plena y significativa (Yalom, 1980).

Desde un abordaje multidimensional, Morin (1974) plantea que la actitud ante la muerte no puede ser reducida a una emoción o a una reacción defensiva, sino que se configura como una construcción subjetiva en la que interactúa la historia personal, el contexto sociocultural, la cosmovisión y las narrativas simbólicas de un sujeto. El ser humano, en tanto ser para la muerte, debe aprender a convivir con la incertidumbre, la fragilidad y la finitud, integrándose creativamente a su existencia. Al respecto, Morín (1974) sostiene que la actitud madura ante la muerte no consiste en negar ni en resignarse pasivamente, sino en integrarse

simbólicamente permitiendo así que su presencia inspire una existencia más consciente, ética y compasiva. Por ende, la muerte deja de ser sólo una amenaza y se convierte en una fuente de sabiduría existencial (Rodríguez, 2012).

Desde este punto de vista, en contextos de riesgo como en el de la policía, la actitud ante la muerte tiene una doble mirada. El agente policial tiene un saber a partir del tipo de servicio que brinda a la sociedad, pues puede ser víctima de tener que afrontar tanto el riesgo de su propia muerte como la de otros, en circunstancias específicas. Por tal razón, ciertos policías no pueden concurrir a eventos que tengan relación con sucesos específicos, como por ejemplo los que se encuentren involucrados niños, dada la angustia que les pueda generar de acuerdo con su historia personal. En cambio, otros pueden acudir a un sitio con estas características y tomar el hecho del riesgo de muerte con naturalidad, lo cual puede desarrollar un mayor criterio de decisión y distinguir lo urgente de lo importante (Maglia, 2020).

Por su parte, Morales y sus colaboradores (2020) mencionan que las actitudes y las emociones ante la muerte pueden influir, además, en la manera en que los profesionales sanitarios enfrentan esta vivencia y, a la vez, afectan la manera en que interactúan con los pacientes terminales y sus familias. En concordancia con esto, el equipo de Sevilla-Casado (2012) señala que las emociones de los profesionales pueden afectar la calidad de la atención que brindan, debido a que estos factores emocionales influyen en su manera de comunicarse y relacionarse con los demás, así como en su proceso de toma de decisiones y en su actitud para enfrentar la muerte (Marchán Espinosa, 2016).

Específicamente, el equipo de Maza Cabrera (2009) menciona que la mayoría de las muertes se producen en áreas de salud general y Gómez Sancho (2006) explica que muchos profesionales sanitarios tienen que afrontar también el reto de comunicar a los familiares el deceso, lo que condena a mantenerse en cierto silencio para no compartir dicha ansiedad (Abalo, 2008).

Siguiendo con lo expresado por Marchán Espinosa (2016), en el caso del personal de enfermería, que es el contexto primario de cuidado a pacientes en riesgo de muerte, es el que pasa más tiempo con el enfermo, cuya relación los lleva a tener una mejor perspectiva de cómo manejar el proceso de muerte y su actitud ante ella.

Por último, la actitud ante la muerte varía de acuerdo con el contexto cultural. Por ejemplo, en las culturas occidentales las personas tienden a protegerse psicológicamente de la conciencia fehaciente de la muerte, considerándolo como un evento excepcional ajeno a la propia vida (Edo Gual, 2015) e incluso se la experimenta como algo extraño, imprevisto y que la mayoría de las veces no se encuentra el hecho entre los pensamientos cotidianos (Maza Cabrera et al., 2009).

Resumiendo, la actitud ante la muerte es un constructo aplicable a la conciencia que tiene el individuo sobre su propia muerte, lo que produce, entre otras reacciones, respuestas de ansiedad y miedo. En definitiva, es la conciencia de la realidad de muerte y el proceso de morir que abarca procesos afectivos, cognitivos y conductuales que, también dependen del tipo de desarrollo de la persona y su contexto sociocultural (Edo Gual, 2015).

El proceso de morir es único e irreversible para cada persona, lo que implica que no existe una única manera de vivir o experimentar la muerte (Bayes et al., 2000). Por esto, en aquellas personas que desarrollan su labor cotidiana en contextos de riesgo es fundamental considerar las actitudes y emociones que presentan, respecto de su propia muerte como a la de los demás (Maza Cabrera et al., 2009).

Antecedentes

De acuerdo con la revisión de antecedentes, se destacan múltiples estudios que han abordado de manera independiente los constructos de empatía y actitud ante la muerte en profesionales vinculados a contextos con riesgo de vida. No obstante, la literatura científica

de la última década muestra una mayor concentración de investigaciones en el ámbito sanitario (enfermería y medicina), mientras que en otros tipos de profesiones (ej.: emergentólogos, policías, bomberos o participantes en catástrofes) presentan un desarrollo menor e incluso nulo. A continuación se describen mencionados hallazgos.

En relación con la actitud ante la muerte, García Avendaño et al. (2018) realizó un estudio descriptivo, dentro de unidades de cuidados intensivos, y hallaron que enfermeros/as manifestaron una actitud de aceptación a la muerte como un fenómeno inevitable, aun cuando su rol profesional se encontraba centrado en la preservación de la vida de un tercero. A la vez, Morales (2020) reportó que el 67,6% del personal de enfermería presentó actitudes de indiferencia ante la muerte, lo cual interpretó como un mecanismo defensivo frente a la exposición reiterada. Sin embargo, Sanjorge Carretero (2015) señaló que, en contraste con la abundancia de estudios en enfermería, la evidencia empírica en profesionales de emergencias extrahospitalarias era limitada, no existiendo suficientes investigaciones que articulen el riesgo de muerte con la actitud adoptada por mencionados profesionales.

En concordancia con estos hallazgos, Marchán Espinosa (2016) evidenció dificultades en el afrontamiento (37%), déficits en la formación profesional (60%) y faltantes en el apoyo institucional (83,1%) en personal de cuidados paliativos y oncología, lo que sugirió la necesidad de intervenciones estructuradas en estos contextos. Por su parte, González Otaiza (2022), también en una muestra de profesionales de cuidados paliativos, encontró que el 85% presentó niveles adecuados de competencia ante la muerte; este hallazgo introdujo un matiz relevante, pues indicó que la formación especializada y la experiencia pueden modular positivamente la actitud frente a la muerte.

Teniendo en cuenta el constructo empatía, la literatura presenta un desarrollo más amplio abarcando múltiples contextos sociales e institucionales. En este marco, Suriá Martínez et al. (2021) identificaron la necesidad de profundizar en las posibles carencias

empáticas en la formación profesional de estudiantes de psicología. De forma similar, Raba et al. (2021) destacaron que la empatía y las habilidades comunicativas en profesionales de la salud que trabajaban con pacientes pediátricos crónicos constituían recursos terapéuticos fundamentales.

López Marín (2018) señaló, mediante un estudio bibliográfico, que la empatía constituía un elemento central en los modelos centrados en la persona y enfoques experienciales contemporáneos, reforzando su valor como herramienta clínica y relacional. En consonancia con ello, Díez Noblecilla et al. (2019) encontraron relaciones significativas entre empatía y autoeficacia en bomberos voluntarios, lo que sugirió que la capacidad empática puede vincularse con la percepción de eficacia personal en contextos de alta demanda.

De manera más específica, en una muestra de voluntarios en emergencias y catástrofes, Bail Pupko et al. (2017) demostraron que la empatía constituye un componente clave en el perfil de quienes brindaban primera ayuda psicológica, mediando en la efectividad del entrenamiento. En la misma línea, Huarcaya-Victoria et al. (2018) observaron que factores como la identificación religiosa y la presencia de modelos profesionales influían positivamente en los niveles de empatía en médicos residentes.

Por su parte, Valdivia-Devia (2024) evidenció que los funcionarios policiales presentaban mayores niveles de empatía y compromiso en comparación con la población general en situaciones de violencia, lo cual reforzó la relevancia de este constructo en contextos de intervención con riesgos de vida de terceros.

En síntesis, la revisión de los estudios e investigaciones descriptas demostraron un desarrollo del constructo de actitud ante la muerte en el ámbito sanitario (principalmente en enfermería), donde se evidenciaron resultados de aceptación, indiferencia y dificultades de afrontamiento moduladas por la formación y el contexto institucional (Marchán Espinosa, 2016; García Avendaño et al., 2018; Morales, 2020; González Otaiza, 2022). Por otro lado, el

constructo empatía fue ampliamente investigado en diversas profesiones, destacándose su papel como un factor facilitador de la intervención, la comunicación y la eficacia percibida en contextos de alta exigencia emocional (Bail Pupko et al., 2017; Huarcaya-Victoria et al., 2018; López Marín, 2018; Diez Noblecilla et al., 2019; Raba et al., 2021; Valdivia-Devia, 2024). No obstante, se observó un vacío significativo en la integración de ambos constructos (empatía y actitud ante la muerte) en profesionales que intervienen en contextos con riesgo de vida, particularmente fuera del ámbito hospitalario. En consecuencia, este estudio centra su atención en la necesidad de articular dichas variables incluyendo no sólo al personal sanitario sino también a otros ámbitos (ej.: bomberos, policías, etc.), a fin de contribuir con resultados más integrales del desempeño profesional en escenarios críticos.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de empatía y la actitud ante la muerte en profesionales que intervienen en contextos con riesgo de vida en CABA y AMBA.

Objetivos Específicos

Evaluar el nivel de empatía y actitud ante la muerte que predomina en la muestra de estudio.

Comparar el nivel de empatía y la actitud ante la muerte según sexo/género.

Analizar la relación entre el nivel de empatía y la actitud ante la muerte en la muestra de estudio.

Hipótesis

Existe una relación estadísticamente significativa y directa entre el nivel de empatía y la actitud ante la muerte de tipo neutral o de acercamiento en los profesionales que intervienen

en contextos con riesgo de vida en CABA y AMBA.

Justificación y Relevancia

Si bien la actitud ante la muerte y la empatía se evaluaron en distintos estudios brindando información en ámbitos de la salud (mayormente enfermería), aún existe un vacío en el análisis de otras profesiones, como por ejemplo, bomberos, policías, psicólogos/as, emergentólogos/as, médicos/as, entre otros, quienes también ejercen su labor en contextos de riesgo de vida. Por lo tanto, este estudio cobra relevancia en términos teóricos, ya que brindaría la posibilidad de generar nuevos conocimientos aplicables en campos poco explorados fuera del ámbito exclusivamente hospitalario.

A su vez, este estudio es relevante a nivel práctico porque analiza la empatía y su relación con la actitud ante la muerte, los cuales son factores elementales en profesiones expuestas a eventos críticos. De esta manera, los resultados aportarían a la formación de intervenciones educativas y programas de mejoras en la salud mental de los profesionales, facilitando una mejor preparación cognitivo-afectivo-emocional ante situaciones extremas.

Por último, la relevancia social beneficiaría el bienestar psicosocial de los profesionales que sostienen funciones críticas ante los contextos con riesgo de vida, dado que visibilizar el impacto de la empatía y la actitud ante la muerte podría concientizar a la comunidad, instituciones, pacientes, e incluso a las familias, acerca de las condiciones psicológicas de los mencionados trabajadores, especialmente en zonas urbanas complejas, generando así conocimientos aplicables para políticas públicas.

Metodología

Diseño

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo con alcance correlacional, dentro de un

diseño no experimental en secuencia de tiempo transversal (Hernández Sampieri et al., 2014).

El enfoque fue cuantitativo, ya que se centró en la recolección de datos numéricos y su posterior análisis estadístico para evaluar la hipótesis acerca de las variables estudiadas. Este tipo de enfoque permite la medición objetiva de los fenómenos y facilita la generalización de los resultados a una población más amplia, asegurando así la validez y confiabilidad de las conclusiones obtenidas. El estudio fue de alcance correlacional, debido a que se analizó la relación entre las dimensiones de la actitud ante la muerte y la empatía, con el objetivo de determinar cómo se asociaban entre sí y qué características tenían dichas relaciones. El diseño fue no experimental, pues no se manipularon las variables independientes ni se ejerció control sobre las condiciones del estudio; en lugar de ello, se observaron y analizaron las variables tal como se presentaban en su entorno natural sin intervención directa en el comportamiento de los participantes. Por último, la secuencia de tiempo fue de corte transversal, porque los datos se recopilaron en un solo momento de tiempo (abril a octubre de 2025), sin realizar un seguimiento longitudinal de los participantes (Vieytes, 2004; Hernández Sampieri et al., 2014).

Participantes

Para llevar a cabo el estudio se trabajó con una muestra no probabilística, intencional (Hernández et al., 2014), conformada por N= 104 participantes de ambos sexos (hombres: 59,6% - mujeres: 39,4%) de entre 20 y 56 años ($M= 37,08$ – $DE= 8,64$), consideradas personas sanas para el ejercicio de sus responsabilidades.

La muestra incluyó las siguientes profesiones: Policías (58,7%), Bomberos (20,2%), Enfermeros/as (15,4%) y otros (5,9%) que desempeñaban su labor en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [CABA] y el Área Metropolitana de Buenos Aires [AMBA].

- Los *criterios de inclusión* fueron los siguientes:
- *Profesión*: ser enfermero/a, policía, emergentólogo/a (paramédico/a), psicólogo/a,

bombero/a en ejercicio al momento de participar del estudio.

- *Experiencia laboral mínima:* contar con al menos 1 año de experiencia laboral continua en contextos donde existiese contacto con riesgo de vida (emergencias, urgencias, intervenciones en crisis, atención prehospitalaria, entre otros).
- *Edad:* tener entre 21 y 65 años, considerando tanto jóvenes profesionales como trabajadores experimentados.
- *Residencia y contexto cultural:* ejercer su actividad en CABA o AMBA, para asegurar homogeneidad cultural, religiosa y social.
- *Consentimiento informado:* aceptar participar voluntariamente en el estudio, tras leer el consentimiento informado donde se garantiza confidencialidad y anonimato de los datos relevados.
- Los *criterios de exclusión* fueron los siguientes:
 - *Profesionales en formación:* estudiantes o pasantes sin matrícula habilitante o sin experiencia profesional formal.
 - *Experiencia exclusivamente administrativa o indirecta:* profesionales que no intervengan directamente en la situación de riesgo vital, aunque pertenezcan a las fuerzas o instituciones mencionadas (ej.: policías que solo realizan tareas administrativas).
 - *Ocupación:* actividades vinculadas únicamente a instancias posteriores a la muerte (ej.: agentes funerarios, personal de morgues o cementerios), ya que no intervienen directamente ante la situación de riesgo de vida.
 - *Licencia prolongada o retiro:* personas que se encuentren en licencia médica prolongada, retiro activo o jubilación, ya que no están expuestas a las condiciones propias del estudio.
 - *Diagnóstico de trastorno mental:* participantes que reporten tener un trastorno psicológico o psiquiátrico en curso que pueda influir de forma significativa en sus respuestas.
 - *Datos incompletos:* cuestionarios que sean respondidos de forma inconsistente, lo que

impida recaudar la información necesaria para su análisis posterior.

Instrumentos

a) Cuestionario Sociodemográfico

Con el fin de relevar datos relacionados con las condiciones de este estudio, se realizó un cuestionario *ad hoc* con preguntas cerradas, como por ejemplo, edad, sexo, estado civil, profesión y otras con mayor aporte de información como religión y/o creencia espiritual, relación profesional con el estado de riesgo de vida de terceros, si recibieron capacitación, pérdida de familiar amigo y/o ser querido, y si la profesión influyó de alguna manera en la percepción que tienen sobre la muerte.

b) Cuestionario de Empatía de Toronto [TEQ]

Se evaluó el constructo Empatía con el TEQ adaptado y validado por Carballo et al. (2023). Su versión original de Spreng et al. (2009), es un cuestionario autoadministrado de 16 ítems ajustado a un modelo unidimensional, con una escala de tipo Likert de cinco respuestas posibles puntuadas individualmente (*nunca* =0; *casi nunca*=1, *a veces*=2, *con frecuencia*=3, *siempre*=4), con una consistencia interna muy buena (α Cronbach= .85). El resultado se obtiene de sumar las respuestas individuales de cada ítem, logrando una ponderación global del nivel de empatía (Spreng et al., 2009; Olivera et al., 2011; Carballo et al., 2023).

La versión de Carballo et al. (2023) también consta de un cuestionario autoadministrado que estudia aspectos cognitivos, afectivos y emocionales del constructo, la validación de contenido fue analizada por tres especialistas utilizando el coeficiente de validez de contenido (CVC) de Hernández-Nieto (2002), obteniéndose en 15 de los 16 ítems valores de CVC >.80 que identificaron una concordancia y validez muy satisfactorias. Las respuestas a los ítems se puntúan según la siguiente escala, para los ítems con redacción positiva: 1, 3, 5, 6, 8, 9, 13 y 16; *Totalmente en desacuerdo* = 0; *Bastante en desacuerdo* = 1; *Ni de acuerdo, ni en desacuerdo* = 2; *Bastante de acuerdo* = 3; *Totalmente de acuerdo* = 4;

mientras que los ítems con redacción negativa se puntúan de forma inversa: 2, 4, 7, 10, 11, 12, 14 y 15. Las puntuaciones se suman para obtener el total del cuestionario (Spreng et al., 2009; Carballo et al., 2023). La puntuación general puede oscilar entre 0 y 64, las puntuaciones más altas indican altos niveles de empatía, mientras que las puntuaciones por debajo de 45 indican niveles de empatía por debajo del promedio.

En cuanto a las características propias del análisis de los ítems, dos de ellos se centran específicamente en la percepción de un estado emocional en otra persona que estimula la misma emoción en uno mismo (ítems 1 y 4). Un ítem evalúa la comprensión de las emociones en los demás (ítem 8). Otros ítems abordan la evaluación de los estados emocionales de los demás, indexando la frecuencia de conductas que demuestran una sensibilidad adecuada (ítems 2, 7, 10, 12 y 15). El TEQ también incluye ítems que exploran la activación fisiológica simpática (ítems 3, 6, 9 y 11) y el altruismo (ítems 5, 14 y 16). Finalmente, un ítem explora la frecuencia de conductas que generan respuestas empáticas de orden superior, como las conductas de ayuda prosocial (ítem 13). Ocho ítems tienen una puntuación negativa (2, 4, 7, 10, 11, 12, 14 y 15), lo que refleja la frecuencia de indiferencia situacional hacia otra persona según los parámetros descritos anteriormente (Spreng et al., 2009; Carballo et al., 2023).

c) Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte [PAM-R]

Para medir la actitud ante la muerte, se utilizó la adaptación al español del PAM-R (por sus siglas en inglés) de Gesser, Wong y Reker (1988). La versión original consta de 32 ítems y mide diferentes tipos de dimensiones, miedo a la muerte, evitación ante la muerte, aceptación neutral, aceptación de acercamiento, aceptación de escape. La versión adaptada al español por Schmidt Rio-Valle (2007) analizó las mismas dimensiones que en la versión original y la relación interna de los ítems, lo cual puede verse en la Figura 1. Para el cálculo de las puntuaciones correspondientes a cada dimensión del instrumento, se procede a sumar los valores obtenidos en los ítems que la integran y se divide dicha suma por la cantidad total

de ítems que conforman esa dimensión, a fin de obtener una puntuación promedio. Algunos ítems se encuentran redactados en sentido inverso, por lo que deben ser recodificados antes de su análisis. En el caso de una escala tipo Likert de 5 puntos, la recodificación se realiza de la siguiente manera: 1 se transforma en 5, 2 en 4, 3 permanece igual, 4 en 2 y 5 en 1. La puntuación media obtenida en cada dimensión permite interpretar el grado de presencia de la actitud evaluada, por ende a mayor puntuación, mayor es la manifestación de dicha actitud en la persona evaluada.

Figura 1

Relación Ítems PAM-R e Interpretación

Dimensión	Cantidad de Ítems	Ítems	Interpretación
Miedo a la muerte	6	2 , 7, 18, 20, 21, 32	Mayor puntaje puede indicar ansiedad ante la idea de morir.
Evitación de la muerte	6	1 , 3, 10, 12, 19, 26	Refleja evitación del tema muerte en pensamientos y conversaciones.
Aceptación neutral	5	6, 14, 17, 24 , 30	La muerte es vista como parte natural del ciclo de vida, sin temor ni esperanza.
Aceptación de acercamiento	10	4, 8, 13 , 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31	Basada en creencias trascendentes: vida después de la muerte, fe en Dios, etc.
Aceptación de escape	5	5, 9, 11, 23, 29	Muerte concebida como liberación del sufrimiento.

Nota. Dimensiones del PRAM, en negrita ítems que deben ser previamente reconvertidos

antes de realizar el cálculo estadístico. Tomado de Schmidt Río-Valle et al. (2017).

Cabe destacar que no se calcula un puntaje total general del instrumento, ya que cada dimensión representa un aspecto específico del constructo. Las puntuaciones se analizan de forma independiente, lo cual permite identificar cuál de las actitudes evaluadas predomina en la muestra (Schmidt Río-Valle et al., 2007).

Procedimiento

Para relevar los datos de la muestra se creó un documento de Google Forms que incluyó un apartado con el consentimiento informado, los datos sociodemográficos, junto a los 2 instrumentos para medir la empatía y la actitud ante la muerte de los participantes. El formulario fue enviado por medios digitales, tales como correos electrónicos, grupos de WhatsApp, a fin de generar un efecto “bola de nieve” para la circulación del enlace.

A fin de cumplir con el anonimato/confidencialidad de las respuestas se identificó a cada participante con un número de protocolo. Para juntar todos los casos se tardó aproximadamente 6 meses. Cabe destacar que, a pedido de los encuestados o los organismos, no se remitió informe alguno donde realizaban sus actividades profesionales, como tampoco se compartieron los datos entre los participantes. Finalmente, los datos fueron cargados y procesados mediante el paquete estadístico IBM® SPSS® Statistics versión 25 en español.

Análisis de Datos

En la presente investigación, el análisis de datos y la interpretación de resultados se orientaron a examinar las relaciones existentes entre los constructos, considerando para ello las características de la muestra y los resultados de los instrumentos administrados. Los datos fueron obtenidos mediante un formulario de tipo Google Forms y posteriormente exportados a una hoja de cálculo de Excel para su posterior análisis estadístico. El análisis de las variables se realizó mediante el software IBM® SPSS® Statistics versión 25, utilizando estadísticos descriptivos y análisis correlacionales para examinar la asociación entre las variables de estudio, bajo un criterio de significación estadística de $p \leq 0,05$.

Resultados

Estadísticos Descriptivos

La muestra estuvo conformada por N=104 participantes, todos ellos profesionales en

actividad al momento de responder las medidas de evaluación, vinculados a contextos con riesgo de vida de terceros. La edad promedio de los participantes fue de $M=37.08$ años ($DE=8.64$). En cuanto al género, el 39.4% ($n=41$) se identificó como mujer, el 59.6% ($n=62$) como varón y el 1% ($n=1$) como prefiero no decirlo. Respecto a la profesión predominaron los Policías con el 29.9% ($n=61$), seguidos por los Bomberos 10.3% ($n=21$) y el 7.8% ($n=16$) restante personal de servicios de salud (Enfermeros/as) (ver *Tabla 1*).

Los participantes presentaron una antigüedad laboral promedio de 2.85 años ($DE=1.33$). En cuanto a los valores más destacados, el 31.7% ($n=33$) entre 6 y 10 años, el 19.2% ($n=20$) tenía de 11 a 15 años de experiencia, y el 16.3% ($n=51$) el resto. En relación con la afiliación religiosa, el 38.5% ($n=40$) declaró pertenecer a alguna tradición cristiana, el 22.5% ($n=46$) manifestó no identificarse con ninguna y el 11.5% ($n=12$) a la religión del evangelismo (ver *Tabla 1*).

En relación con las variables vinculadas a la experiencia y percepción de la muerte, se consultó a los participantes si esta influía en su percepción profesional frente al riesgo de vida propio o de terceros. Los resultados indicaron que el 76% ($n=79$) respondió afirmativamente, reconociendo una influencia directa en su desempeño o percepción profesional, mientras que el 24% ($n=25$) manifestó que no existía tal influencia (ver *Tabla 1*).

Además, se indagó si los profesionales habían atravesado la pérdida de familiares, amigos o seres queridos cercanos durante los dos años previos a la investigación. En este sentido, el 58.7% ($n=61$) informó haber experimentado alguna pérdida significativa, mientras que el 41.3% ($n=43$) respondió negativamente (ver *Tabla 1*).

Por último, se relevó la relación personal y laboral que los participantes mantenían con situaciones de riesgo de vida o con la muerte de terceros, en donde predominó un 24% ($n=49$) diariamente, seguido de un 20% ($n=41$) ocasionalmente (ver *Tabla 1*).

Tabla 1*Estadísticos Descriptivos*

N=104		Frecuencia	Porcentaje
Sexo (Género)	Mujer	41	39,4
	Varón	62	59,6
	Prefiero no decirlo	1	1,0
Profesión / Actividad	Enfermeros/as	16	15,4
	Policías	61	58,7
	Emergentólogos	3	2,9
	Bomberos	21	20,2
	Psicólogos/as	1	1,0
	Médicos/as	1	1,0
	Otro	1	1,0
Años de experiencia en su profesión / actividad	0 a 5 años	17	16,3
	6 a 10 años	33	48,1
	11 a 15 años	20	67,3
	16 a 20 años	17	83,7
	más de 20 años	17	100,0
Tipos de Religión o Creencia Espiritual	Catolicismo	40	38,5
	Budismo	1	1,0
	Evangelismo	12	11,5
	Otro	5	4,8
	Ninguna	46	44,2
Influencia de la profesión en la percepción que tiene sobre la muerte	SI	79	76,0
	NO	25	24,0
¿Ha sufrido pérdida de familiar, amigo o ser querido en los últimos 2 años?	SI	61	58,7
	NO	43	41,3
Relación personal y laboral con riesgo de vida o la muerte de un tercero.	Diariamente	49	24,0
	Semanalmente	9	4,4
	Mensualmente	2	1,0
	Ocasionalmente	41	20,1
	Nunca	3	1,5

Por otra parte, en la Tabla 2 se calcularon las medias y desviaciones estándar del nivel general de Empatía y de los diferentes dominios del constructo Actitud ante la Muerte. El puntaje promedio de Empatía fue 47,13 (DE=7,15). En cuanto a la Actitud ante la muerte, el dominio de Miedo a la Muerte presentó un promedio de 3,41 (DE=0,81), aceptación de escape alcanzó un promedio de 3,41 (DE=1,15) y Evitación de la muerte obtuvo 3,22

(DE=0,84) siendo estos dominios los de mayor puntaje en relación con el resto.

Tabla 2

Medias y Desviación Estándar del Nivel de Empatía y los Dominios de Actitud Ante la Muerte de todas las Profesiones

N=104	Media	DE
Nivel de Empatía	47,13	7,15
Actitud ante la muerte		
Miedo a la muerte	3,41	,80
Evitación de la muerte	3,22	,84
Aceptación neutral	2,44	,55
Aceptación de acercamiento	2,99	,78
Aceptación de escape	3,41	1,15

Las dimensiones Aceptación neutral ($M = 2,44$; $DE = 0,56$) y Aceptación de acercamiento ($M = 2,99$; $DE = 0,79$) exhibieron los puntajes medios más bajos entre todos los dominios analizados. Estos valores permitieron identificar el perfil promedio de empatía y las tendencias generales en las distintas formas de afrontamiento y significado atribuido a la muerte en la muestra evaluada.

Prueba de Normalidad

Se realizó la prueba de normalidad Shapiro – Wilk (ver *Tabla 3*), dando una distribución normal ($p > .05$) para la variable Empatía ($p = .09$) y dos de las cinco dimensiones de la variable Actitud ante la Muerte: Evitación de la muerte ($p = .48$) y aceptación de acercamiento ($p = .17$). Para estos resultados se optó por aplicar pruebas paramétricas para aquellas correlaciones normales; mientras que las dimensiones del constructo Actitud ante la Muerte que dieron con una distribución no normal: Miedo a la muerte ($p < .01$), Aceptación neutral ($p < .01$) y aceptación de escape ($p < .01$) se aplicaron pruebas no paramétricas.

Tabla 3*Pruebas de Normalidad de los Constructos*

N=104	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Empatía	,979	104	,096
Actitud ante la Muerte			
Miedo a la Muerte	,952	104	,001
Evitación de la Muerte	,988	104	,488
Aceptación neutral	,930	104	,000
Aceptación de acercamiento	,982	104	,171
Aceptación de escape	,939	104	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Análisis Correlacional

Se examinó la relación entre el nivel de Empatía y la Actitud ante la Muerte y se verificaron los dominios de Evitación de la muerte y Aceptación de acercamiento mediante el coeficiente de correlación de Pearson, dado que las variables presentaron distribución normal. Los resultados mostraron que entre mencionadas variables no se presentó una relación estadísticamente significativa (ver *Tabla 4*).

Tabla 4*Correlación entre Empatía y Dimensiones de Actitud Ante la Muerte*

Variables		Empatía
Evitación de la muerte	<i>r</i>	,19
	Sig.	,05
Aceptación de acercamiento	<i>r</i>	-,10
	Sig.	,31

* Nota: Correlación Pearson.

Por otra parte, dado que los otros dominios de Actitud ante la Muerte no presentaron distribución normal, se empleó el coeficiente de correlación rho de Spearman. Los resultados indicaron una correlación positiva y significativa entre la Empatía y el Miedo a la muerte ($\rho=.34$, $p=.00$), lo que sugirió que mayores niveles de empatía se asociaron con un mayor

miedo ante la muerte. A su vez, la relación entre empatía y aceptación neutral fue negativa y de baja magnitud, alcanzando significación estadística ($\rho = -.19$, $p = .04$), lo que indicó que los participantes con mayor empatía tendieron a mostrar niveles ligeramente menores de aceptación neutral de la muerte. Asimismo, se observó una correlación positiva y significativa entre empatía y aceptación de escape ($\rho = .25$, $p = .00$) indicando que puntajes más elevados de empatía se relacionaron con una mayor tendencia a concebir la muerte como una vía de escape. En conjunto, estos resultados revelaron asociaciones significativas, aunque de magnitud baja, entre los niveles de empatía y los mencionados dominios de actitud ante la muerte (ver Tabla 5).

Tabla 5

Correlación entre Empatía y Dimensiones de Actitud Ante la Muerte

Variables		Empatía
Miedo a la muerte	<i>rho</i>	,34
	Sig.	,00*
Aceptación neutral	<i>rho</i>	-,19
	Sig.	,04*
Aceptación de escape	<i>rho</i>	,25
	Sig.	,00*

* Nota: Correlación rho de Spearman

Análisis de Diferencias de Grupos

Finalmente, con el objetivo de explorar si existían diferencias según sexo/género en los niveles de empatía y en las dimensiones de actitud ante la muerte, se realizó la Prueba *t* de Student y los resultados indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en ninguna de las variables estudiadas ($p > .05$) (ver Tabla 6).

Tabla 6*Niveles de Empatía según Sexo (Género)*

	Femenino	Masculino	Sig.
Empatía	46,68	47,58	,54
Actitud ante la Muerte			
Miedo a la Muerte	21,37	19,94	,47
Evitación de la Muerte	18,78	19,73	,19
Aceptación neutral	11,93	12,32	,47
Aceptación de acercamiento	30,66	29,48	,26
Aceptación de escape	18,51	16,15	,20

*Nota: Prueba *t* de Student

Asimismo, se observó una correlación positiva y significativa entre empatía y aceptación de escape ($\rho=.25$, $p=.00$) indicando que puntajes más elevados de empatía se relacionaron con una mayor tendencia a concebir la muerte como una vía de escape. En conjunto, estos resultados revelaron asociaciones significativas, aunque de magnitud baja, entre los niveles de empatía y los mencionados dominios de actitud ante la muerte (ver *Tabla 5*).

Discusión

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el nivel de empatía y la actitud ante la muerte en profesionales que intervienen en contextos con riesgo de vida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Área Metropolitana de Buenos Aires. De acuerdo con los resultados, se identificaron asociaciones significativas directas entre la empatía y dos dimensiones de la actitud ante la muerte: miedo a la muerte y aceptación de escape y una relación indirecta con el dominio aceptación neutral, en cambio, no se observaron asociaciones con evitación de la muerte ni con aceptación de acercamiento. Pese a que las correlaciones fueron de magnitud baja, su significación estadística sugiere que, quienes presentaron mayor capacidad para comprender el sufrimiento ajeno también experimentaron una mayor sensibilidad frente a la vulnerabilidad humana (Yalom, 1980;

Rogers, 1975; Frankl, 2003; Decety et al., 2004). Desde la perspectiva humanista-existencial, este resultado puede interpretarse como una consecuencia de la apertura hacia la experiencia del otro, pues comprender profundamente el sufrimiento implicaría, al mismo tiempo, reconocer la propia condición de fragilidad y finitud (Rogers, 1981; May, 1983).

En esta línea, Figley (2002) planteó que la exposición reiterada al sufrimiento puede favorecer el desarrollo de fatiga por compasión cuando existe una elevada implicación empática. Del mismo modo, Álvarez de la Arena (2023) sostuvo que la empatía constituye un recurso indispensable para el cuidado, pero puede transformarse en un factor de vulnerabilidad cuando no existen estrategias de regulación emocional, supervisión profesional o apoyo institucional suficientes. Los resultados del presente estudio respaldarían esta perspectiva al mostrar que un mayor nivel de empatía no necesariamente protege del impacto emocional asociado a la muerte, sino que incluso, podría incrementar dicha sensibilidad.

Uno de los hallazgos llamativos en los resultados de este estudio fue la correlación indirecta entre empatía y aceptación neutral, aunque la magnitud de esta relación fue baja. La aceptación neutral supone comprender la muerte como un acontecimiento inherente al ciclo vital (Schmidt Río-Valle, 2007); en cambio, los resultados indicaron que los profesionales con mayor empatía tendieron a mostrar una menor aceptación natural de la muerte.

Desde la perspectiva de Morin (1974), ese resultado adquiere especial interés porque la muerte no constituye únicamente un hecho biológico, sino una construcción existencial donde convergen aspectos psicológicos, culturales, históricos y simbólicos. En consecuencia, una mayor sensibilidad hacia el sufrimiento ajeno podría dificultar la elaboración de una aceptación serena de la finitud, favoreciendo una conciencia más intensa de la fragilidad humana.

Asimismo, la relación positiva entre la empatía y la dimensión aceptación de escape permitiría inferir que los profesionales con mayor capacidad empática podrían comprender la

muerte como una posible liberación cuando el sufrimiento alcanzaría niveles extremos. Este resultado coincide con Maza Cabrera et al. (2009) y Sevilla-Casado et al. (2012), quienes sostienen que, en determinados contextos asistenciales, la muerte puede adquirir el significado de cese del sufrimiento más que del fracaso profesional. Según Frankl (1971), se podría interpretar esta actitud como el reconocimiento del sufrimiento humano y de la búsqueda de sentido frente a situaciones límite, sin implicar necesariamente una valoración positiva de la muerte.

Por el contrario, en Ardel (2007) y Koenig (2007), no se encontraron asociaciones entre empatía y aceptación de acercamiento o evitación de la muerte, lo que sugiere relativa independencia entre la capacidad empática y las dimensiones espirituales o religiosas. En cuanto a la evitación de la muerte, la exposición frecuente a situaciones críticas podría reducir las conductas evitativas sin disminuir necesariamente el impacto emocional que dichas experiencias generan (Abalo et al., 2008).

Este hallazgo coincide parcialmente con Marchán Espinosa (2016), quien describió importantes dificultades de afrontamiento y una marcada necesidad de apoyo institucional en profesionales sanitarios. En cambio, difiere de investigaciones realizadas en cuidados paliativos y unidades de cuidados intensivos, en las que predominó una actitud de mayor aceptación (García Avendaño et al., 2018; González Otaiza, 2022). Una explicación ante esta diferencia radicaría en las condiciones propias del contexto laboral, ya que mientras los equipos de cuidados paliativos reciben formación específica sobre el proceso de morir y el acompañamiento al final de la vida, los policías, bomberos y otros intervinientes suelen actuar en escenarios inesperados, violentos o traumáticos, donde la prioridad inmediata es preservar la vida y no elaborar psicológicamente la experiencia de la muerte (Figley, 2002; Hernández García, 2017; Maglia, 2020).

En cuanto al nivel promedio de empatía encontrado en la muestra, se evidenció una

media moderadamente superior a la media estadísticamente reportada por el test aplicado [TEQ] (Carballo et al., 2023). En relación con los niveles promedios de los dominios del constructo actitud ante la muerte evaluados mediante el PAM-R (Schmidt Río-Valle, 2007), los valores más altos registrados fueron en las dimensiones miedo a la muerte, aceptación de escape y evitación de la muerte.

Teniendo en cuenta la variable sexo/género, no se registraron diferencias estadísticamente significativas, es decir, se halló que todos los profesionales presentaron niveles moderados en el constructo de empatía (Femenino $M=46,68$; Masculino $M=47,58$) y, en relación con la variable actitud ante la muerte, los dominios predominantes fueron el miedo a la muerte (Femenino $M=21,37$; Masculino $M=19,94$), aceptación de acercamiento (Femenino $M=30,66$; Masculino $M=29,48$) y la evitación de la muerte (Femenino $M=18,78$; Masculino $M=19,73$). Estos resultados indicarían que los profesionales evaluados poseen niveles de empatía moderados a levemente altos acordes con las exigencias de su práctica cotidiana. Este hallazgo coincidió con investigaciones desarrolladas en profesionales expuestos a situaciones críticas, las cuales describieron a la empatía como una competencia esencial para comprender el sufrimiento ajeno, favorecer la toma de decisiones y establecer vínculos de ayuda eficaces (Bail Pupko et al., 2017; López Marín, 2018; Valdivia-Devia, 2024).

A partir de la perspectiva de Rogers (1957), los mencionados resultados destacan que la empatía constituye una condición necesaria para comprender la experiencia subjetiva del otro sin perder la propia identidad, aspecto especialmente relevante en profesiones donde la intervención ocurre bajo condiciones de elevada exigencia emocional. Además, estos resultados coincidieron con la validación argentina del TEQ realizada por Carballo et al. (2023), que describe diferencias moderadas y no significativas entre hombres y mujeres, y con investigaciones que señalaron que la empatía depende en mayor medida de la experiencia

profesional, la formación y el contexto laboral que del sexo biológico (Bail Pupko et al., 2017; Huarcaya-Victoria et al., 2019; Raba et al., 2021).

En síntesis, en conjunto los resultados refutaron la hipótesis planteada, debido a que la empatía no se asoció de manera directa con la aceptación neutral ni con la aceptación de acercamiento, como se esperaba inicialmente; por el contrario, se vinculó con dimensiones que reflejaron una mayor implicación emocional frente al sufrimiento y a la muerte (Rogers, 1975; Figley, 2002; Decety et al., 2004). En este sentido, el principal aporte de la presente investigación consistió en ampliar el conocimiento disponible sobre una población escasamente estudiada fuera del ámbito hospitalario al incorporar policías, bomberos, emergentólogos y otros profesionales expuestos cotidianamente al riesgo de vida; los resultados aquí hallados mostraron que la empatía no puede entenderse exclusivamente como un recurso protector, ni como un factor de vulnerabilidad (Rogers, 1975; Figley, 2002; Decety et al., 2004); más bien, la empatía emerge como una capacidad relacional cuyo impacto dependerá de los recursos psicológicos, la formación recibida y el sostén institucional disponible para elaborar el contacto permanente con el sufrimiento y la muerte (Marchán Espinosa, 2016; Bail Pupko et al., 2017; Hernández García, 2017).

Por otra parte, la presente investigación fue una aproximación al estudio de la relación entre la empatía y la actitud ante la muerte incorporando profesionales (bomberos, policías, etc.) que realizaban su labor en contextos de riesgo de vida de terceros, por lo que se deben considerar las siguientes limitaciones a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño fue no experimental, transversal y correlacional, lo cual impide establecer relaciones causales entre las variables permitiendo únicamente identificar asociaciones en un momento dado de tiempo. A la vez, la muestra fue no probabilística, con predominio de personal policial y de bomberos, lo que limita la generalización de los hallazgos y la comparación entre profesiones.

Otra limitación corresponde al empleo de instrumentos de autoinforme, susceptibles a sesgos de deseabilidad social. Además, aunque el cuestionario sociodemográfico relevó variables potencialmente apreciables (como religión, pérdidas recientes, frecuencia de exposición a la muerte, capacitación específica y percepción del impacto de la profesión sobre la muerte), éstas no fueron incorporadas al análisis estadístico dada la falta de homogeneidad en relación con la muestra de estudio. Del mismo modo, no se evaluaron variables psicológicas que podrían mediar o moderar la relación observada, tales como burnout, fatiga por compasión, resiliencia, regulación emocional, afrontamiento, personalidad o sentido de vida.

A partir de estas limitaciones, futuras investigaciones podrían desarrollar estudios longitudinales y diseños mixtos que permitiesen comprender la evolución de ambos constructos durante la trayectoria profesional. A la vez, sería conveniente ampliar el tamaño muestral, equilibrar la representación de las distintas profesiones e incorporar variables mediadoras y moderadoras que permitan explicar con mayor profundidad la relación entre la empatía y la actitud ante la muerte. Finalmente, resulta pertinente diseñar y evaluar programas de formación orientados al desarrollo de competencias emocionales, reflexión existencial, supervisión profesional y estrategias de autocuidado, favoreciendo una práctica asistencial que combine sensibilidad empática con bienestar psicológico.

Conclusión

En conclusión, esta investigación representa uno de los primeros trabajos desarrollados en Argentina que analiza la relación entre la empatía y la actitud ante la muerte en una muestra integrada por policías, bomberos, personal de enfermería y otros profesionales que intervienen en contextos con riesgo de vida.

A nivel científico, los resultados obtenidos en dicho estudio permitieron ampliar el

conocimiento acerca de la interacción entre ambas variables fuera del ámbito exclusivamente hospitalario. A nivel práctico, revelaron la necesidad de fortalecer programas de formación y cuidado emocional que permitieran sostener niveles de empatía saludables frente al sufrimiento humano. Por último, a nivel social, contribuyó a comprender mejor las demandas psicológicas de quienes asumen la responsabilidad de proteger y asistir a otras personas en situaciones límite, favoreciendo instituciones de mejor calidad y una atención más humana y ética.

En suma, incrementar estos recursos favorecería a sostener una empatía saludable y a disminuir el riesgo de fatiga por compasión, desgaste profesional y otras consecuencias derivadas de la exposición continua a la muerte y al sufrimiento humano. Reconocer el impacto psicológico que implica trabajar cotidianamente en escenarios donde la vida y la muerte forman parte de la práctica profesional constituye un paso necesario para promover organizaciones más saludables y sistemas de apoyo acordes con las exigencias emocionales de estas profesiones.

Finalmente, esta investigación reafirma que comprender la muerte implica, al mismo tiempo, comprender la vida; quienes acompañan diariamente el sufrimiento humano no sólo requieren conocimientos técnicos y competencias profesionales, sino también espacios que les permitan elaborar el significado de aquellas experiencias que interpelan su propia existencia.

Referencias Bibliográficas

- Abalo, J. G., Abreu, M. D. C. L., Pérez, C. M., Roger, M. C., Méndez, M. C. R., Pedreira, O. I., ... y Arisso, D. M. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento psicológico*, 4(10), 32-32.
- Álvarez de la Arena, R. (2023). *Miedo a la muerte y empatía en alumnos de enfermería*.

Proyecto de investigación [Trabajo de fin de máster, Universidad de Oviedo].

Repositorio Institucional de la Universidad de Oviedo (digiBUO).

https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/68332/TFM_RebecaAlvarezdelaArena.pdf?sequence=4

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Ardelt, M. y Koenig, C. S. (2007). *The importance of religious orientation and purpose in life for dying well: Evidence from three case studies. Journal of Religion, Spirituality y Aging, 19*(4), 61–79. https://doi.org/10.1300/J496v19n04_05

Bail Pupko, V., Becerra, L., y Vidal, V. (2017). Perfil de voluntarios para la asistencia en emergencias y catástrofes: La empatía y el entrenamiento en primera atención psicológica. *Anuario de Investigaciones, 24*, 137–143.

Carballo, M., Costa-Ball, C. D., Bidegain, M., y Álvarez, J. (2023). *Validación del “Toronto Empathy Questionnaire (TEQ)” en una muestra uruguaya. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica, 69*(3), 101–114. <https://doi.org/10.21865/RIDEP69.3.09>

Decety, J. et al., (2004). *The functional architecture of human empathy. Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews.*

Diez Noblecilla, D. C., y Sparrow Tejero, M. F. (2019). Empatía y autoeficacia en voluntarios bomberos de diversas bombas de Lima Metropolitana. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Perú. DOI: <https://doi.org/10.19083/tesis/626019>

Edo Gual, M. (2015). *Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya* [Tesis doctoral, Universitat Internacional de Catalunya]. TDX – Tesis Doctorals en Xarxa.

<https://hdl.handle.net/10803/317380>

Estrada, L. (2020) – *La psicología humanista-existencial I* (USAM, LEC PSIC 0073).

Figley, C. R. (2002). *Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care*. Journal of Clinical Psychology, 58(11), 1433–1441.

Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido* (12.^a ed.). Editorial Herder.

Frankl, V. E. (2003). *Psicoterapia y existencialismo: Escritos selectos sobre logoterapia* (2.^a ed.). Herder.

Garaigordobil, M., y García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18(2), 180–186.

García-Avendaño D.J., Ochoa-Estrada M.C., Briceño-Rodríguez I.I. *Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo*. Duazary. 2018 septiembre; 15 (3): 281-293. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2421>

González Otaiza, M. M. (2022). *Competencias ante la muerte en profesionales de las unidades de cuidados paliativos públicas de adultos de Chile* [Tesis de maestría, Universidad del Desarrollo]. Repositorio Institucional Universidad del Desarrollo. <https://hdl.handle.net/11447/9205>

Hernández García, M. del C. (2017). *Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos*. Psicooncología, 14(1), 53–70. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55811>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Huarcaya-Victoria, J., Cano-Uría, B., Villanueva-Ruska, A., y de la Cruz-Oré, J. (2019). Evaluación de los niveles de empatía médica en médicos residentes de un hospital general en Perú. *Educación Médica*, 20(Supl. 2), 59–66.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.04.004>

IBM SPSS Statistics (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Versión 25.0) [Software].

IBM Corp.

Lemos, V., Vargas Rubilar, J., y López, M. B. (2018). Validación de una versión breve del Test de Empatía Cognitiva y Afectiva en población universitaria argentina. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(1), 41–57. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.63787>

López Marín, A. (2018). *La empatía como proceso: Una mirada centrada en la persona y experiencial*. *Revista Enfoque Humanístico*, (32).

Maglia, E. P. (2020). *El morir y los muertos en la profesión policial: El caso de la Policía Federal Argentina*. Tesis doctoral, Universidad Nacional de San Martín.

Marchán Espinosa, S. (2016). *Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología*. *NURE Investigación*, 13(82), 1–12. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/789>

May, R., Angel, E., y Ellenberger, H. F. (Eds.). (1958). *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. Basic Books.

Mayor Guerra, E., Del Río Caballero, G., Tabares Cumplido, G., y Fernández Pérez, S. R. (2002). *Empatía: ¿Conoce su significado?* *MEDISAN*, 6(2), 56–61

Maza Cabrera, M., Zavala Gutiérrez, M. y Merino Escobar, J. M. (2009). Actitud Del Profesional De Enfermería Ante La Muerte De Los Pacientes. *Ciencia y Enfermería*, 15 (1), 39-48. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100006>

Morales Ramón F., Ramírez López F., Cruz León A., Arriaga Zamora R. M., Vicente Ruíz M. A., De la Cruz García C., García Hernández N. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. *Revista Cuidarte*. 2021; 12(1): e1081. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1081>

Neimeyer, R. A. (Ed.). (1994). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and*

- application*. Taylor y Francis.
- Olivera, J., Braun, M. y Roussos, A.J. (2011). Instrumentos Para la Evaluación de la Empatía en Psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX (2), 121-132.
- Raba, I., Hauché, R. A., y Gago Galvagno, L. G. (2021). Empatía y habilidades comunicativas en profesionales de la salud que trabajan con enfermedades crónicas pediátricas. *Revista de Investigación en Psicología*, 24(1), 55–72.
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.20132>
- Rodríguez, G. (2012). *La muerte anticipada*. MEDPAL. Interdisciplina y Domicilio, 4(5), 27–29.
- Rogers, C. R. (1975). *Empathic: An unappreciated way of being*. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Rogers, C. R. (1981). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
- Sáez Álvarez, E. J. (2016). *Actitudes hacia la muerte y su relación con el bienestar en estudiantes de primer curso de grado en enfermería* [Tesis doctoral, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir].
- Sanjorge Carretero, P. (2015). *Las actitudes de los profesionales sanitarios ante la muerte y hacia la presencia de familiares durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar en la emergencia extrahospitalaria* [Trabajo de fin de máster, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Institucional de la Universidad Pontificia Comillas. <http://hdl.handle.net/11531/1046>
- Schmidt Río-Valle, J. (2007). *Validación de la versión española de la "Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte" y del "Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte": Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio Institucional DIGIBUG. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/1563>

- Sevilla-Casado, M., Ferré-Grau, C., y Tahta-Haddouch, M. (2012). *Enfermería y la ansiedad ante la muerte. Ámbito asistencial y experiencia en acompañamiento*. Revista Rol de Enfermería, 35(10), 52–57.
- Spreng, R. Nathan, McKinnon, Margaret C., Mar, Raymond A., y Levine, Brian (2009). *The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures*. Journal of Personality Assessment, 91(1), 62–71. <https://doi.org/10.1080/00223890802484381>
- Suriá Martínez, R., Navarro Ferris, J. C., y Samaniego, J. A. (2021). Dimensiones de empatía en estudiantes de Psicología. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.32457/ejpad.v9i1.1405>
- Urquiza, V. y Casullo, MM (2006). EMPATÍA, RAZONAMIENTO MORAL Y CONDUCTA PROSOCIAL EN ADOLESCENTES. *Anuario de Investigaciones*, XIII (), 297-302.
- Valdivia-Devia, M. (2024). Actitudes e intervención policial ante la violencia contra la mujer en Chile. Sexismo y empatía. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 16(4), 96-106.
- Vieytes, R. (2004). *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas*. Buenos Aires, Argentina: De las Ciencias.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

Anexos

a.Consentimiento Informado

Empatía y Actitud ante la Muerte en Profesionales que intervienen en Contextos con Riesgo de Vida.

¡Hola! Mi nombre es **Ricardo David Smal**.

Actualmente, estoy realizando mi Tesis de Grado para obtener la Licenciatura en Psicología en la Universidad Abierta Interamericana (UAI).

Esta investigación, es acerca de " *Empatía y Actitud ante la Muerte en Profesionales que intervienen en Contextos con Riesgo de Vida* ".

ATENCION: Para participar es necesario que seas mayor de 18 años y Profesional activo a la fecha de responder este cuestionario.

Este proceso te tomara aproximadamente **30 minutos** y el cuestionario consta de **4 secciones** correctamente identificadas cada una de ellas.

Toda la información que proporciones será tratada de forma confidencial y utilizada únicamente para fines de investigación académica. Los datos serán almacenados de manera segura, garantizando el anonimato.

¡A tener en cuenta! No hay respuestas correctas o incorrectas y te pido total sinceridad al momento de responderlas.

Tu contribución será valiosa para obtener mi Título de Grado.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

1. Acepto

Marca solo uno.

SI ☐ NO ☐

b.Cuestionario Sociodemográfico

Este cuestionario tiene como objetivo la recolección de datos personales de los participantes

1. Edad _____

2. Sexo (Marca sólo uno)

Femenino ☐ Masculino ☐ Prefiero no decirlo ☐ Otro ☐

3. Estado Civil (Marca sólo uno)

Soltera/o ☐ Casada/o ☐ Separada/o ☐ Divorciada/o ☐

Viuda/o ☐ En Pareja ☐

4. ¿Practicar regularmente algún tipo de Religión o Creencia Espiritual? ¿Cuál? (Marca sólo uno)

Catolicismo ☐ Judaísmo ☐ Budismo ☐ Evangelismo ☐

Otro ☐ Ninguna ☐

5. Profesión / Actividad (Marca sólo uno)

Enfermera/o ☐ Policía ☐ Emergentólogo ☐ Bombero ☐ Otro ☐

6. Años de experiencia en su Profesión / Actividad (Marca sólo uno)

1 a 5 años ☐ 6 a 10 años ☐ 11 a 15 años ☐ 16 a 20 años ☐

Más de 20 años ☐

7. Relación personal y/o laboral con riesgo de vida o la muerte de un tercero (Marca sólo uno)

Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Ocasionalmente ☐

Nunca ☐

8. ¿Cuándo fue la última vez que recibió capacitación o entrenamiento en temas relacionados con atención en emergencias de personas en situación de muerte o con riesgo de vida? (Marca sólo uno)

en el último año ☐ entre 1 y 2 años ☐ más de 2 años ☐ nunca ☐

9. ¿Ha sufrido pérdida de algún familiar, amigo o ser querido en los últimos 2 años?

(Marca sólo uno)

SI ☐ NO ☐

10. ¿Cómo calificaría su nivel de “facilidad” al hablar sobre el tema de la muerte?

(personal o de un tercero) (Marca sólo uno)

Muy cómoda/o ☐ Algo cómoda/o ☐ Neutra/o ☐ Algo
incómoda/o ☐ Muy incómoda/o ☐

11. ¿Cree Ud. que su profesión influyó en la percepción que tiene sobre la muerte?

(personal o de un tercero) (Marca sólo uno)

SI ☐ NO ☐

c.Cuestionario de Empatía de Toronto (TEQ)

Señale el grado en que estas afirmaciones se ajustan al modo que Ud. se conoce.

Trate de ser lo más honesta/o posible. (Marque sólo una opción) (Versión Uruguaya)

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo				
0	1	2	3	4				
1.Cuando otras personas demuestran entusiasmo, tiendo a sentirme entusiasmado también.				0	1	2	3	4
2. Los problemas de otras personas me afectan poco. (I)*				0	1	2	3	4
3. Me molesta que alguien sea tratado de manera poco respetuosa.				0	1	2	3	4
4. Cuando alguien cercano a mí está contento. mi actitud no cambia. (I)				0	1	2	3	4
5. Me gusta cuando consigo que otras personas se sientan mejor.				0	1	2	3	4
6. Tengo una actitud cariñosa y considerada hacia personas que tienen menos suerte que yo				0	1	2	3	4

7. Cuando un(a) amigo(a) empieza a contarme sus problemas trato de cambiar de tema (I)	0	1	2	3	4
8. Soy capaz de darme cuenta cuando los demás están tristes incluso si no me dicen nada al respecto	0	1	2	3	4
9. En general. “sintonizo” con los estados de ánimo de los demás.	0	1	2	3	4
10. No soy comprensivo con la gente que se causa a sí misma enfermedades severas (I)	0	1	2	3	4
11. Me molesta cuando alguien llora (I)	0	1	2	3	4
12. En realidad no me interesa mucho cómo se sienten los demás (I)	0	1	2	3	4
13. Cuando veo que otra persona está muy preocupada. siento una necesidad urgente de ayudar.	0	1	2	3	4
14. Cuando veo que una persona es tratada de manera injusta. no siento mucha lástima por ella. (I)	0	1	2	3	4
15. Encuentro absurdo que la gente ande buscando desesperadamente la felicidad (I)	0	1	2	3	4
16. Cuando veo que se están aprovechando de alguien me dan ganas de protegerlo.	0	1	2	3	4

*(I)=Ítems invertidos

d.Perfil Revisado de Actitud hacia la Muerte (PAM-R) (Marque sólo una opción)

(Versión Española)

Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lea cuidadosamente y responda según su grado de acuerdo o desacuerdo en relación hacia ella. La calificación que Ud. considere la mas adecuada, respeta la siguiente estructura.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo				
1	2	3	4	5				
1. La muerte es sin duda una experiencia horrible.				1	2	3	4	5

2. La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.	1	2	3	4	5
3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.	1	2	3	4	5
4. Creo que iré al cielo cuando muera.	1	2	3	4	5
5. La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
6. La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.	1	2	3	4	5
7. Me trastorna la finalidad de la muerte.	1	2	3	4	5
8. La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva.	1	2	3	4	5
9. La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.	1	2	3	4	5
10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.	1	2	3	4	5
11. La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.	1	2	3	4	5
12. Siempre intento no pensar en la muerte.	1	2	3	4	5
13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.	1	2	3	4	5
14. La muerte es un aspecto natural de la vida.	1	2	3	4	5
15. La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna.	1	2	3	4	5
16. La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.	1	2	3	4	5
17. No temería a la muerte ni le daría la bienvenida.	1	2	3	4	5
18. Tengo un miedo intenso a la muerte.	1	2	3	4	5
19. Evito totalmente pensar en la muerte.	1	2	3	4	5
20. El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.	1	2	3	4	5
21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco.	1	2	3	4	5
22. Ansio reunirme con mis seres queridos después de morir.	1	2	3	4	5
23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal.	1	2	3	4	5

24. La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.	1	2	3	4	5
25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.	1	2	3	4	5
26. Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.	1	2	3	4	5
27. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.	1	2	3	4	5
28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.	1	2	3	4	5
29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	1	2	3	4	5
30. La muerte no es buena ni mala.	1	2	3	4	5
31. Espero una vida después de la muerte.	1	2	3	4	5
32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.	1	2	3	4	5