

EL TEMOR Y LA CULPA EN LAS DECISIONES ÉTICAS EN MEDICINA

Basado en proyecto Tesis presentado y aprobado por la Pontificia Universidad Católica de Chile como parte de los requisitos para optar al grado de Doctor en Psicología

Por

Dra. PAULA BEDREGAL GARCIA

Director de Tesis: Dr. Jorge Manzi

Comisión de Tesis: Dr. Roberto González,
Dr. Eduardo Barros,
Dra. Paulina Taboada MD (Facultad de Medicina)

INDICE ESQUEMÁTICO

I. INTRODUCCION

II. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

1. TEORÍA DE LA TOMA DE DECISIONES

1.1 Teorías normativas de la toma de decisiones

1.2 Teorías descriptivas de la toma de decisiones

2. TEORÍA DE LA TOMA DE DECISIONES ÉTICA

2.1 Modelos teóricos o de base filosófica

2.2 Modelos de base empírica

3. LAS EMOCIONES EN LA TOMA DE DECISIONES

3.1 Aproximaciones para el estudio de las emociones

3.2 Emociones y toma de decisiones éticas.

3.2.1 El miedo bajo la “Terror Management Theory”

3.2.2 La culpa bajo la teoría de Lewis (1971)

III. SINTESIS DEL MODELO E HIPÓTESIS

IV. OBJETIVOS

V. METODOLOGÍA

VI. RESULTADOS DEL PILOTAJE

REFERENCIAS

I. INTRODUCCIÓN

¿Cuáles son los factores y mecanismos psicológicos que explican o determinan que los individuos tomen determinadas decisiones? ¿Qué importancia tienen las emociones en este proceso? Estas son algunas de las preguntas básicas que subyacen al estudio sobre la toma de decisiones (TD) en psicología cognitiva (Medin, Ross & Markman, 2005), social (Mellers, Schwartz & Cooke, 1998) y aplicada (Bazerman, 2002), y que, para efectos de este proyecto se proponen para el análisis de la toma de decisiones éticas en atención de salud.

La investigación sobre la toma de decisiones éticas (TDE) se centra desde hace aproximadamente 15 años en analizar cuáles son los factores y mecanismos que explican la resolución de dilemas (Jones, 1991). En el estudio de la TDE se describen cuatro etapas, las que se pueden asociar a diversos mecanismos psicológicos y que son afectadas por diversos factores. Estas son: la percepción del problema ético o dilema; el juicio ético respecto del dilema, la intención de acción (priorización sobre el curso de acción a seguir) y finalmente la acción o conducta (Trevino, 1986). La TDE parte con la apreciación de dilemas éticos. Estos, por su naturaleza, son problemas complejos sobre los cuales se debe elegir una opción entre dos o más alternativas (explícitas o implícitas), todas posibles y “buenas” según el paradigma ético que las sustente, o el valor/principio que predomine. Kidder (2003) ha definido de manera operativa cuatro prototipos de dilemas éticos en la vida cotidiana, lo que permite su análisis y estudio. Estos son dilemas entre la verdad y la lealtad; la posición individualista y comunitaria; consideraciones de corto plazo y de largo plazo y; la justicia versus la misericordia (o compasión).

Estos prototipos de dilemas éticos suelen presentarse en la atención de salud, en situaciones de priorización del uso de recursos; en la implementación de marcos legales, temporales y organizacionales; en las relaciones laborales incluida la relación médico-paciente, en el desempeño simultáneo de diversos roles (por ejemplo, el papel profesional versus el gerencial) y en los conflictos de interés (Meslin, Lemieux-Charles & Wortley, 1997).

En la actualidad, existe particular interés en investigar cómo afectan las emociones (Gaudine & Thorne, 2001) la percepción de dilemas, el juicio ético y las acciones subsecuentes (Hardi & Carlo, 2005). Este énfasis en el tomador de decisiones contrasta con la investigación bajo modelos racionales y de racionalidad limitada, que conciben a los decisores como sujetos con identidad neutra, cuyo comportamiento se rige por la información disponible que es procesada linealmente, de manera consciente, abstracta, lógica y teleológica (Frisch & Clamen, 1994). Sin embargo, autores contemporáneos sostienen que el tomador de decisiones no es neutro y utiliza sus emociones de manera consciente o inconsciente para generar aprendizajes y crear cambios en las organizaciones y contextos (Hatchuel, 2001; Langley, Mintzberg, Pitcher, Posada & Sainy-Macary, 1995; Sayegh, Anthony & Perrewé, 2004).

En apoyo a esta línea, estudios en neurociencia de la cognición social muestran que es insuficiente conceptualizar la TD como un proceso lógico, en que la emoción se controla como un factor de sesgo. Estos estudios (Greene, Sommerville, Nystrom, & Cohen 2001; Heekeren, Wartenburger, Schmidt, Schwintowsku & Villringer 2003; Moll, Oliveira-Souza, Eslinger 2001) indican que la emoción juega un papel importante en el reconocimiento de un dilema ético.

Si bien lo anterior es bastante claro, el efecto específico de las emociones sobre la TDE se ha estudiado parcialmente. Esto se debe -en parte- a que las primeras investigaciones en TD estudiaron las emociones según su valencia (positiva/negativa) y capacidad de *arousal* (excitante o no) y no según su tipo. Por ejemplo, un estudio clásico de Johnson y Tversky (1983) en toma de decisiones - y que ha servido de modelo experimental en esta área- mostró que aquellos participantes inducidos a un estado emocional negativo hacen estimaciones más pesimistas sobre frecuencias de muerte que aquellos participantes en que se les indujo un estado positivo. Este efecto se consideró prototípico, ya que diversos estudios mostraron que el ánimo o disposición negativa o positiva incrementa estimaciones de similar valencia. Sin embargo, Lerner y Keltner (2000) encontraron que los resultados dependen del tipo de emoción y no de la disposición general, y que el resultado final (conducta o intención de acción) depende de la percepción y el juicio emitido. Estos autores

analizaron como dos emociones incidentes de la misma valencia negativa (temor y rabia) afectaban de manera diversa la percepción de riesgo frente a una situación hipotética. Ellos encontraron que las personas con temor tienden a hacer juicios más pesimistas sobre eventos futuros, mientras que las personas con rabia tienen a hacer juicios más optimistas.

¿Qué sucede en la Medicina con las emociones? Es reconocido que el ejercicio médico desencadena una amplia gama de emociones, las que son frecuentemente ignoradas durante el ejercicio profesional y en la educación médica (Kasman, 2001; Smith & Kleinman, 1989). Del mismo modo, las emociones o el estado emocional del médico parecen influir en el ejercicio clínico. Esto ha llevado a que en los últimos años se enfatice la importancia de considerarlas en el currículum médico (Novack, Suchman, Clark, Epstein, Najberg & Kaplan, 1997). La investigación ha mostrado que los médicos que son capaces de reconocer las propias emociones y manejarlas establecen una mejor relación médico-paciente y son menos proclives a estados depresivos y *burn-out* (Kasman, Fryer-Edwards & Braddock III, 2003). Diversas emociones se generan en la medicina, entre las positivas destacan la felicidad, el orgullo y la gratitud. Entre las emociones negativas se observan con mayor frecuencia el temor, la culpa, la tristeza y la vergüenza (Kasman, Fryer-Edwards & Braddock III, 2003).

Los antecedentes en la investigación médica señalan que el temor se asocia con la judicialización de la medicina. Al temor se le atribuye la conducta médica –por ejemplo- de realizar un alto número de exámenes clínicos sin justificación científica clara (Charles, Wilbert & Kennedy, 1984). Por otra parte la culpa se asocia a la percepción de falta de conocimiento médico, de incapacidad para resolver un problema de salud o a los malos resultados clínicos (Kasman, Fryer-Edwards & Braddock III, 2003). La culpa puede desencadenar efectos indeseados en la relación médico-paciente, como la tendencia a congraciarse con el paciente por cualquier vía, lo que en ocasiones puede dañar el bienestar del enfermo (Christensen, Levinson & Dunn, 1992), como también afectar la salud del médico (Charles, 2001).

La investigación en psicología provee una oportunidad para profundizar el conocimiento al respecto. Diversos marcos conceptuales se han utilizado para explicar los efectos del temor y la culpa en la toma de decisiones.

Uno de interés es la teoría llamada “Terror Management Theory” (TMT) (Greenberg, Solomon & Pyszczynski, 1997). La TMT plantea que la saliencia de la mortalidad, genera una yuxtaposición entre el deseo de vivir con la certidumbre de la inevitabilidad de la muerte, lo que da origen a un terror paralizante (miedo/amenaza/ansiedad), que se maneja de manera dual mediante un “*buffer cultural*” a la ansiedad. (Pyszczynski, 2004). Este consiste en una visión cultural del mundo que impone orden, significa y otorga permanencia a la existencia y a la autoestima. Las evidencias señalan que esta emoción determina decisiones más apegadas a los valores sustentados por la propia visión del mundo (Florian & Mikukincer, 1997). Estos autores han mostrado también que la saliencia de mortalidad lleva a evaluaciones más duras hacia aquellos que se perciben como transgresores de normas sociales (delincuentes) y más favorables hacia aquellos que están de acuerdo con las normas sociales de comportamiento y que adhieren a una misma identidad grupal (jueces). Del mismo modo Harmon-Jones, Greenberg, Solomon & Simon (1996) encuentran mediante el paradigma grupal mínimo que la saliencia de la mortalidad intensifica el sesgo intergrupal. De acuerdo a los autores, no se requeriría de hostilidad intergrupal previa o la presencia de conflictos de interés para que la saliencia de la mortalidad produzca este sesgo.

¿Qué sucede, entonces, en el caso de dilemas éticos? En situaciones de decisión en que está en tela de juicio de manera implícita nuestra visión valórica del mundo, se esperaría que la saliencia de la mortalidad (miedo) por una parte produjera una percepción de mayor gravedad del dilema y una tendencia a establecer juicios y acciones que explícitamente confirmen la propia visión del mundo.

Otra emoción interesante de estudiar con relación a TDE es la culpa, una de las emociones morales clásicas. Esta es una emoción secundaria (a diferencia del miedo), ya que está más relacionada con el desarrollo del sí mismo y por tanto requiere de la experiencia social

(Izard & Ackerman, 2000). La culpa, siguiendo a Lewis (1971), implica una evaluación negativa de una conducta particular, a diferencia de la vergüenza en que se involucra una evaluación negativa global del sí mismo. La evidencia empírica muestra que aquellas personas con culpa suelen ser más capaces de empatizar con otros y aceptar la responsabilidad por eventos negativos interpersonales (Tangley & Dearing, 2002). Las explicaciones a esta tendencia se relacionan, al igual que en el temor con la necesidad de disipar la emoción (Forest, Clark, Mills & Isen, 1979). Una de las críticas a esta postura es que la mayor parte de las investigaciones en esta área dan por hecho el que las personas sienten culpa, sin confirmar que efectivamente se trata de esta emoción (Ketelaar & Au, 2003) y que las evidencias provienen de los efectos de la culpa en contextos que son irrelevantes a las condiciones que generaron la emoción (Ketelaar & Clore, 1997). Poca investigación ha analizado el efecto de la culpa en el proceso de TD, en particular sobre la percepción de dilemas. Este aspecto no es menor dado que la poca evidencia disponible muestra que los sujetos con culpa, toman decisiones que contravienen sus intereses individuales y que podrían ser considerados inapropiados desde una perspectiva racional, pero que podrían corresponder a funciones de información que se interpretan con sentidos diferentes como puede ser ganancias personales en el largo plazo (Ketelaar & Au, 2003) o una visión más comunitaria. Es posible entonces suponer que frente a dilemas éticos la percepción de gravedad será menor, si lo comparamos con el temor, y que el juicio se orientará hacia decisiones más prosociales colectivas y más ligados a efectos de largo plazo.

Con estos antecedentes, el planteamiento específico de esta tesis es analizar si existen diferencias en la percepción, juicio e intención de acción en el proceso de TDE frente a dilemas de atención de salud en estudiantes de medicina a los que se les induce de manera experimental emociones negativas (temor o culpa).

Se espera producir información relevante para un modelo de TDE que permita enriquecer los modelos normativos éticos y la discusión teórica, a la vez que implementar un área de investigación en el campo de la bioética y la psicología ética.

II. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

En esta sección se presenta el marco teórico que sustenta la propuesta. Estos antecedentes pretenden justificar dos aspectos: el por qué se propone utilizar un modelo de TDE de carácter descriptivo y las variables que se incorporan en el estudio.

En una primera parte se hace una breve reseña histórica sobre el desarrollo en el campo de la teoría de TD. En una segunda parte se discuten aspectos específicos de la TDE y finalmente, en una tercera se justifica a partir de la investigación empírica, las variables en estudio y las hipótesis.

1. TEORÍA DE LA TOMA DE DECISIONES

La TD se define como la generación, evaluación y selección de alternativas entre un conjunto de opciones relevantes (Medin, Ross & Markman, 2005), elección que siempre conlleva la percepción de cierto grado de incertidumbre y riesgo.

En el estudio de la TD se diferencian dos tipos de familias de modelos: los modelos basados en teorías normativas y aquellos basados en teorías descriptivas.

1.1. Teorías normativas de toma de decisiones

El conjunto de teorías normativas de TD enfatiza el cómo debería elegir un sujeto entre diversas acciones posibles bajo condiciones ideales (Baron, 2000). La mejor opción es aquella que permite lograr nuestros objetivos. Estas teorías se sitúan bajo el supuesto de racionalidad, son prescriptivos y establecen estándares para la evaluación de la TD.

Por muchas décadas el principal objetivo de la investigación en TD ha sido analizar las violaciones conductuales a la *Teoría de la elección racional* (Rational Choice Theory). Para esta teoría, la racionalidad se expresa como la decisión correcta compartida por experimentadores y sujetos que satisface la coherencia o consistencia interna en un conjunto de preferencias y creencias. Esta teoría ha predominado en las áreas económicas,

de las ciencias políticas, finanzas, marketing entre otras. Su objetivo central es la optimización, para lo cual los tomadores de decisiones deben aprender rápido a no cometer errores. Para los racionalistas del área económica, los errores en la TD se deben a falta de atención, ignorancia, falta de incentivos o preferencias no reveladas (Dawes, 1998).

Entre los modelos teóricos que han derivado de la Teoría de la elección racional se encuentran la *Teoría del Valor Esperado* (Bernoulli, 1954)¹ y la *Teoría de la Utilidad Esperada* (von Neuman & Morgenstern, 1944). Esta última supone que la valoración de un resultado depende de los objetivos del tomador de decisiones (utilidades), las que no varían según el contexto. También supone que los individuos conocen sus preferencias y valores. Si bien, con mayor poder explicativo, esta teoría no logra explicar la presencia de sesgos².

Frente a esta situación Simon (1957), planteó la existencia de una *Racionalidad Limitada*. Para Simon, las personas no toman decisiones perfectas u óptimas sino adecuadas, por lo que es necesario considerar los aspectos perceptuales y psicológicos que están detrás de la TD y que desvían la TD de un hombre prototipo “racional”. Este modelo intenta explicar las diferencias entre lo que los modelos normativos tradicionales predicen y lo que realmente hacen las personas. Para Simon las desviaciones se deben a nuestra incapacidad de evaluar varias alternativas de manera simultánea, y a nuestra tendencia a elegir alternativas lo “suficientemente buenas” (aunque no las óptimas), especialmente en situaciones de complejidad. Este autor señala la importancia del uso de reglas o heurísticas para reducir las demandas cognitivas que la TD implica³.

Otro avance teórico interesante en la línea del “hombre racional” es el propuesto por Kahneman y Tversky (1979). Utilizando los presupuestos de la Teoría de la utilidad

¹ Valor esperado de la opción= \sum (probabilidad de cada resultado * el valor (\$) del resultado)

² Los sesgos son cualquier desviación de una norma que asume los objetivos humanos. Existen diversos tipos de sesgos entre estos el efecto de certeza; efectos de contexto (presencia de otras opciones); el efecto de atracción (atracción por la opción más dominante); efectos del marco (como se presenta la información); efecto del costo perdido.

³ Las reglas o heurísticas son genéricas para ciertas situaciones y sintetizan información sobre cómo somos y cómo interactuamos con otros. Se distinguen diferentes tipos de heurísticas en las toma de decisiones: reglas que siguen a las decisiones individuales y sociales (Fiske, 1992 y Tetlock, 1996); reglas que siguen a las decisiones basadas en la razón; reglas que siguen a las decisiones basadas en las emociones, en particular el efecto del potencial arrepentimiento (Ritov & Baron, 1990); y reglas cognitivas como las heurísticas por disponibilidad (que se asocia a la distintividad o a la saliencia cognitiva) y la heurística de representatividad (similitud con una categoría).

esperada, pero incorporando aspectos psicológicos no normativos, los autores propusieron la *Teoría Prospectiva*. Esta teoría propone dos ajustes al concepto de utilidades:

- i. La utilidad de cada resultado posible se evalúa con relación a un punto de referencia más que a su utilidad absoluta para el tomador de decisiones.
- ii. Las utilidades no se multiplican por las probabilidades objetivas de ocurrencia sino por las probabilidades psicológicas de ocurrencia (función π).

Esta teoría ha sido cuestionada por que no da cuenta de todos los sesgos y por que se fundamenta también en un prototipo de hombre racional (Dawes, 1998).

1.2. Teorías descriptivas de la toma de decisiones

Las teorías descriptivas son las que Connolly y Koput (1997) han propuesto denominar teorías “naturalistas”. Es decir aquellas que tratan de explicar el porqué de las falencias de las teorías basadas en la utilidad. El fundamento de base de estas teorías presupone un hombre racional – emocional, en que las motivaciones, las emociones y el resguardo del sí mismo son fundamentales.

En esta línea destaca Beach (1993) quien planteó la llamada “*Teoría de la Imagen*”. Para este autor, en la TD se utilizan tres estructuras esquemáticas de conocimiento llamadas imágenes. La primera es la imagen de valor y corresponde a los principios del tomador de decisiones; la segunda corresponde a la imagen de la trayectoria, esto es las aspiraciones del tomador de decisiones; y la tercera corresponde a la imagen estratégica que se refiere a los varios planes de acciones que pueden acompañar a la imagen de trayectoria. Sobre la base de este trabajo y la teoría de Klein (1989), Dholakia y Bagozzi (2002) han propuesto un modelo que incorpora la motivación en el proceso de TD. Tanto los principios como la trayectoria potencial determinan la motivación de los sujetos. Esto quedaría reflejado en tres aspectos: el esfuerzo invertido en el proceso (tiempo, esfuerzo cognitivo y físico para acumular información y procesarla); la importancia atribuida al proceso (grado de interés en el proceso mismo); y la confianza en el proceso (juicio meta-cognitivo sobre el proceso mismo). Lo importante es que para estos autores, a diferencia de los racionalistas, la

motivación sería el motor fundamental para invertir tiempo en seleccionar la mejor opción para el logro de un objetivo.

Siguiendo en la línea de la motivación, March (1995) planteó que las personas toman decisiones basados en tres componentes: adecuación, identidad y reglas. El primer componente implica que la TD en situaciones sociales se inicia categorizando la situación de decisión. La categoría dependerá de la percepción de claves en el entorno. Así, la situación se define en términos de rutinas, personas, contextos, acciones y guiones, las que se tratarán de “parear” con situaciones similares de manera automática. Como lo señala Gigerenzer (2005), la información del ambiente está estructurada de tal forma que permite extraer una clave para tomar decisiones razonables. En el caso del segundo componente, los individuos con diferentes identidades sistemáticamente tomaran diferentes opciones. El último aspecto señalado por March, es que las decisiones cotidianas se basan en el uso de reglas. Estas serían heurísticas sociales, como por ejemplo la tendencia a utilizar una heurística de igualdad al dividir tareas (Messick, 1999), en vez de una heurística basada en utilidad. Para March es clave: el orden de presentación de los componentes de una tarea y las etiquetas usadas en la información entregada, ya que lo que primero se señala suele prevalecer en el juicio, y las atribuciones que hacemos suelen realizarse con la información disponible.

Algunos autores han propuesto la incorporación de las emociones en la TD. Por ejemplo, la *Teoría del Arrepentimiento* (Bell, 1982), (Loomes & Sugden, 1982) sugiere que tenemos la tendencia a sobreestimar los sentimientos de arrepentimiento cuando la diferencia entre los resultados esperados es grande. Esto enfatiza la importancia de las emociones anticipadas en la TD. En esta línea, también podríamos situar los aportes de Damasio (1996), quien plantea que las emociones son esenciales en las decisiones. El plantea la llamada “*hipótesis del marcador somático*”. Este marcador sería una instancia especial o sentimiento generado, de emociones secundarias, que se utiliza en la TD conscientes, que guiarían y facilitarían este proceso. Para Damasio, esto sería una función de sobrevivencia personal (para evitar el dolor y favorecer el placer) y social (para permitir que el grupo exista); por lo tanto es adaptativa. Complementariamente, desde la neurociencias las investigaciones

muestran que las emociones parecen ser el telón de fondo para las acciones racionales, y que el buen juicio y pensamiento racional depende fuertemente de esas señales emocionales (Bechara, Damasio, Granel & Damasio, 1997; Damasio, 1996).

Asimismo, autores como Langley, Mintzberg, Pitcher, Posada & Saint-Macary (1995) plantean que el tomador de decisiones no es sólo racional sino que es capaz de realizar una introspección y de actuar haciendo eco de sus emociones e inconsciente, memoria e imaginación. Estos autores hablan de una racionalidad ecológica, enfatizando la relación entre el medio ambiente y la mente. La evidencia en su apoyo surge del trabajo en estudios de carácter naturalista, no así en experimentos computacionales, en que el sello del experimentador está fuertemente presente (Hardman & Harries, 2002).

2. TEORÍA DE LA TOMA DE DECISIONES EN ÉTICA

Siguiendo una tradición paralela a la teoría de la toma de decisiones, en el estudio de la moralidad⁴ y la teoría ética⁵ se han descrito dos tipos de modelos básicos de toma de decisiones: los modelos teóricos o de base filosófica y los modelos diseñados con base empírica para ser guías de práctica.

2.1 Modelos teóricos o de base filosófica

En este grupo de modelos el de mayor influencia en el campo de la bioética ha sido el presentado por Beauchamp y Walters (1994). Los autores proveen un conjunto de métodos racionales⁶ y normativos para resolver discrepancias frente a dilemas éticos. Los métodos propuestos suponen una aproximación ética principalista. Esta consiste en identificar, para la toma de decisiones, la situación de cuatro principios morales fundamentales (autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia).

⁴ La moralidad o moral, se refiere a aquellas prácticas sociales que definen que es bueno y malo; estas prácticas en conjunto con las costumbres, reglas y modos de vida, se transmiten dentro de una cultura u organización de generación en generación (Beauchamps & Bowie, 2004).

⁵ La teoría ética o filosofía moral se refiere a la reflexión sobre la naturaleza y la justificación de las acciones. Existen varias teorías, entre éstas –las más conocidas- el utilitarismo y Kantianismo. Otras teorías más contemporáneas son: las teorías de derechos; la ética de la virtud; la ética feminista en particular la ética del cuidado.

La simpleza del modelo ha permitido su extensión a diversos campos. Sin embargo se critica su falta de fundamento teórico y empírico, ya que no describe el proceso y los determinantes de la TDE (Rocco & Claus, 2000). Por ejemplo, Hare (1991) mostró que los individuos toman decisiones éticas basándose en teorías éticas implícitas. Es así como en la TDE cotidiana el fundamento suele ser más bien deontológico⁷, mientras que en situaciones laborales o complejas éste sería utilitario⁸.

Rest & Narvaez (1994), con base a Kohlberg & Candee (1984), utilizando investigación empírica y teorías del desarrollo han planteado un *modelo cognitivo* llamado de “deliberación moral” de cuatro componentes (no necesariamente lineales) para la TDE y que no son virtudes ni rasgos de los individuos sino funciones psicológicas. El modelo, que en su conjunto no ha sido ampliamente estudiado, describe las siguientes funciones:

- a) Sensibilidad moral: es la interpretación de la situación en términos de cómo las acciones propias afectan el bienestar de otros. Esta etapa implica reconocer el dilema ético⁹ y ha sido una de las más estudiadas (Hunt & Vitell, 1992).
- b) Juicio Moral: es la formulación de un dictamen moral. La investigación sobre esta etapa en general ha mostrado que existe la tendencia a adherir a normas sociales o culturales.
- c) Motivación Moral: implica priorizar entre diversos valores para generar una intención de acción, y por tanto evaluar si se actuará o no.
- d) Carácter moral: es la ejecución e implementación de las intenciones de acción.

Para otros autores la TDE no es un conjunto de componentes sucesivos sino corresponde a una *estrategia global de acción* para el logro de un objetivo (Hare, 1991). A la base de esta aproximación está una postura utilitaria y normativa de la TD. Se fundamenta en la teoría de probabilidades y considera el principio de incertidumbre.

Por otra parte Hill, Glaser y Harden (1995), basadas en *teorías feministas*, proponen reconocer en cada etapa del proceso de decisión, los valores personales en juego, el rol del

⁶ Los pasos tradicionalmente descritos son: obtener información objetiva, proveer una definición clara del problema; adoptar un código moral; usar ejemplos y contra-ejemplos; analizar argumentos.

⁷ Se refiere a una ética de derechos y deberes

⁸ Se refiere a hacer el mayor bien para el mayor número de personas.

⁹ Un dilema ético o situación ética es aquella situación que tiene consecuencias para otras personas y que requiere de una opción o toma de decisión por uno o varios actores.

que toma las decisiones, la universalidad de las soluciones propuestas y el sentimiento que provoca durante y a posteriori la TDE. Estas autoras abren espacio para plantear el papel de la intuición en la toma de decisiones¹⁰.

Betan (1997) propuso un modelo de TDE desde una perspectiva *hermenéutica*. Para este autor, las dicotomías entre TDE racional e intuitiva; universal y subjetiva son falsas. La clave estaría en considerar que existe una dialéctica entre lo racional e intuitivo; universal y subjetivo. Plantea que lo compartido subjetivamente es lo que permite la “universalidad” y que esto es posible en un contexto cultural de interpretación. Por lo tanto el uso de principios o reglas se aplica en un universo personal y cultural de valores compartidos. Y que la “verdad ética” se construye en un marco de interpretación y sentido sobre uno mismo, los otros y el mundo.

Finalmente, Cottone y Claus (2000) proponen un modelo de TDE basado en un *constructivismo social*. Estos autores plantean que la TDE no es sólo un proceso psicológico personal, pues implica la interacción con otros individuos; y que la TDE es el resultado de “imposiciones” sociales más que internas. La TDE sucedería en un proceso iterativo de negociación, consenso y arbitrariedad; y que los procesos psicológicos individuales no estarían fuertemente involucrados ya que la decisión estaría “fuera de la cabeza del sujeto”.

2.2 Modelos de base empírica

Estos modelos por definición nacen o se sostienen en experiencias empíricas y tienen como propósito entender el proceso y a la vez contribuir a toma de decisiones éticas prácticas.

En la línea de buscar modelos con base empírica, Bazerman (2002), siguiendo a Simon, caracteriza la TDE por ser racional, limitada, heurística y adaptativa. Incorporando a la motivación en la TD (como lo sugiere Beach, 1993), este autor plantea que las percepciones, juicios y conductas de los sujetos están sesgadas hacia la preservación del sí

¹⁰ Como lo señala Faber (1999), la intuición es la naturalización de los valores y creencias individuales dominantes, que reconoce el papel de las emociones en su expresión. De acuerdo a Singer (2005), el estudio de la intuición desde un paradigma evolucionario (fundamentalmente a través de la neurociencia y genética) y cultural pudiera dar luces sobre la utilidad práctica de los modelos normativos en la TDE.

mismo; procesos que son fundamentalmente inconscientes. Esto es especialmente importante en el caso de los dilemas éticos, que a su vez involucran fuerzas sociales y motivacionales en la decisión. Chug, Bazerman y Banaji (2005) señalan que la eticidad no está limitada de una manera impredecible o no sistemática. Plantean que existen al menos tres sesgos sistemáticos motivacionales en la TDE: el creer que se es un ser moral (sobre el promedio de moralidad que el resto; Tenbrunsel, 1998), el creer que se es competente (ser mejor que otros; Messick, Bloom, Boldizer & Samuelson, 1985) y el creer que se es merecedor de bienes socioeconómicos (Dieckmann, Samuels, Ross & Bazerman 1998) y por lo tanto no susceptible a conflictos de intereses. Estos aspectos son importantes de reconocer ya que permiten entender por qué no visualizamos fácilmente los conflictos de intereses¹¹.

Al igual que en cualquier proceso de toma de decisiones, es posible distinguir dos grupos de factores que han sido estudiados en estos modelos descriptivos y que influyen o condicionan la TDE: del ambiente¹² y del tomador de decisiones (características demográficas, nivel de desarrollo, emociones incidentales o prospectivas, ánimo). El foco de este proyecto está puesto en las emociones incidentales del tomador de decisiones.

3. LAS EMOCIONES EN LA TOMA DE DECISIONES

3.1 Aproximaciones para el estudio de las emociones

Las emociones son sentimientos y pensamientos asociados, que se acompañan de estados fisiológicos, que varían en intensidad y que emergen en reacción a eventos u objetos (Goleman, 1996). La emoción se puede definir como un fenómeno multifacético que consiste en reacciones conductuales (ejemplo: correr), reacciones expresivas (ejemplo: sonreír), reacciones fisiológicas (ejemplo: aumentar la presión arterial) y sentimientos subjetivos (placer); los que se despliegan en el tiempo (Larsen & Fredrickson, 2003).

¹¹ En general los conflictos de intereses se definen como situaciones en que los intereses personales interfieren o parecen interferir de cualquier modo en los intereses de otro (Merrill Link Code of Ethics, 2003). Los conflictos pueden ser conscientes y suelen hacerse explícitos; pero también pueden ser invisibles, insidiosos o inconscientes (Moore, Loewenstein, Tanlu & Bazerman, 2003).

¹² Entre los factores ambientales estudiados destacan tres: la cultura organizacional (Bowen, 1991; Barnett & Vaicys, 2000) el contexto cultural (Husted, 2001) y la intensidad moral determinada por el consenso social y la magnitud de sus potenciales consecuencias (Jones, 1991; Chia & Swee Mee, 2000).

En el estudio de las emociones se han utilizado tres tipos de taxonomías: la dimensional, la discreta y mixta. La primera plantea que las emociones son dimensiones de la conciencia como placer/displacer (valencia); relajación/tensión - calma/excitación (arousal). La segunda estudia los diferentes tipos de emociones como miedo, alegría, rabia, etc. Estas últimas investigaciones han permitido determinar que existirían tres niveles de procesamiento de la emoción: neural, expresivo (fisiológicamente)¹³ y experiencial. La experiencia emocional es la que contiene una valencia afectiva, se relaciona con un objeto en particular y contiene un sentido de control de precedencia (apreciación y alerta para la acción) (Fridja, 2003). La experiencia emocional es susceptible de ser medida en intensidad y es la que se evaluará en este estudio. Finalmente la taxonomía mixta reconoce la importancia del tipo de emoción y las dimensiones.

Otra forma de clasificar las emociones se refiere a la identificación de aquellas que no requieren o requieren poco de la cognición –llamadas primarias- y aquellas que requieren de la cognición – llamadas secundarias-. Para Izard y Ackerman (2000), las emociones primarias o independientes como la rabia, temor, alegría, tristeza son el producto de procesos de adaptación que permiten la supervivencia individual y social; estas emociones generan respuestas prototípicas que son el resultado de mecanismos de evolución individuales y sociales (Cosmides & Tooby, 2000). Por ejemplo, la rabia genera un aumento de la probabilidad de una respuesta conductual (agresiva o no), debido a un aumento sostenido de la energía, lo que se manifiesta fisiológicamente como un incremento del flujo sanguíneo hacia las masas musculares esqueléticas. Por su parte, el temor produce una reducción de la percepción (efecto embudo), enfocando la atención en la causa de la amenaza, reduciendo el uso de claves del entorno (se reduce la exploración de lo desconocido) lo que genera ansiedad. Las emociones secundarias están asociadas al proceso de desarrollo del sí mismo y por tanto requieren de la experiencia social y la maduración, como lo son la empatía, la vergüenza y la culpa. Estas emociones se han definido como morales, pues la comprensión y evaluación del sí mismo son fundamentales (Eisenberg, 2000).

Además de las clasificaciones utilizadas para el estudio de las emociones, es importante destacar que existen diferentes modelos que explican el funcionamiento de las emociones. Izard y Ackerman (2000) plantean que el sistema emocional es primariamente *motivacional* para la conducta humana, en el sentido que estaría orientado hacia los objetivos de la conducta y tendrían un papel en la percepción, en el pensamiento y en regular la conducta. Dunbar (2005), señala también que las respuestas derivadas de las emociones son un mecanismo de protección o asistencia en situaciones de conflicto o incertidumbre. Las emociones reclutarían rápidamente y automáticamente al sistema cognitivo; y es esta integración, en una suerte de “estructura afectivo-cognitiva”, la que permite la autorregulación y la adaptación al medio (Izard & Ackerman, 2000).

3.2 Las emociones en la toma de decisiones

El estudio de las emociones en la TD es incipiente y promisorio. Las neurociencias han provisto de información que sugiere que la TD no es un proceso lógico en que la emoción se controla como un factor de sesgo. Estos estudios (Greene, Sommerville, Nystrom, & Cohen 2001; Moll, Oliveira-Souza, Eslinger 2001; Heekeren, Wartenburger, Schmidt, Schwintowski & Villringer 2003) han revelado que la emoción juega un papel muy importante en el reconocimiento de un dilema ético. Esto coincide con las evidencias encontradas en ética organizacional (Gaudine & Thorne, 2001; Sayegh, Anthony & Perrewé, 2004). Por otra parte, Finucane, Alhakami, Slovic y Johnson (2000) han propuesto que heurísticas afectivas, como son ciertas imágenes cargadas de afectos negativos o positivos, son las que guiarían las decisiones. Estas imágenes se consultarían rápidamente y con menos esfuerzo que usando guías normativas cognitivas racionales.

Desde el punto de vista del estudio de la TD es importante distinguir dos tipos de emociones de acuerdo a la causa que las evoca. Si la causa es inmediata (antes del proceso perceptivo), se trata de emociones incidentales; si la causa de la emoción está dada por las expectativas futuras asociadas a la TD se denominan prospectivas.

¹³ Es importante destacar que las diversas emociones no presentan grandes variaciones en cuanto a las vías de activación autonómica sino en el nivel de excitación. Estas suelen ser el aumento en la frecuencia cardíaca, aumento en la frecuencia respiratoria, cambios en la conductancia de la piel (Frijda, 2003).

Gaudine & Thorne (2001) proponen un modelo de TDE llamado “cognitivo-afectivo”, que incorpora las reflexiones teóricas sobre la existencia de una estructura “afectivo-cognitiva” mencionada con anterioridad. El modelo, sigue las etapas del proceso planteadas por Kohlberg & Candee (1984): percepción; juicio, intención de acción y acción.

De acuerdo al modelo, las emociones positivas incidentales, como la alegría, incrementarían la probabilidad de que un sujeto reconozca dilemas éticos – facilitando el acceso a la memoria de información afectivamente congruente- tengan intenciones éticas en línea con su desarrollo moral y que actúe si existe excitación emocional. Las investigaciones empíricas sobre emociones positivas muestran que éstas aumentan la resolución creativa de problemas, facilitan la integración de información (Isen, 1993) y también permiten el trabajo rápido y eficiente (Haviland-Jones & Kahlbaugh, 2000). Por ejemplo, Estrada, Isen & Young (1994) encontraron que a médicos en quienes se indujo emociones positivas incidentales, integraron la información disponible de manera más eficiente, no se quedaban anclados en diagnósticos previos y desplegaron mayor creatividad en el pensamiento. Sin embargo, la emoción positiva sobreestima los efectos positivos (Kahn & Isen, 1993), subestima los negativos (Nygren, Isen, Taylor, Dulin 1996; Wright & Bower 1992) y promueve un pensamiento más estereotipado (top-down) que aquellos con ánimo neutral (Luce, Bettman & Payne, 1997).

A diferencia de las emociones positivas, Gaudine & Thorne (2001) señalan que no hay claridad respecto de qué sucede con las emociones negativas incidentales en la TDE.

Las investigaciones empíricas disponibles han mostrado que las emociones negativas incidentales pueden producir reducción en la atención y fallas en la búsqueda de nuevas alternativas. Las personas con emociones negativas en general tienden a hacer más juicios basados en atribuciones (creencias) en las decisiones simples, no así en las complejas (Schwarz, 2000). Lerner y Keltner (2000) han encontrado, que diferentes emociones de valencia negativa llevan a diferentes juicios morales. Estos autores encontraron, por ejemplo, que en el caso del temor incidental se realizan más juicios pesimistas sobre el futuro, mientras que en el caso de la rabia, los juicios suelen ser más optimistas respecto

del futuro. De acuerdo a estos autores los moderadores de esta discrepancia en los efectos observados son: la percepción de incertidumbre y control sobre los eventos. A mayor incertidumbre y menor percepción de control, mayor tendencia a emitir juicios pesimistas como es en el caso del temor.

Lewinsohn y Mano (1993) utilizando una clasificación mixta de las emociones, encontraron que las personas que experimentaron emociones excitantes positivas o negativas tendieron a tomar mayores riesgos y, que aquellos que presentaron emociones excitantes pero negativas, usaron estrategias simples de decisión y tendieron a hacer juicios más polarizados; lo que también apoya las diferencias en la respuesta para emociones de igual valencia. Habría por lo tanto, otros aspectos relacionados con el tipo de emoción negativa que estaría a la base de estas respuestas.

Esta discrepancia en los resultados observados a causa de los diversos tipos de emociones negativas es lo que, desde el punto de vista de este proyecto, se pretende analizar.

Una de las formas de explicar estas discrepancias es a través del uso de modelos teóricos explicativos que permitan comprender estos resultados para cada tipo de emoción. En este sentido, este proyecto propone trabajar con dos tipos de emociones negativas que son frecuentemente reportadas en el ámbito médico: temor y culpa.

3.2.1 El temor y la “Terror Management Theory”

El temor se considera una emoción de valencia negativa evocada por una situación particular, cuya duración suele ser limitada (Ohman, 2004). Se trata de una emoción primaria, que para muchos autores se origina en circuitos neurales y patrones de respuesta establecidos en el transcurso de la evolución (Le Doux, 1996, Ohman, 2004, Izard & Ackerman, 2000) y que serían el producto de procesos adaptativos primarios de supervivencia. El temor suele acompañarse de ansiedad, la que provoca un estado inefable y displacentero, asociado a cambios somáticos y autonómicos, que preceden a la conducta de escape o evitación. Las situaciones que se han descrito asociadas con el temor se caracterizan por contener una potencial amenaza a la supervivencia.

Una teoría explicativa de los hallazgos encontrados frente al temor es la propuesta a través de la llamada “Terror Management Theory” (TMT) (Greenberg, Solomon & Pyszczynski, 1997). Esta teoría deriva de los estudios del antropólogo cultural Ernest Becker (1973). Este autor intentó integrar las ideas de un conjunto de disciplinas para hacer posible la investigación sobre la conducta humana negativa. Becker planteó que la capacidad de darse cuenta, sumada a la capacidad de reflexionar sobre el pasado y visualizar el futuro produce en los seres humanos una condición existencial única: los seres humanos son los únicos, que en virtud de su conciencia se perciben vivos. Esta autoconciencia por otra parte nos presenta ante la perplejidad de la muerte como un hecho inevitable a la vida, que nos señala nuestra vulnerabilidad. La TMT propone que las creencias culturalmente construidas son las que nos permiten afrontar el miedo y la amenaza de la muerte.

La TMT plantea la yuxtaposición entre el deseo de vivir con la certidumbre de la inevitabilidad de la muerte lo que da origen a un temor paralizante, que se maneja de manera dual mediante un “*buffer cultural*” a la ansiedad. (Pyszczynski, 2004). Esto consiste en: una visión cultural del mundo que impone orden, significa y otorga permanencia a la existencia, y la autoestima que nos permite mirarnos a nosotros mismos como importantes contribuyentes al significado de una realidad eterna. La efectividad tanto de la visión cultural como de la autoestima depende de la validación consensual por otros. Aquellos cuyas creencias, valores y percepción son diferentes, reducen la efectividad del “buffer”, lo que se traduce en ansiedad (Pyszczynski, 2004). Esto genera rechazo hacia aquello o aquellos que no validan nuestra visión del mundo.

De acuerdo a Pyszczynski, Greenberg & Solomon (1999) más de 75 investigaciones realizadas en EEUU, Canadá, Alemania, Israel y Holanda han provisto evidencias que sustentan las hipótesis de la TMT. Estas hipótesis se pueden sintetizar en 4 (Pyszczynski, 2004), siendo tres las más relevantes para este estudio.¹⁴

¹⁴ La cuarta hipótesis plantea que el convencimiento de la existencia de alguna forma de vida después de la muerte afecta la saliencia de mortalidad sobre la autoestima y la defensa de nuestro mundo. Esta última hipótesis no se ha estudiado en profundidad, ya que prácticamente toda la investigación se ha realizado en occidente.

La primera hipótesis señala que el recuerdo de la inevitabilidad de la muerte lleva a las personas a desarrollar un amplio rango de intentos de mantener la fe en sus visiones de mundo y autoestima, y defenderse de las amenazas. Es así como incrementa prejuicios y agresión hacia los que sostienen otra visión del mundo y “*sobreestima*”¹⁵ la existencia de un consenso social hacia nuestras propias actitudes; produce ansiedad cuando se trata a nuestros objetos culturales valorados de manera despectiva. Estudios ecológicos han encontrado asociaciones entre la saliencia de la mortalidad (SM) producto de sucesos políticos o desastres y el incremento de decisiones políticas beligerantes y más discriminatorias hacia los exogrupos. Por ejemplo, Gordon y Arian (2001) utilizando como fuente de información la encuesta de opinión anual nacional del Centro Jaffee de estudios estratégicos de la Universidad de Tel Aviv (1996 a 1999) encontraron correlaciones entre 0,40 y 0,66 entre la percepción de miedo y el apoyo a políticas contrarias a la paz entre Israel y el estado Palestino. En el caso de la Autoridad Palestina, con base a información recolectada por el Centro Palestino para políticas e investigación de campo, en Ramallah entre 1994 y 1999, encontraron que luego de situaciones de amenaza, el apoyo a los procesos de paz se redujo. Por ejemplo antes de la masacre registrada en 1994 el apoyo al proceso de paz por parte de los palestinos era de 51% y después, se redujo a un 17%.

La saliencia de la mortalidad promueve la ayuda a los que están en nuestro grupo, hace manifiesta la identificación con valores profundos del sí mismo y lleva a actuar con cariño hacia aquellos que nos aman.

Por otra parte la SM lleva a evaluaciones más positivas hacia aquellas personas o ideas que estén en acuerdo con la propia visión del mundo. Por ejemplo, Florian & Mikulincer (1997) en un estudio experimental mostraron que la SM lleva a evaluaciones más duras hacia los que no respetan determinadas normas morales. Esto genera deseos de seguridad y el apoyo de actitudes y acciones autoritarias (Duckitt & Fisher, 2003). Del mismo modo la SM genera actitudes más favorables hacia aquellos que están de acuerdo con las normas sociales o grupales, y exagera la necesidad de afiliación o reafirmar la pertenencia a un grupo (Hirschberger, Florian & Mikulincer, 2003).

¹⁵ El texto original sólo plantea que se estima consenso social hacia nuestras actitudes y creencias. Sin embargo se puede subentender una

3.2.2. La culpa

Entre las emociones secundarias negativas se encuentran la culpa y la vergüenza. Se las considera secundarias ya que estarían más asociadas al proceso de desarrollo del sí mismo y por tanto requieren de la experiencia social, lo que las constituye como emociones morales. Estas emociones se desarrollan producto de las experiencias interpersonales precoces y ejercen una influencia continua sobre nuestras conductas con otros (Tangney & Dearing, 2002). El interés de este proyecto está en el efecto de la culpa en la TDE, sin embargo, se analizará también la vergüenza, dada la dificultad en su distinción.

Los intentos de realizar una diferenciación entre culpa y vergüenza, con base a los procesos psicológicos y aspectos culturales, datan desde mediados del siglo pasado. Existen diferentes enfoques teóricos que explican esta distinción. Las primeras teorías provienen de la perspectiva psicoanalítica y antropológica; los que no han sido sustentados por la evidencia empírica.

Desde la perspectiva psicoanalítica (Piers & Singer, 1953; en Tangney & Dearing, 2002) la culpa sería una reacción frente al choque producido entre el ego y el superego (cuyas raíces serían el temor a la castración), mientras que la vergüenza sería la reacción frente al choque entre el ego y el ego-ideal (cuyas raíces serían sentimientos de inferioridad y temor al abandono).

Desde una perspectiva antropológica los estudios etnográficos muestran que ciertos eventos llevan a culpa y otros a vergüenza. Los primeros asociados a una experiencia privada y los últimos a la experiencia pública. Esta distinción de público-privada no ha contado con sustento empírico (Tangney & Dearing, 2002).

Un enfoque teórico que ha probado tener sustento empírico para diferenciar ambos conceptos es el propuesto por Helen Block Lewis (Lewis, 1971). Basándose en los presupuestos psicoanalíticos, la autora sostiene que la diferencia fundamental entre vergüenza y culpa está dada por el papel del sí mismo en la experiencia. Así la vergüenza

tendencia a la sobre estimación al respecto.

suele ser más intensa y dolorosa ya que el interés está puesto en la discrepancia entre el sí mismo real y el ideal, lo que genera secundariamente rabia y ansiedad, ganas de escapar o esconderse; su reparación requiere de cambios sobre el sujeto. Por el contrario, la culpa se asocia a una conducta en particular y afecta menos a nuestra identidad; en este sentido es menos dolorosa que la vergüenza, ya que para la reparación se requiere de deshacer o reparar la conducta. La culpa no afecta la identidad y al auto concepto, pero provoca una sensación de tensión, remordimiento y rechazo hacia lo que se hizo mal.

Con relación a la culpa, la evidencia muestra que la sensación que provoca es más fácil de describir, menos dolorosa, se enfatiza el efecto en el otro y se percibe con mayor poder de control (Tangney 1993). En este mismo estudio la percepción de los otros respecto de uno es menos marcada; esto es, sujetos que describen vergüenza suelen sentirse más observados por otros, están pendientes de las opiniones de otros y tienen deseos de esconderse y escapar. Utilizando el pensamiento contrafactual, Niedenthal, Tangney y Gavanski (1994) observaron que las personas relatan más aspectos del sí mismo con relación a la vergüenza y más de “no hacer” cuando se refieren a la culpa.

¿Qué sucede con la culpa en la TDE? Las evidencias, parciales hasta la fecha, parecen mostrar que las personas con culpa suelen tener más conductas “morales”, es decir, buscan realizar acciones responsables, empáticas, constructivas en muchos dominios (Tangney & Dearing, 2002). Ketelaar y Au, (2003) en un estudio sobre los efectos de la culpa en la conducta de sujetos que juegan de manera sucesiva el “Dilema del Prisionero”, muestran que sus conductas se orientan hacia la cooperación. Al experimentar culpa a través del juego, esta información se utilizaría como base para las conductas subsecuentes.

III. SÍNTESIS DEL MODELO E HIPÓTESIS

Hemos visto que en el estudio de la TDE predominan dos tendencias la primera y más antigua de carácter normativo-prescriptivo, fundada en el análisis filosófico y la segunda de carácter descriptivo, que recoge la tradición de estudios en psicología cognitiva, social y del desarrollo. En la actualidad destaca el interés creciente por comprender el papel de las emociones (en particular las de valencia negativa) en la TDE.

El modelo de TDE para este proyecto es descriptivo, se sitúa en la línea de discusión sobre modelos que incorporan la motivación (March, 1995 y Beach, 1993) que señalan que la TD se inicia categorizando la situación de decisión a partir de las claves del entorno (percepción o sensibilidad en el modelo de Gaudine & Thorne) y analiza el efecto de dos tipos de emociones negativas: el temor (primaria) y la culpa (secundaria). El efecto de estas emociones se medirá sobre la percepción de los dilemas (dificultad y gravedad), sobre el juicio ético (tendencia normativa o utilitaria) y sobre la intención de acción.

Utilizando los marcos teóricos provistos por la TMT (Greenberg, Solomon & Pyszczynski, 1997) para hipotetizar las respuestas esperadas frente a dilemas éticos y la teoría de la culpa de Lewis (1971), se planten las siguientes hipótesis de manera tentativa:

H1: La gravedad de un dilema ético en atención de salud es mayor cuando se ha inducido temor (saliencia de mortalidad) que cuando se induce culpa o cuando no se induce emociones.

No hay evidencias que permitan sostener que la inducción de culpa generará una percepción de dificultad y gravedad diferente a la situación emocionalmente neutra.

H2: El juicio moral frente a un dilema ético en aquellos sujetos que se les induzca culpa, tenderá a basarse más en valores y normas culturales, por lo que tenderán a tener una mayor base deontológica que utilitaria, que en las personas que se les induce culpa o no se induzca ninguna emoción.

En el caso de aquellos que en que se les induce culpa no hay evidencias para sostener diferencias respecto de la situación emocionalmente neutra con relación al juicio moral.

H3: Los cursos de acción (intención de acción) señalados por los participantes serán más de carácter reparatorio, prosocial o empáticos en sujetos en que se les induzca culpa que respecto a situaciones emocionalmente neutras o de temor. La certidumbre¹⁶ con relación al curso de acción elegido será mayor en aquellos sujetos en que se les induce temor que aquellos en que se indujo culpa o ninguna emoción.

¹⁶ Esta hipótesis se sustenta en los hallazgos de la TMT en que las decisiones suelen ser polares y con alto grado de certidumbre. La certidumbre estaría dada por la referencia a marcos conceptuales y de creencias culturales, como lo propone la TMT (Greenberg, Solomon & Pyszczynski, 1997).

IV. OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar el efecto de dos tipos de emociones negativas (temor y la culpa) sobre el proceso de toma de decisiones ética en dilemas de atención de salud.

Objetivos específicos:

1. Determinar el efecto del temor, la culpa y una situación emocionalmente neutra sobre la percepción de dificultad y gravedad de dilemas éticos de atención de salud en estudiantes de medicina.
2. Determinar el efecto del temor, la culpa y una situación emocionalmente neutra sobre el juicio prescriptivo de dilemas éticos de la atención de salud en estudiantes de medicina.
3. Determinar el efecto del temor, la culpa y una situación emocionalmente neutra sobre la elección de cursos de acción propuestos frente a dilemas éticos de la atención de salud en estudiantes de medicina.

V. MÉTODO

Para la elaboración de este proyecto es necesario de al menos dos etapas. La primera implica la elaboración de dilemas éticos y otros instrumentos de medición y la segunda corresponde a una fase experimental.

1) Generación de los dilemas éticos y prueba de instrumentos de medición

Los dilemas son problemas poco estructurados y no predecibles, en los cuales no hay una solución única, y la solución otorgada conlleva implícitamente compromisos. Un dilema es una breve historia sobre un(os) personaje(s) que se enfrenta(n) a una situación difícil y tiene(n) que tomar una decisión sobre la mejor acción a seguir. En un dilema se presentan dos o más alternativas de acción opuestas: ambas alternativas tienen aspectos positivos y negativos tanto para el que decide como para las personas involucradas en la situación. La decisión que tome involucra aspectos importantes de su vida y puede afectar a otras personas. El dilema, por lo tanto no tiene una respuesta única, ni puede decirse de antemano que alguna sea correcta o incorrecta. En un dilema podemos identificar argumentos y principios morales que sustentan una u otra solución¹⁷.

Para la elaboración de dilemas éticos, en una primera etapa se realizó una encuesta exploratoria que incorporó los dilemas planteados en la literatura científica en bioética. Esta encuesta se aplicó a una muestra intencionada de médicos adscritos a un grupo de revisión de investigaciones científicas (red UMBE) de la Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. A ellos se les consultó respecto de la ocurrencia de estas situaciones en la práctica clínica. Esta información ha permitido verificar potenciales dilemas.

¹⁷ Los dilemas éticos en un contexto organizacional implican conflictos entre los valores personales, mantener las relaciones laborales y lograr ciertos objetivos de la organización. Entre los aspectos éticos que generan problemas están: la determinación de opciones, las relaciones laborales y conflictos entre el papel profesional y gerencial. Los dilemas éticos son especialmente complejos por cuanto consideran situaciones en que el marco legal, temporal u organizacional empuja hacia una dirección y las consideraciones éticas hacia otra. Es interesante notar, que algunos autores han mostrado que la referencia hacia los códigos de ética o de conducta no es habitual en la resolución de problemas éticos (Holian, 2002). En el ámbito gerencial algunos investigadores han reportado que la resolución de dilemas éticos combina aspectos teleológicos y deontológicos (Cherry & Fraedrich, 2000; Cole 2000), y se requeriría de la capacidad de percibir las dimensiones éticas y morales para resolver los problemas de manera creativa e inteligente.

Con esta información se construyeron cuatro tipos de dilemas, utilizando los prototipos sugeridos por Kidder (2003) cumpliendo los requisitos de:

1. Ser extraídos de la vida misma
2. Estar de acuerdo a las características del grupo.
3. Los hechos deben ser específicos (información limitada y suficiente). Debe ser breve y claro.
4. Las alternativas potenciales de solución contrastan dos o más principios morales.
5. Debe haber un protagonista o grupos implicados implícita o explícitamente
6. El dilema debe provocar un conflicto cognitivo.
7. Puede quedar abierto o cerrado. En este caso se propone abierto: el entrevistado sugiere una decisión mediante alternativas.

Kidder propone 4 prototipos de dilemas que contraponen al menos dos valores o principios. De este modo se formula los prototipos que contraponen: la verdad versus la lealtad; la posición individualista versus la comunitaria; las toma de decisiones bajo consideraciones de corto plazo versus de largo plazo; la justicia versus la misericordia.

Estos cuatro prototipos de dilemas se pilotaron en médicos, éticistas y otros profesionales ligados a la atención en salud, además de estudiantes de medicina. Para esto se eligió una muestra intencionada de estos profesionales y estudiantes a los cuales se les entregó el texto de los dilemas y se les pidió determinar si se trata de dilemas (utilizando los requisitos propuestos por Kidder). Además se les pidió que evaluaran su dificultad y gravedad.

Un aspecto fundamental del estudio es la evaluación del efecto que provoca la manipulación emocional. Este aspecto se testeó en una muestra de estudiantes a los cuales se les sometió a la manipulación y se evaluó el grado en que se presenta temor y culpa.

2) *Experimento*

Con el objeto de evaluar las hipótesis mencionadas se realizó un diseño experimental de un factor, en que la variable dependiente es el proceso de TDE (percepción, juicio y curso de

acción) y la variable independiente son las emociones (temor a la muerte; culpa y neutralidad emocional).

Participantes: son estudiantes universitarios de medicina de la P. Universidad Católica de Chile, de ambos sexos.

La muestra será intencionada. Se estimó con un error tipo I de 5% y potencia de 80% y un tamaño del efecto moderado de 0,4¹⁸ (criterios de Cohen) un tamaño muestral total de al menos 200 sujetos.

Al inicio del estudio, los participantes firman una carta de consentimiento informado, la que describe los aspectos generales de la investigación, excluyendo las hipótesis, de manera de no generar sesgos. Previamente se contó con el consentimiento informado por parte de las autoridades universitarias.

Manipulación experimental

La variable independiente de este estudio es la emoción negativa inducida a partir de los paradigmas experimentales descritos para temor y culpa.

La manipulación de temor se realizó a través de la presentación por escrito de preguntas abiertas que producen la saliencia de mortalidad (temor a la muerte), las cuales deberán ser contestadas por escrito, siguiendo el procedimiento clásico utilizado (Fritsche & Jonas 2005; Greenberg, Pyszczynski, Solomon, Rosenblatt, Veeder, Kirkland & Lyon, 1990). Las preguntas son las siguientes:

“Imagínese que usted se enfermó de manera incurable producto de lo cual muere. Por favor, describa brevemente los sentimientos que le provoca el pensar en su propia muerte. Describa lo más detalladamente posible que le sucede a su cuerpo una vez que usted muere.”

¹⁸ Para el cálculo del tamaño del efecto se modelaron en una calculadora del tamaño del efecto (web.uccs.edu/lbecker/Psy590/escalc3.htm) los hallazgos de diferentes estudios utilizando las variables independientes y dependientes utilizadas.

En el caso de la culpa se eligió un escenario que coloca al sujeto en situación de culpa incidental (Monteith, Ashburn-Nardo, Voils & Czopp 2002). Esto es:

“Piense en una situación en que dañó a otra personal.. Describa con detalle como se sintió y como cree que sintió el/la afectada”

El grupo control recibe el mismo tipo de pregunta pero con una situación neutra (no manipula saliencia de mortalidad o culpa). Greenberg, Pyszczynski, Solomon, Rosenblatt, Veeder, Kirkland & Lyon, 1990, sugieren el siguiente escenario:

“Imagínese que usted tiene hambre. Por favor describa brevemente los sentimientos que le provocan el pensar en el hambre que tiene. Describa lo más detalladamente posible que le sucede a su cuerpo con el hambre que tiene.”

Para evaluar el efecto de la manipulación se realizará un chequeo mediante el uso del cuestionarios específicos para evaluar Temor y Culpa con posterioridad a la experiencia de inducción.

Mediciones

Emociones: se evaluó la experiencia emocional después de la inducción a partir del uso de la escala PANAS-X para temor y culpa (Watson & Clark, 1994). Esta escala permite evaluar la experiencia emocional en dos niveles. Por una parte permite identificar la valencia emocional (positiva o negativa) y por otra permite identificar estados emocionales específicos como temor y culpa. El instrumento que mide temor y culpa consta de 11 ítems (el instrumento completo es de 60), cuyo tiempo de aplicación es de menos de 2 minutos. La evaluación psicométrica de este instrumento se ha realizado en estudiantes de pregrado encontrándose una consistencia interna para la valencia emocional positiva de 0,88 y para la negativa de 0,85 para la evaluación de la experiencia emocional inmediata. Con relación a la evaluación de tipos de emociones la escala ha mostrado ser estable en el tiempo; tiene una validez discriminante y convergente significativa cuando se correlaciona con el juicio

de pares; está altamente correlacionado con medidas agregadas de la valencia emocional; y está muy correlacionada con otras mediciones de personalidad y emocionalidad.

Se midió las siguientes variables dependientes, que corresponden al proceso de toma de decisión: percepción del dilema, el juicio moral y la intención de actuar.

La percepción del dilema ético, corresponde a la identificación de un dilema ético y es equivalente a la sensibilidad moral del modelo de Gaudine & Thorne (2001). Se midió mediante tres aspectos sugeridos por Chia & Mee (2000):

- *grado de acuerdo de que se trata de un dilema ético* mediante un ítem, el que se presenta como una escala graduada tipo Likert con puntuación de 1 a 7 (menor a mayor acuerdo);
- *percepción del grado de dificultad* de la situación presentada (un dilema supone una difícil resolución) mediante un ítem que se responde en una escala graduada tipo Likert con puntuación de 1 a 7 (menor a mayor dificultad);
- *percepción de gravedad* de la situación presentada (un dilema presupone gravedad), mediante un ítem el que se responde en una escala graduada tipo Likert con puntuación de 1 a 7 (menor a mayor gravedad)

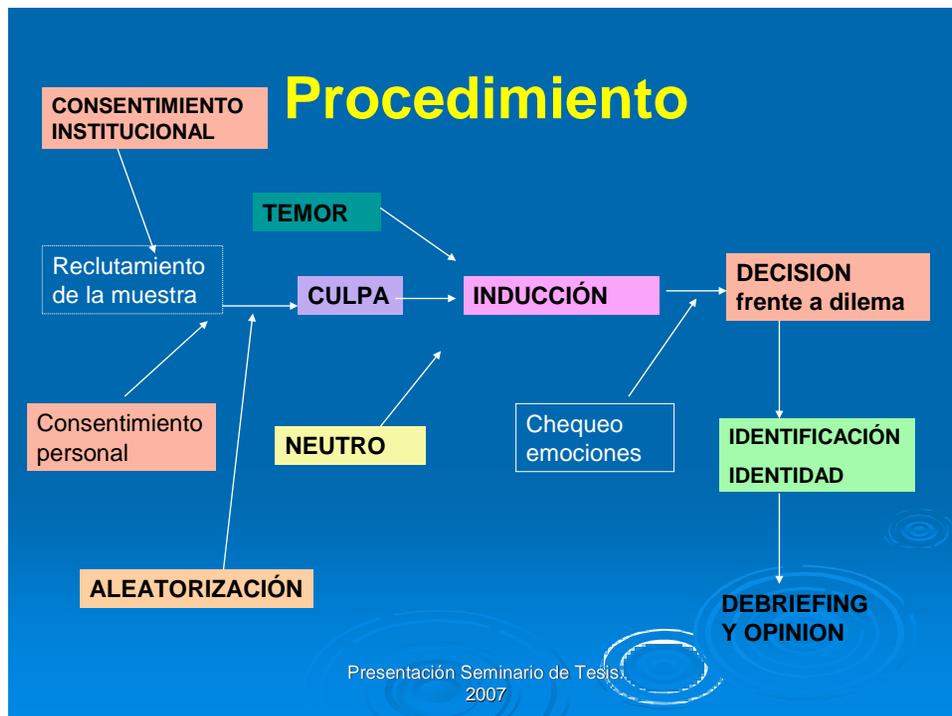
El juicio prescriptivo o moral es la evaluación personal sobre la situación. Se midió como el *grado de acuerdo con potenciales valores/principios* en juego en los dilemas presentados. Para esto se utilizó una escala graduada tipo Likert en que se preguntó si determinados valores/principios están presentes en los dilemas presentados, usando como referente la Escala Multidimensional Ética (Reidenbach & Robin, 1990). Dicha escala ha sido utilizada ampliamente en ética organizacional y cuenta con estudios de validez (Hyman, 1996). Hyman proponen 14 ítems que representan los valores principales de diversas corrientes filosóficas éticas: utilitarismo, relativismo personal, relativismo nacional, religión, contractualismo. Frente a diversos escenarios, se le solicitó al encuestado que plantee sus creencias frente a la situación (escenario) calificando el grado de acuerdo con una escala tipo Likert de 7 puntos. A partir de esta información se construirá prototipos de respuestas (más utilitarias, relativistas u otros).

La intención de actuar corresponde a la motivación para la acción. Implica definir el *grado de acuerdo con el curso de acción presentado* (“Con alta probabilidad yo haría lo mismo...con alta probabilidad yo no haría lo mismo”) en una escala de Likert de 7 puntos; se dará la opción de proponer otro curso de acción (van den Boss, Poortvliet, Maas, Miedema & van den Ham 2005). Los cursos de acción propuestos apoyarán posiciones valóricas de acuerdo al tipo de valores o principios en juego para cada dilema (por ejemplo, acciones que favorezcan la amistad por sobre la veracidad; acciones de corto plazo por sobre acciones al largo plazo).

Además se evaluó la identidad profesional médica a través del uso de una escala tipo Likert de Doosje et al, (1995) que consta de 5 ítems.

Adicionalmente se registró la edad y el sexo de los participantes.

Procedimiento (figura 1)



Los estudiantes se reclutaron a través de las unidades académicas respectivas, aprovechando situaciones en que se reúnen. Una vez reclutados, aleatoriamente se les

asignó a tres situaciones experimentales: inducción de temor, inducción de culpa, neutralidad emocional. La asignación aleatoria se realizará mediante un sistema de números aleatorios asignadas a cada participante el que representa a un tipo de formato de encuesta. La aplicación de los instrumentos quedó a cargo de una psicóloga ayudante y se realizó en un recinto cerrado (clase).

A cada estudiante se le entregó el cuadernillo que contiene la inducción de acuerdo al tipo de emoción, la evaluación de chequeo, los dilemas y las preguntas correspondientes; la escala de chequeo de emociones y los dilemas (2). Para cada emoción se aplicaron dos tipos de formato de manera de contrabalancear los dilemas (de acuerdo al resultado del pilotaje). Finalmente se les pregunta por su edad, sexo y nivel de identidad con su futura profesión.

Al finalizar el estudio a cada sujeto se les explica el sentido último del experimento (debriefing) y se les propone entregarles los resultados individuales y explicaciones al respecto para aquellos interesados.

Plan de análisis

La información recopilada se digitalará en una base de datos adecuada para su análisis (Excel) y se analizará utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0. Inicialmente se analizará la calidad de la base de datos, estableciendo inconsistencias, errores de codificación, de manera de estabilizar la base de datos. Aquellos casos que no tengan completa la información se analizarán por separado, tratando de conocer las características de aquellos que no respondan.

Se realizará un análisis descriptivo de cada una de las variables propuestas, estableciendo medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión de acuerdo a cada tipo de variable. En una segunda etapa se realizará un análisis bivariado, estableciendo asociaciones entre aquellas variables de interés. Se establecerán comparaciones entre los grupos experimentales mediante ANOVA.

RESULTADOS PRELIMINARES: pilotaje

Desde la aprobación del proyecto de tesis doctoral se han realizado las siguientes actividades:

1. Adecuación del proyecto de tesis de acuerdo a los comentarios y sugerencias del comité de tesis.
2. Elaboración de los instrumentos:
 - a. Inducciones de emociones: emoción, culpa y temor.
 - b. Elaboración de dilemas con base a la investigación científica disponible.
 - c. Instrumento de percepción de dilemas
 - d. Instrumento de juicio moral
3. Pilotaje en muestra similar a la propuesta para el estudio.

Cada uno de estos aspectos implicó: actualización de búsqueda bibliográfica, validación de apariencia y aplicación piloto.

La construcción de los instrumentos

a. La construcción de las inducciones de emociones (priming), se basó en la propuesta de la investigación que proviene de la “Terror management theory”. Con base a este tipo de dispositivo, se propuso inducciones similares para culpa y una situación neutra. Las inducciones fueron revisadas por parte del comité de tesis.

Para comprobar la inducción (chequeo) se ajusta la escala PANAS-X, extractando aquellos calificativos (emociones) que corresponden a la subescala de temor y culpa.

b. La primera etapa en la construcción de los dilemas implicó construir a priori con base a una encuesta realizada durante la fase de elaboración del proyecto, sobre aquellos aspectos que provocan problemas en la toma de decisiones médicas cotidianas y que tienen un carácter ético. Este primer listado de situaciones fue propuesto para su discusión a un grupo de profesores y médicos asistenciales que participan de una red de investigación científica (UMBE), por medios electrónicos.

El listado propuesto es el que se adjunta a continuación.

PROBLEMA	OBSERVADO
Priorizar que pacientes deben recibir tratamiento y cuáles no (frente a escasez de recursos)	
Reducir el tiempo de estadía de los pacientes (alta precoz)	
Sustituir personal profesional por otros menos calificados para contener costos	
Limitar el uso de recursos para los pacientes terminales.	
Preferir pacientes electivos a pacientes de urgencia en la sala	
Preferir a pacientes de convenios por sobre otros	
Limitar el acceso a Unidades de Cuidado Intensivo	
Uso de protocolos obligatorios para el manejo de pacientes con algunos problemas de salud	
Cerrar camas	
Limitar el acceso a unidades a aquellos pacientes que no se beneficiarán en el largo plazo vs aquellos que si lo harán.	
Limitar el acceso a ciertos tratamiento a aquellos pacientes que pueden pagar vs aquellos que no.	
Limitar los tratamientos costosos que son sólo levemente beneficiosos que otros.	
Priorizar la atención de jóvenes vs los adultos mayores.	
Favorecer el ingreso de pacientes con seguros vs aquellos sin seguros de salud.	
Declarar frente a tribunales por causas de mala práctica de un colega.	
Tomar una decisión por un paciente competente o amenazando la autonomía del paciente	
Elegir quien toma la decisión de tratar por un paciente que no es competente	
Ser demandado por un tratamiento o método diagnóstico por un paciente y no estar de acuerdo	
Problemas con los consentimientos informados en la institución	
Desacuerdos o disputas con el equipo de salud, en el momento de toma de decisión clínica que han afectado al paciente	
Limitaciones para prescripción de terapias (drogas u otras) por razones económicas	
Conflictos financieros en el equipo de salud que afectan la relación médico – paciente (formas de distribución de recursos en el equipo)	
Problemas de deshonestidad o de conducta de un colega o miembro del equipo de salud (denuncio o no denuncio)	
Uso de medios de comunicación inapropiadamente (contra los intereses de los pacientes)	

De un total de 50 profesores y médicos se recibió respuesta de 30; los encuestados además propusieron otras situaciones no identificadas en el listado. Esta información permitió identificar potenciales situaciones de dilemas en la práctica.

Se elaboraron los dilemas con base a las sugerencias propuestas y con relación a lo que propone Kidder (2003). Finalmente se elaboraron 6 prototipos, los que se enviaron a médicos clínicos y bioeticistas para que juzgaran su calidad como tales, utilizando los atributos propuestos por Kidder (2003). Un ejemplo se muestra a continuación:

EJEMPLO:

A continuación le presentamos 4 escenarios de decisión en salud, le pedimos que para cada escenario nos de su opinión en una escala del 1 al 7 sobre si se cumplen los atributos señalados (1= no se cumple; 7= se cumple totalmente).

ESCENARIO 1

Usted acaba de ser informado por miembros de su equipo que su amigo el Dr. Fuentes ha cometido reiterados errores en la prescripción de medicamentos a pacientes hospitalizados, lo que ha implicado estadías prolongadas en el hospital para estos pacientes y gastos innecesarios. Se está realizando una auditoría al respecto; el director del Hospital le cita a su oficina y le pregunta directamente si el Dr. Fuentes es el responsable de estos hechos. ¿Qué le diría? ¿Por qué?

ATRIBUTO	PUNTAJE
La viñeta representa una situación real	
La situación planteada se da en la práctica médica	
Los hechos relatados entregan información suficiente y clara	
La situación planteada propone contrastar dos o más principios o valores morales	
En la situación queda claro un protagonista o grupo implicado de manera explícita o implícita.	
La situación planteada da que pensar	
La situación planteada tiene varias potenciales respuestas	

Todos los encuestados a los que se les solicitó su apreciación, contestaron. Esto permitió determinar cuales escenarios eran considerados más claramente como dilemas (mayor puntaje, tabla siguiente). Se seleccionaron 2, los que se utilizaron para el pilotaje del instrumento.

Dilema	Situación	Puntaje total (1-7)
1	Negligencia médica vs lealtad al colega	5.3
2	VIH cirujano (secreto personal) vs cuidado a la comunidad (abrir secreto)	5.64
3	Conflicto de intereses en la compra se equipamiento	6.31
4	Priorización individual vs priorización colectiva	6.29
5	Racionalización vs compasión	6.38
6	Bien personal vs bien colectivo (médico)	6.49
7	Justicia distributiva vs justicia procedimental	6.10

Finalmente se decide incluir para el pilotaje los dilemas 6 y 5, y se ajustan en su lenguaje para estudiantes de medicina.

c. La evaluación de la percepción de dilemas, se trabaja en función de ítems simples, tal cual lo propone la investigación en esta área.

d. La mayor dificultad consistió en el ajuste del instrumento de juicio moral. Se propuso utilizar la Multidimensional Escala (MES)

Por las dudas teóricas que plantea la construcción de dicho instrumento, se realizaron entrevistas a expertos bioeticistas de diversas universidades con enfoques teóricos distintos, de manera de conocer sus impresiones respecto de la escala. La pregunta concreta que se les hizo es a que línea teórica en bioética es posible atribuir cada uno de los ítems del instrumento. De los 6 bioeticistas propuestos, se logró entrevistar a 5. Sus apreciaciones generales se sintetizan en que:

- El instrumento toma una corriente teórica de como es el juicio moral (no incorpora la propia experiencia a decir de algunos). Sin embargo permite aproximarse al fenómeno en estudio.
- Algunos ítems claramente apuntan a utilitarismo, consecuencialismo, principalismo, kantianismo.

- Otros, sin embargo pueden ser comprendidos desde una ética del bien común o individual, según la interpretación dada a cada ítem. Es esta parte la más débil del instrumento, y debe ser chequeada.

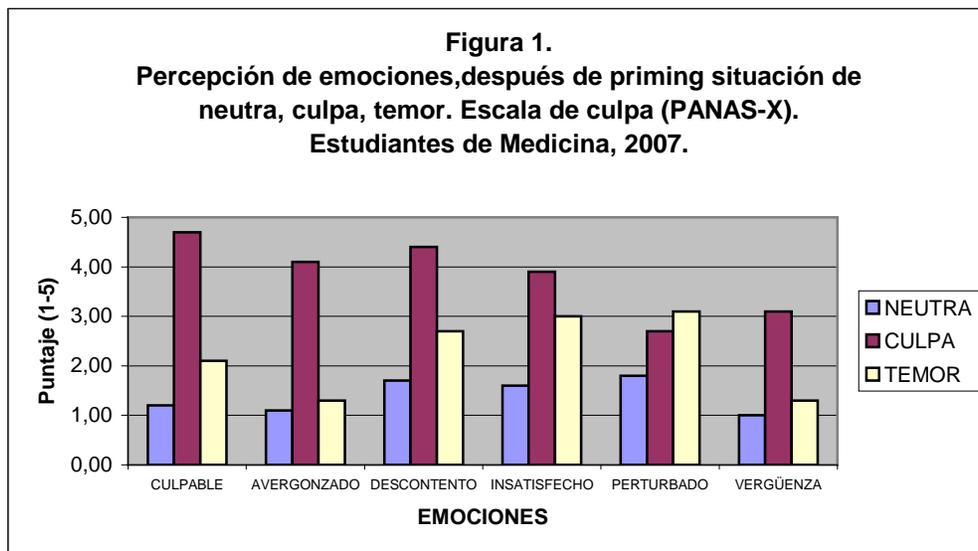
Finalmente se ajustó el lenguaje del instrumento.

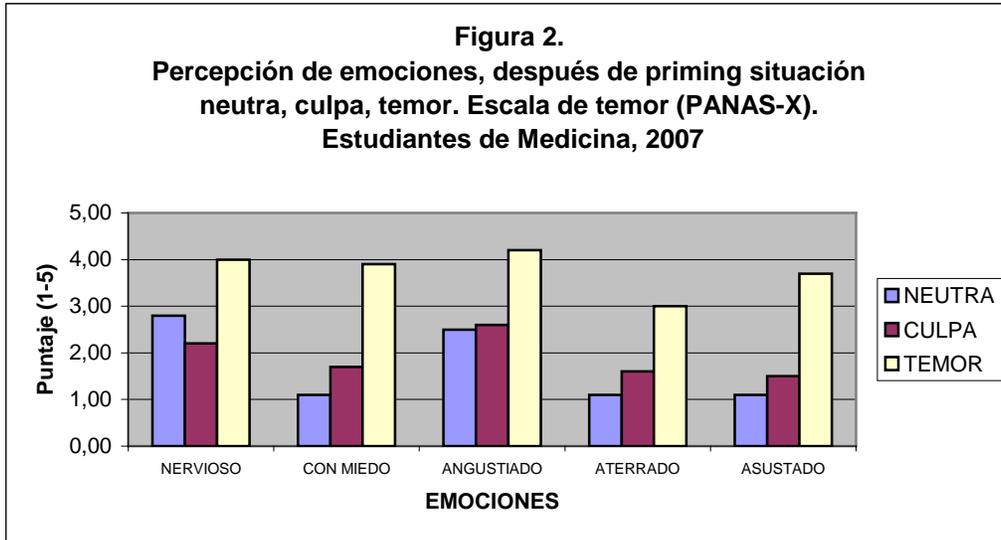
El pilotaje.

El pilotaje del instrumento se realizó en marzo 2007 en 30 estudiantes de medicina de tercer año de la Universidad del Desarrollo. La aplicación fue realizada en la tarde, después de clases, a un grupo de voluntarios hombres y mujeres. Fue aplicada por la tesista, y su duración fue de 20-30 minutos. Al cierre de la aplicación se les hizo un regalo grupal.

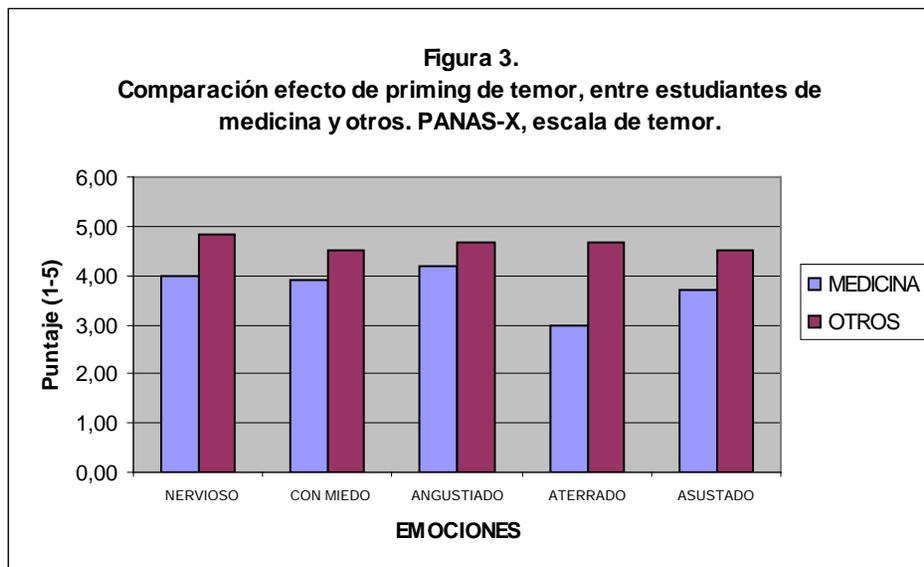
a. Inducción de emociones:

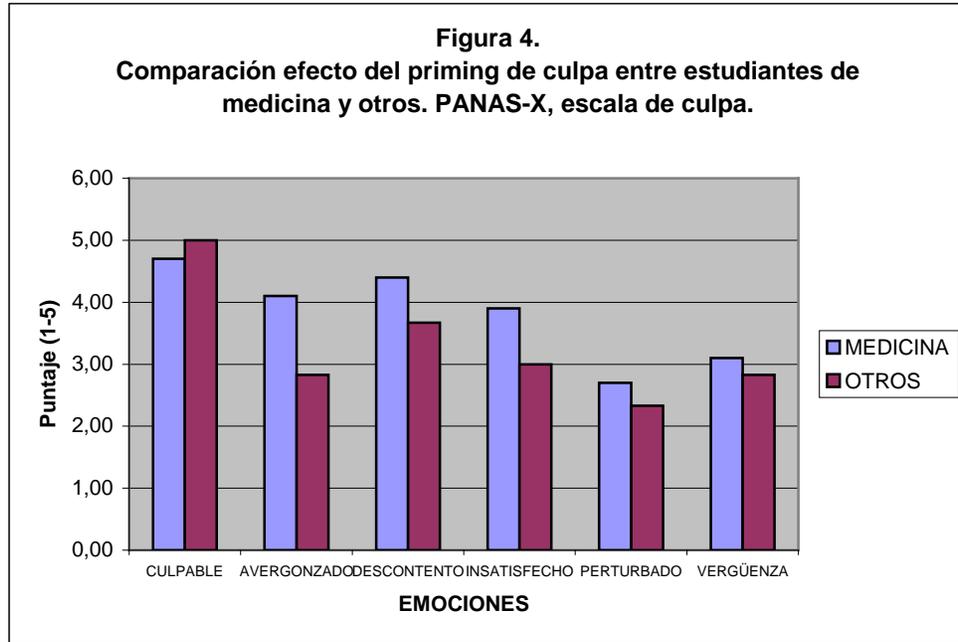
Los resultados de la inducción fueron altamente favorables. Es decir, medido a través del chequeo de emociones de PANAS-X, logra diferenciarse la inducción en situación de temor, culpa y neutra (figura 1-2 adjunto).





Como existió la duda del efecto atenuado del temor en estudiantes de medicina y mayor de la culpa, se realizó adicionalmente la inducción en estudiantes de psicología observándose efectivamente, que la inducción de temor es menor fuerte en los futuros médicos que en psicólogos (figura 3), mientras que la culpa es mayor (figura 4)

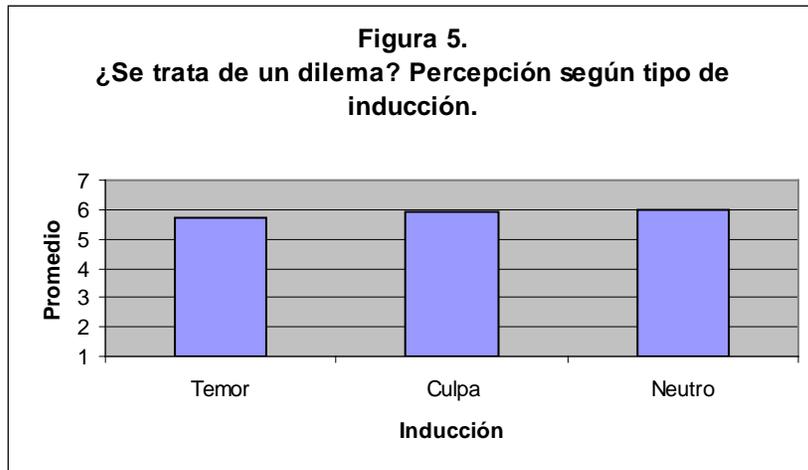




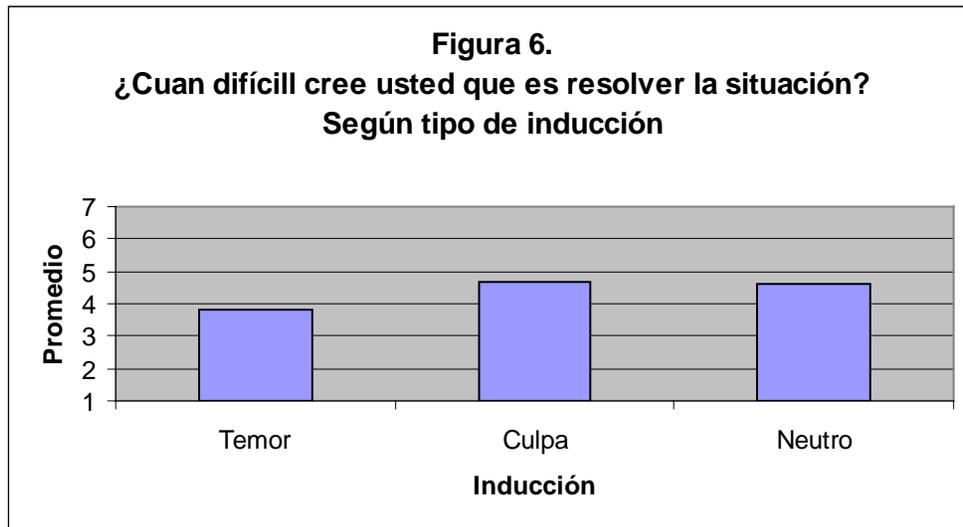
b. Percepción de dilema:

La respuesta observada fue más clara para el escenario 1. Esto puede interpretarse como una reducción en el tiempo del efecto del priming emocional. La información a continuación presentada, corresponde al dilema 1.

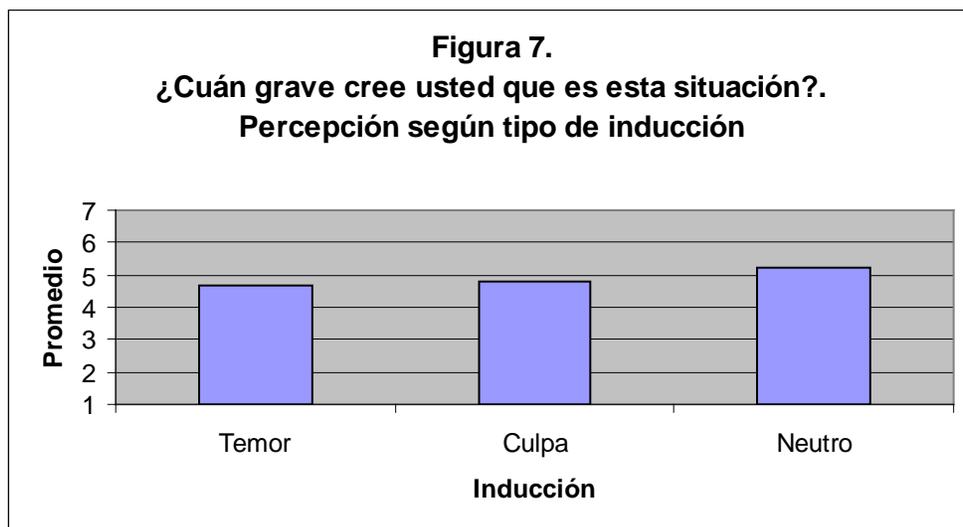
En general aquellos inducidos con temor perciben con mayor dificultad que la situación se trata de un dilema (figura 5).



En general se observa (figura 6) una mayor percepción de dificultad para el caso de la culpa y la situación neutra, lo que nuevamente apunta a la reducción de la capacidad de identificación del dilema en situación de temor.



Con relación a la percepción de gravedad esta es nuevamente menor en situación de temor que neutra (figura 7).



En términos generales, no hubo problemas en la aplicación de estos ítems, salvo que hay que cuidar los aspectos de la escala (que están bien ajustados a la pregunta).

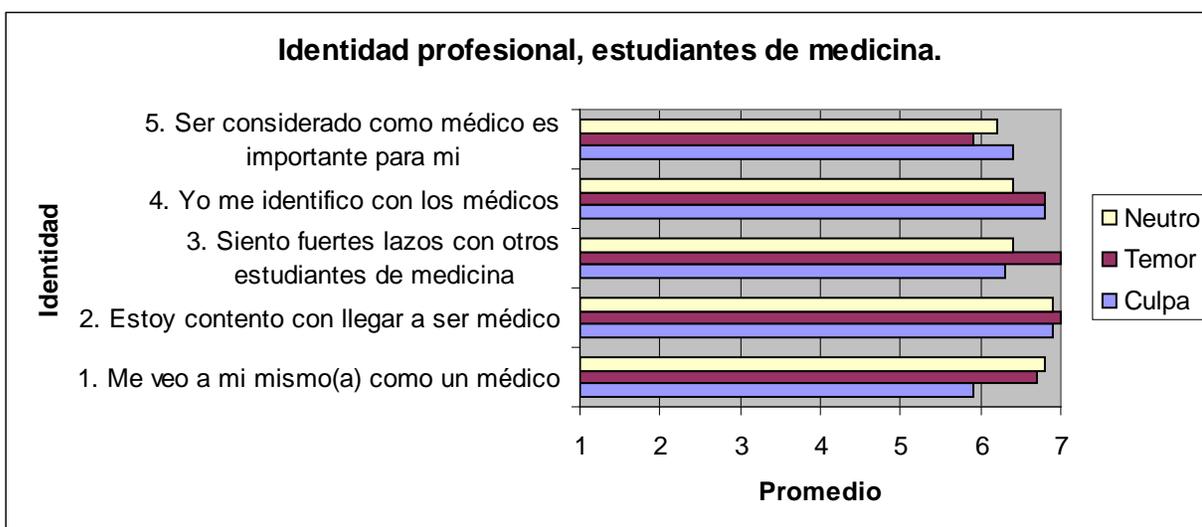
c. Escala MES de juicio moral.

Esta es la escala que presentó mayor dificultad en su aplicación. A juicio de los estudiantes hubo algunos ítems que no se entendían (concepto de utilidad por ejemplo). De acuerdo a los resultados se propone ajustar la escala (mejorar el formato) de manera que quede más comprensible.

Finalmente los resultados del piloto con relación al juicio moral muestran la falta de un patrón claro en el juicio. Esto se explica en parte por el formato del cuestionario que fue de difícil interpretación para los estudiantes.

d. La escala de identidad.

La escala aplicada muestra una alta identificación de los estudiantes de medicina.



Conclusión: Los resultados del pilotaje permitieron ajustar los instrumentos. Estos se aplicaron durante agosto, y actualmente están en fase de codificación.

REFERENCIAS

- Barnett T & Vaicys C (2000) The moderating effect of individuals' perceptions of ethical work climate on ethical judgments and behavioral intentions. *Journal of Business Ethics* 27, 51-362.
- Baron J (2000) *Thinking and deciding*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bazerman MH (2002) *Judgment in Managerial Decision Making* (5th edition) New York: John Wiley & Sons.
- Beach LR (1993) *Image Theory: Decision Making in Personal and Organizational Contexts*. Chichester, UK: Wiley.
- Beauchamp TL & Bowie NE (2004) *Ethical theory and business* (7th. Edition) New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Beauchamp TL & Walters L (1994) *Contemporary issues in bioethics* (4th Ed) Belmont, CA: Wadsworth.
- Bechara A, Damasio H, Tranel D & Damasio AR. (1997) Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science* 275, 1293-1295.
- Becker E (1973). *The Denial of Death*. New York, NY: The Free Press.
- Bell, DE (1982) Regret decision making under uncertainty. *Operations Research* 30: 961-981.
- Bernoulli E (1954) Exposition of a new theory of the measurement of risk. *Econometrica* 22, 23-26.
- Betan EJ (1997) Toward a hermeneutic model of ethical decision making in clinical practice. *Ethics and Behavior*, 7, 347-365.
- Bowen DE (1991) Hiring for the organization, not the job. *Academy of Management Executive* 5, 35-51.
- Cole D, Sirgy MJ and Bird MM (2000) How do managers make teleological evaluations in ethical dilemmas? Testing part of and extending the Hunt-Vitell model. *Journal of Business Ethics* 3, 259-69.
- Connelly S, Helton-Fauth W & Mumford MD (2004) A managerial in – basket study of the impact of trait emotions on ethical choice. *Journal of Business Ethics* 51, 245-267.
- Connolly T & Koput K (1997) Naturalistic decision making and the new organizational context. In: Z. Shapira (ed) *Organizational Decision Making*, Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Cosmides L & Tooby J (2000) Evolutionary psychology and the emotions. En: Lewis M, Haviland-Jones JM Editors. *Handbook of emotions*. Second Editions. London: The Guildford Press

Cottone RR, Tarvydas V & House G (1994). The effect of number and type of consulted relationships on the ethical decision making of graduate students in counseling. *Counseling and Values* 39, 56-68.

Cottone RR & Claus RE (2000). Ethical decision – making models: A review of the literature. *Journal of Counseling and Development* 78, 275-283.

Cherry J & Fraedrich J (2000) An empirical investigation of locus of control and the structure of moral reasoning: examining the ethical decision – making processes of sales and managers. *The Journal of Personal Selling and Sales Management* 20, 173-185.

Chia A & Swee Mee L (2000) The effects of issue characteristics on the recognition of moral issues. *Journal of Business Ethics Journal of Business Ethics* 27, 255-269.

Chugh D, Bazerman MH & Banaji MR (2005) Bounded ethicality as a psychological barrier to recognizing conflict of interest. In: Don A. Moore, M Cain, GH Loewenstein & MH Bazerman (eds) *Conflict of Interest: challenges and solutions in business, law, medicine and public policy*. Cambridge NY: Cambridge University Press.

Damasio AR (1996) *El error de Descartes: la razón de las emociones*. Barcelona: Andrés Bello.

Dawes RM (1998) Chapter Eleven: Behavioral decision making and judgment. In: D. Gilbert, S. Fiske & G Lindzey (Eds) *Handbook of Social Psychology*, Vol 1 (4 th ed) pp: 497-548. Boston MA: McGraw-Hill.

Deaux K, Reid A, Mizrahi & Ethier KA(1995) Parameters of social identity. *Journal of Personality and Social Psychology* 68, 280-291.

Dholakia UM & Bagozzi RP (2002) Mustering motivation to enact decisions: How decision process characteristics influence goal realization. *Journal of Behavioral Decision Making* 15, 167-188.

Dieckmann KA, Samuels SM, Ross L & Bazerman MH (1997) Self-interest and fairness in problems of resource allocation. *Journal of Personality and Social Psychology* 72, 1061-1074.

Doosje B, Spears R & Koomen W (1995). When bad isn't all bad: The strategic use of sample information in generalization and stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology* 69, 642-655.

Duckitt J & Fisher K (2003) The impact of social threat on worldview and ideological attitudes. *Political Psychology* 24, 199-222.

Dunbar SW (2005) Emotional engagement in professional ethics. *Science and Engineering Ethics* 11, 1-17.

Estrada CA, Isen AM & Young MJ (1994) Positive affect improves creative problem solving and influences reported source of practice satisfaction in physician. *Motivation and Emotions* 18, 285-99.

Eysenberg N (2000) Emotion, regulation and moral development. *Annual Review in Psychology* 51, 665-697.

Faber B (1999) Intuitive ethics: Understanding and critiquing the role of intuition in ethical decisions. *Technical Communication Quarterly* 8, 189-202.

Finucane ML, Alhakami A, Slovic P, Johnson SM (2000) The affect heuristic in judgements of risks and benefits. *Journal of Behavioral Decision Making* 13, 1-17.

Fiske ST (1992) Thinking is for doing: Portraits of social cognition from daguerreotype to laserphoto. *Journal of Personality and Social Psychology* 63, 877-89.

Florian V & Mikulincer M (1997) Fear of death and the judgement of social transgressions: A multidimensional test of terror management theory. *Journal of Personality and Social Psychology* 73, 369-380.

Forest d, Clark MS, Mills JM & Isen AM (1979) Helping as a function of feeling state and nature of the helping behavior. *Motivation and Emotion* 3, 161-169.

Frijda NH (2003) Emotions and hedonic experience. En: Kahneman D, Diener E, Schwarz N (editors) *Wellbeing: The foundations of hedonic psychology*. N.Y: Rusell Sage Foundation.

Fritsche I & Jonas E,(2005) Gender conflict and worldview defense. *British Journal of Social Psychology* 44 (Pt 4), 571-81.

Frisch D & Clemen RT (1994) Beyond expected utility: rethinking behavioral decision research. *Psychological Bulletin* 116, 46-54.

Gaudine A & Thorne L (2001) Emotion and ethical decision making in organizations. *Journal of Business Ethics* 31, 175-187.

Gigerenzer G (2005). I think, therefore I Err. *Social Research* 72,195-218.

Gilligan C (1977) In a different voice: women's conceptions of self and morality. *Harvard Educational Review* 47, 481-517.

Goleman D (1996) La inteligencia emocional. Argentina: Jorge Vergara Editores SA.

Goodwin, Wilson & Gaines Jr (2005) Terror threat perception and its consequences in contemporary Britain. *British Journal of Psychology* 96, 389-406

Gordon C & Arian A (2001) Treat and decision making. *The Journal of Conflict Resolution* 45, 196-215.

Greenberg J, Simon I, Pyszczynski T, Solomon S & Chatel D (1992) Assessing the Terror Management Analysis of Self-Esteem: Converging evidence of an anxiety – buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology* 63, 913-922.

Greenberg J, Pyszczynski T, Solomon S, Rosenblatt A, Veedeo M & Kirkland S (1990) Evidence for terror management II: The effects of mortality salience on reactions to those who threaten or bolster the cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology* 58, 308-318.

Greenberg J, Solomon S & Pyszczynski T (1997) Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. *Advances in Experimental Social Psychology* 29, 61-141.

Greene JD, Sommerville RB, Nystrom LE, Darley JM & Cohen JD (2001) An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science* 293, 2105-2108.

Hardman D & Harries C (2002) How rational are we? *Psychologist* 15, 76-79

Hare, R (1991) The philosophical basis of psychiatric ethics. In: S. Block & P. Chodoff (Eds) *Psychiatric Ethics* (2nd ed, pp: 18-37) Oxford, England: Oxford University Press.

Harmon-Jones E, Greenberg J, Solomon S & Simon L (1996) The effects of mortality salience on intergroup bias between minimal groups. *European Journal of Social Psychology* 26, 677-681.

Hatchuel A (2001) Towards design theory and expandable rationality: The unfinished program of Herbert Simon. *Journal of Management & Governance* 5, 260-273.

Haviland-Jones JM & Kahlbough P (2000) Ed: Lewis M, Haviland-Jones JM Editors. *Handbook of emotions*. Second Editions. London: The Guildford Press.

Heekeren HR, Wartenbuerger I, Schmidt H, Scwintowski HP & Villringer A (2003) *Neuroreport* 14, 1215-1219.

Heise DR (1987) Affect control theory. Concepts and model. *Journal of Mathematical Sociology* 13, 1-33

Holian R (2002) Management decision-making and ethics. *Management Decision* 40, 862-870.

Hill J, Glaser I & Harden M (1995) Can we talk about ethics anymore? *Journal of Business Ethics* 14, 585-592.

Hirschberger G, Florian V & Mikulincer M (2003) Strivings for romantic intimacy following partner complaint or partner criticism: A terror management perspective. *Journal of Social and Personal Relationships* 20, 675-687.

Hunt SD and Vitell S (1993) The general theory of marketing ethics: A retrospective and revision. In NC Smith and JA Quelch (eds) *Ethics in Marketing*. Homewood IL: Irwin Inc.

Husted BW. (2001) The impact of individualism and collectivism on ethical decision making by individuals in organizations. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Extraído noviembre 2005 de: http://egade.sistema.itesmsm.mx/investigacion/documentos/documentos/4egade_husted.pdf

Hyman MR (1996) A critique and revision of the Multidimensional Ethics Scale. *Journal of Empirical Generalisations in Marketing Science*, 1: 1-35.

Isen AM (1993) Positive affect and decision making. In: *Handbook of emotions*. M. Lewis & JM Haviland (Eds) N Y: Guilford.

Isen AM, Daubman KA & Nowicki GP (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology* 51, 1122-1131.

Izard CE & Ackerman BP (2000). Motivational, organ and regulatory functions of discrete emotions. En D Kahneman, E. Diener, N. Schwarz (editors) *Wellbeing: The foundations of hedonic psychology*. N.Y: Rusell Sage Foundation.

Jones TM (1991) Ethical Decision Making by individuals in organizations: An issue-contingent model. *Academy of Management Review* 16, 366-395.

Johnson EJ & Tversky A (1983) Affect, generalization and the perception of risk. *Journal of Personality and Social Psychology* 45, 20-31.

Kahn BE & Isen AM (1993) The influence of positive affect on variety of seeking among safe, enjoyable products. *Journal of Consumer Research* 150, 18-36.

Kahneman D & Tversky A (1979) Prospect Theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica* 47, 263-291.

Kidder RH (2003) How good people make tough choices. Resolving the dilemmas of ethical living. NY: Quill

Ketelaar T & Au WT (2003) The effects of feelings of guilt on the behaviour of uncooperative individuals in repeated social bargaining games: An affect-as-information interpretation of the role of emotion in social interaction. *Cognition and emotion* 17, 429-453.

Ketelaar T & Goodie AS (1997) The satisfying role of emotions in decision-making. *Psyche* 7, 63-77.

Klein GA (1989) Recognition-primed decisions. In: Rouse WB (Eds) *Advances in Man-Machine System Research*. Greenwich: JAI Press.

Kohlberg L (1981) *The Philosophy of moral development*. San Francisco: Harper & Row.

Kohlberg L & Candee D (1984) The relationship of moral judgement o moral action. En: WM Kurtines & JL Gerwitz (Eds) *Morality, moral behavior, and moral development*. N.Y: Wiley.

Langley A, Mintzberg H, Pitcher P, Posada E & Saint-Macary J (1995) Opening up decision-making: the view from the back stool. *Organization Science* 6, 260-279.

Larsen RJ & Fredrickson BL (2003) Measurement issues in emotional research. En: Kahneman D, Diener E, Schwarz N (editors) *Wellbeing: The foundations of hedonic psychology*. N.Y: Rusell Sage Foundation.

LeDoux JE (1996) *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.

Lerner JS & Keltner D (2000) Beyond valence: Toward a model of emotion-specific influences on judgement and choice. *Cognition and emotion* 14, 473-493.

Lewinsohn S, Mano H (1993) Multiattribute choice and affect: the influence of naturally occurring and manipulated moods on choice processes. *Journal of Behavior and Decision Making* 6, 33-41.

Lewis HB (1971) *Shame and Guilt in neurosis*. New York: International University Press

Libby B and Agnello V (2000) Ethical decision making and law. *Journal of Business Ethics* 3, 223-32.

Loomes G & Sudgen R (1982) Regret theory: An alternative theory of rational choice under uncertainty. *Review of Economics Studies* 53, 271-282.

Luce M, Bettman J, Payne JW (1997). Choice processing in emotionally difficult decisions. *Journal of Experimental Psychology on Learning, Memory and Cognition*. 23, 384-405.

March JG (1995) *A primer on decision making*. New York: Free Press.

Medin D, Ross B, Markman A (2005) Chapter 14: Judgment and Decision Making. In: *Cognitive Psychology* 4th edition. USA: John Wiley and Sons, Inc.

Mellers BA, Schwartz A y Cooke ADJ (1998) Judgment and decision making. *Annual Review of Psychology* 49, 447-477.

Meslin EM; Lemieux-Charles L, Wortley JT (1997) An ethics framework for assisting clinician-managers in resource allocation decision making. *Hospital and Health Services Administration* 42, 33- 48.

Messick DM (1999). Alternative logics for decision making in social settings. *Journal of Economic Behavior & Organization* 39, 11-28

Moll J, Oliveira-Souza R, Eslinger PJ (2002) *Journal of Neurosciences* 22, 2730-2736.

Moore DA & Loewenstein G (2004) Self-interest, automaticity and the psychology of conflict of interest. *Social Justice Research* 17, 189-202.

Niedenthal P, Tangney JP & Gavanshki I (1994) “If only I weren’t” versus “If only I hadn’t”: Distinguishing shame and guilt in counterfactual thinking. *Journal of Personality and Social Psychology* 67, 585-595.

Nygren TE, Isen AM, Taylor PJ, Dulin J (1996) The influence of positive affect on the decision rule in risk situations: Focus on outcome (and especially avoidance of loss) rather than probability. *Organizational Behavior and Human Decision Process* 66, 59-72.

Ohman A (2004) Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. En: Lewis M, Haviland-Jones JM Editors. *Handbook of emotions*. Second Editions. London: The Guildford Press

Piers G & Singer A (1953) *Shame and guilt*. Springfield, IL: Thomas.

Pyszczynski T (2004) What are we so afraid of? A Terror Management Theory: Perspective on the Politics of Fear. *Social Research* 71, 827-848.

Pyszczynski, Greenberg & Solomon (1999). A dual process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review* 106, 835-845.

Reck JL (2000) Ethics and budget allocation decisions of municipal budget officers. *Journal of Business Ethics* 27, 335-350.

Reidenbach RE & Robin DP (1990) Toward the development of a multidimensional scale for improving evaluations of business ethics. *Journal of Business Ethics* 9, 639-653

Rest JR (1979) *Development in judging moral issues*. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.

Rest JR & Narvaez (Eds) (1994) *Moral development in the professions: Psychology and applied ethics*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ritov I & Baron J (1990) Reluctance to vaccinate: Omission bias and ambiguity. *Journal of Behavioral Decision Making* 3, 263-277.

Rosenberg M (1965) *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Sayegh L, Anthony WP & Perrewé PL (2004) Managerial decision-making under crisis: The role of emotion in an intuitive decision process. *Human Resource Management Review* 14, 179-199.

Schminke M, Ambrose ML (1997) Asymmetric perceptions of ethical frameworks of men and women in business and nonbusiness settings. *Journal of Business Ethics* 16, 719-729.

Schwarz N (2000). Emotion, cognition and decision making. *Cognition and emotion* 14, 433-440.

Singer P (2005). Ethics and intuition. *The Journal of Ethics* 9, 331-352.

Simon, H (1957) *Administrative behavior: a study of decision-making processes in administrative organization*. NY: Macmillan.

Simon L, Arndt J, Greenberg J, Pyszczynski T & Solomon S (1998) Terror management and meaning: Evidence that the opportunity to defend the worldview following MS increases the meaningfulness of life in the depressed. *Journal of Personality and Social Psychology* 66, 359-382.

Tangney JP (1993) Shame and guilt. En: CG Costello (Ed) *Symptoms of depression*. New York: Wiley.

Tangney JP & Dearing RL (2002) *Shame and Guilt*. New York: The Guilford Press

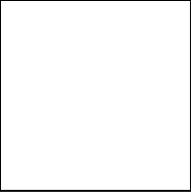
Taylor LA III, Owen C & Todor WD (1990) Gender effects on performance, commitment and perceptions in complex decision-making tasks *Academy of Management Proceedings*.

Tenbrunsel AE (1998) Misrepresentation and expectations of misrepresentation in an ethical dilemma: The role of incentives and temptation. *Academy of Management Journal* 41, 330-9.

Tetlock PE (1996) The impact of accountability on judgment and choice: toward a social contingency model. *Advances in Experimental Social Psychology* 25, 331-376.

Trevino LK (1986) Ethical decision making in organizations: A person-situation interactionist model. *Academy of Management Review* 11, 601-617.

van den Boss K, Poortvliet PM, Maas M, Miedema J & van den Ham E (2005) An inquire concerning the principles of cultural norms and values: The impact of uncertainty and mortality salience on reactions to violations and bolstering of cultural worldviews. *Journal of Experimental Social Psychology* 41, 91-113.



Von Neuman J & Morgenstern O (1947) *Theory of games and economic behavior* (2nd ed.) Princeton: Princeton University Press.

Wright WF & Bower GH (1992) Mood effects on subjective probability assessment. *Organizational Behavior Human Decision Processes*. 52, 276-91.

Watson D & Clark LA, (1988) Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 81, 206-219.