



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ
CIENCIAS MÉDICAS

**ESTABILIDAD DEL NIVEL EN EL RAZONAMIENTO MORAL EN LA CRISIS PANDÉMICA. UN
ESTUDIO COMPARATIVO DE COHORTES**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

PRESENTA:

MARÍA GUADALUPE JEAN TRON

TUTOR PRINCIPAL

DR. JUAN GARDUÑO ESPINOSA

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DR. ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ, HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

DR. JOSÉ EFREN ISRAEL GRIJALVA OTERO, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CIUDAD DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

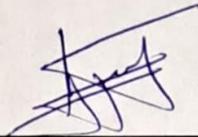
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

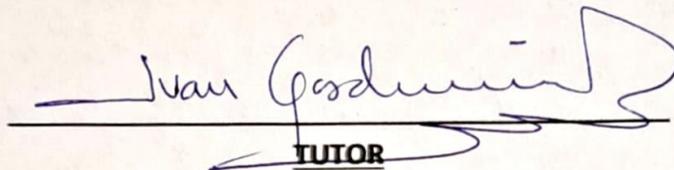
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTABILIDAD DEL NIVEL EN EL RAZONAMIENTO MORAL EN LA
CRISIS PANDÉMICA. UN ESTUDIO COMPARATIVO DE COHORTES**

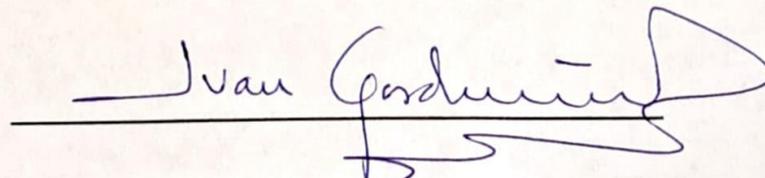
REGISTRO: HIM/2019/070



ALUMNA
MARÍA GUADALUPE JEAN TRON



TUTOR
DR. JUAN GARDUÑO ESPINOSA
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



RESPONSABLE DE LA ENTIDAD
DR. JUAN GARDUÑO ESPINOSA.

Índice

Abreviaturas.....	3
Resumen.....	4
Antecedentes.....	6
Moralidad.....	6
Desarrollo del razonamiento moral.....	7
DIT (Defining Issues Test).....	11
¿Qué se ha estudiado sobre el razonamiento moral?.....	12
¿Qué se sabe de la estabilidad del razonamiento moral?.....	14
¿Qué sucede con el razonamiento moral en las catástrofes?.....	16
Razonamiento moral en profesionales de la salud.....	17
Planteamiento del problema.....	20
Preguntas de Investigación.....	21
Justificación.....	21
Hipótesis	21
Objetivos	22
Metodología.....	22
Diseño y población de estudio.....	22
Descripción general del estudio.....	23
Definición de variables.....	25
Análisis de los Datos	28
Consideraciones éticas.....	29
Resultados	30
Estabilidad del razonamiento moral.....	32
Factores asociados	34
Discusión.....	40
Conclusiones.....	45
Referencias.....	46
Anexos.....	50

ABREVIATURAS

DIT	Defining Issues test
GRAS	Escala de Habilidad Reflexiva
IP	Índice P
MMPI-2	Inventario multifasético de Personalidad Minnesota 2
OMS	Organización Mundial de la Salud
HIMFG	Hospital Infantil de México Federico Gómez

RESUMEN

ANTECEDENTES: La teoría del desarrollo moral de Kohlberg afirma que las personas progresan a través de diferentes estadios de razonamiento moral conforme maduran en sus habilidades cognitivas e interacciones sociales. Los individuos en el nivel más bajo de razonamiento moral (nivel preconventional) juzgan las cuestiones morales basados en un esquema de interés personal, aquellos con un nivel medio (nivel convencional) las juzgan basados en un cumplimiento de reglas y normas, mientras que los individuos que se encuentran en el nivel más alto (nivel postconvencional) juzgan las cuestiones morales basado en principios universales e ideales compartidos.

La estabilidad del nivel del razonamiento moral ha sido poco estudiada, los estudios de Kohlberg muestran que existe una estabilidad al llegar a la etapa adulta, sin embargo, la evidencia de otros investigadores neo-kohlberianos ha encontrado resultados contradictorios, mencionando que el nivel de razonamiento moral depende de las circunstancias, sobre todo de aspectos socioemocionales. La presencia de la pandemia por COVID-19 dio la oportunidad de evaluar como ésta podía influir en el razonamiento moral ya que es sabido que el razonamiento (en un concepto más general) puede verse afectado por enfermedades mentales o crisis vitales que desestructuren al individuo. Por otro lado, el interés por estudiar la moral en la población médica no es nuevo debido a que la vida profesional médica no puede desprenderse de decisiones con implicaciones éticas y morales, por lo que estudiar esta población es importante ya que impacta directamente sobre la salud de la población.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Existirá una estabilidad del nivel de razonamiento moral alcanzado en la vida adulta? ¿Cuál será la relación de factores como la pandemia por COVID-19, el tipo de población estudiada y variables sociodemográficas sobre la estabilidad del razonamiento moral?

OBJETIVO PRINCIPAL: Comparar el nivel de razonamiento moral basal, al año y a los dos años de seguimiento. Evaluar la relación entre la pandemia por COVID-19, el tipo de población (residentes vs población general), sexo, edad y nivel de razonamiento moral y los cambios del nivel de razonamiento moral basal, al año y dos años.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de cohorte, conformado por dos estratos, uno de residentes de pediatría y otro de derechohabientes de una clínica familiar que cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó una medición basal del razonamiento moral y un cuestionario de datos sociodemográficos previo al inicio de la pandemia por COVID-19, el razonamiento moral se volvió a medir después de un año y a los dos años. Los cuestionarios fueron aplicados por uno de los investigadores quien cuenta con la capacitación necesaria. El razonamiento moral fue medido a través del instrumento Defining issues test, desarrollado por James Rest y validado en población mexicana, con lo que obtuvimos el nivel de desarrollo moral de cada sujeto. Se realizó análisis estadístico descriptivo de las características sociodemográficas, para evaluar las diferencias intragrupo del índice P se utilizó la prueba de Friedman para las 3 mediciones y la prueba de Wilcoxon para dos. Para las diferencias intragrupo de los niveles de razonamiento moral se utilizó la prueba de McNemar .

RESULTADOS: Se incluyeron 94 participantes, 47 residentes de pediatría y 47 de la

población general. Se observaron diferencias significativas en el razonamiento moral durante los dos años de seguimiento (IP inicial= 30; IP 1er año= 26.6; IP 2do año= 33.3; Friedman $p=0.047$) y diferencias en los niveles de razonamiento moral después del primer año (McNemar $p= 0.049$) no así en la comparación del segundo año con su basal (McNemar $p=0.96$). El 33% de los sujetos se mantuvo en el mismo nivel de razonamiento moral durante las tres mediciones, un 27% fluctuó tras el primer año con una recuperación para el segundo, el 19% tuvo un incremento de su razonamiento moral al final del estudio, mientras que el 20% terminó con un nivel más bajo. Los residentes de pediatría mostraron niveles basales más altos de razonamiento moral, 53% en el grupo postconvencional, comparado con el grupo de la población general (7%). En el grupo preconvencional se ubicaron 23% de los residentes y 64% de la población general. Para la segunda medición, un año después de iniciada la pandemia, el grupo de residentes tuvo una disminución significativa de 13 puntos en el índice P a diferencia del grupo de la población general en el que se observó una disminución de 3 puntos. La disminución observada, sin embargo, no igualó los niveles basales. Los residentes de pediatría se mantuvieron arriba por 10 puntos del grupo de población general.

CONCLUSIONES: Con estos hallazgos podemos concluir que el razonamiento moral de los participantes no fue estable en dos años, con mayores cambios negativos tras el primer año de seguimiento y pandemia por COVID-19, por lo que las crisis como ésta influyen de manera negativa en el nivel de razonamiento moral. Los cambios negativos fueron mayores en el grupo de residentes de pediatría a comparación del grupo de población general.

ANTECEDENTES

Moralidad

Los seres humanos somos capaces de tomar decisiones que idealmente deben ser justificadas, acerca de lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto, lo justo y lo injusto. Esto, que se va formando a lo largo de la vida, constituye la moralidad en las personas y tiene como característica el poder ejecutar una toma de decisiones libre y responsable(1). El filósofo Aranguren mencionó que el hombre es estructuralmente moral ya que le compete el quehacer de su vida, es decir, que fuera de los determinantes genéticos, instintivos y sociales puede ser libre para actuar decidida y responsablemente(2). Para lograr esta autonomía, es decir, para poder lograr tomar decisiones de manera libre y responsable, el ser humano debe desarrollar, a través del tiempo, ciertas capacidades y habilidades y al respecto se han desarrollado diferentes teorías, como las realizadas por Piaget y Kohlberg(3), de las que discutiremos posteriormente.

Existen diferentes teorías éticas filosóficas que estudian que es lo correcto o incorrecto, es decir. La ética entendida como la disciplina filosófica que reflexiona analiza y estudia las normas y valores morales, en cuanto a su validez, fundamentación y su legitimación. Entre ellas se encuentran la teoría ética deontológica y la teoría ética consecuencialista (siendo la más conocida el utilitarismo), que para fines de esta investigación se considerarán las más relevantes, ya que ambas conceden al **razonamiento moral** la mayor importancia para lograr una toma de decisiones morales libre y responsable, a pesar de basarse en diferentes primicias(4). La teoría deontológica pone el énfasis en el concepto del “deber”, es decir, lo más importante es la acción en sí misma, mientras que la consecuencialista lo coloca en los “bienes y fines”, es decir, coloca el criterio ético en la consideración de las consecuencias, ya sean directas o indirectas(5).

Más allá de la filosofía, la psicología moral estudia el desarrollo de la identidad moral, es decir, como las personas integran principios éticos en el desarrollo de su carácter, la psicología moral difiere de la filosofía al enfocarse en el “como” se toman las decisiones, en lugar de “que decisiones morales se deben tomar”, es decir tiene una perspectiva descriptiva en lugar de normativa (6). Los orígenes de la psicología moral se encuentran en diversos estudios y las primeras teorías propuestas sobre el desarrollo moral realizadas por Jean Piaget (1965) y Lawrence Kohlberg (1976). Ambos buscaban entender los cambios que ocurren en el razonamiento moral desde la niñez hasta la edad adulta, partiendo de una concepción deontológica, basados en el valor de la justicia y sosteniendo que el **razonamiento moral** es el elemento más importante en el fenómeno moral(7). En épocas más recientes la neurociencia ha tenido un papel importante en la psicología moral, al tratar de estudiar los fenómenos cerebrales involucrados en el razonamiento y las emociones morales(8).

Desarrollo del Razonamiento moral. Teoría de Kohlberg

El razonamiento moral es definido por Kohlberg como los juicios hechos sobre lo correcto y lo incorrecto(9), a pesar de que existen múltiples definiciones para este concepto, ésta será la utilizada para fines de esta investigación.

La teoría del desarrollo moral de Kohlberg está basada en gran medida en la teoría cognoscitiva de J. Piaget. Las teorías de estos autores destacan una serie de etapas universales que el ser humano atraviesa desde el nacimiento hasta la adultez. En su teoría más general del desarrollo cognoscitivo, Piaget propuso que el niño evoluciona a través de cuatro etapas de razonamiento progresivamente abstracto. Todos los niños se desarrollan a través de la misma secuencia, independientemente de sus experiencias particulares, en su contexto (su familia o su cultura). En relación con desarrollo moral, Piaget expone la existencia de dos grandes etapas: la etapa heterónoma o de realismo moral, y la etapa autónoma o independencia moral(3). Al respecto, Kohlberg alegó que la madurez moral no se conseguía con el estadio piagetiano de autonomía moral. Para elaborar su teoría sobre desarrollo moral, Kohlberg se basó en los siguientes presupuestos específicos(10):

- El desarrollo moral tiene un componente básico de **naturaleza cognitivo-estructural**
- La motivación básica para la moralidad son la aceptación, la competencia, la autoestima y la autocomprensión
- Los aspectos más importantes para el desarrollo moral son **universales**
- El desarrollo moral avanza a través de estadios, los cuales se caracterizan por ser estructuras de interacción entre el yo y los otros. Es la **interacción social** la que estructura normas y principios morales.
- **Estimulación cognitiva y estimulación social** son los factores ambientales implicados en el desarrollo moral, esta última ofrece oportunidades de toma de rol, o la capacidad de tomar la perspectiva del otro. Enfrentarse a un conflicto moral promueve en la persona una reorganización estructural de los esquemas de razonamiento moral que le van a permitir hacer conciencia de contradicciones que finalmente le permitan dar un paso hacia adelante al siguiente estadio de desarrollo moral.

De esta manera, Kohlberg elaboró un esquema de desarrollo moral en seis estadios dentro de 3 niveles, donde las dos etapas de desarrollo moral de Piaget correspondían sólo a los dos primeros niveles.

Antes de revisar cada uno de los estadios es importante decir que cada uno de ellos tiene las siguientes propiedades(3):

1. Implican formas cualitativamente diferentes de pensar y de resolver los mismos problemas.

2. Estas diferentes formas de pensar pueden ser ordenadas en una secuencia invariante. Ello no significa que todos los individuos alcancen un nivel postconvencional de razonamiento moral, de hecho, los estudios empíricos muestran que la mayoría de las personas nos encontramos en el nivel convencional (11).
3. Cada una de estas formas de pensar forma un todo estructurado, en cada etapa; todas las creencias del individuo están organizadas alrededor de esa particular forma de pensar.
4. Cada estadio sucesivo es una integración jerárquica de lo que había antes. Los estadios superiores no reemplazan los inferiores sino, más bien, los reintegran.

Los 6 estadios se encuentran contenidos en 3 niveles, cada uno de éstos representa perspectivas distintas que la persona puede adoptar en relación con las normas morales de la sociedad, por lo que constituyen tres tipos diferentes de relación entre el sujeto, las normas y las expectativas de la sociedad. Estos tres niveles con sus estadios correspondientes son(9):

Nivel I: Moralidad Preconvencional

El punto central de este nivel es el control externo del individuo. Así, pues, el individuo realiza los actos teniendo en cuenta los efectos directos que produce sobre sí mismo (premio-castigo).

- Estadio 1. La **orientación de obediencia por castigo**. Los individuos obedecen las reglas para evitar el castigo.
- Estadio 2. La **orientación instrumental-relativista** (el premio). El individuo, realiza las acciones que le resultan instrumentalmente satisfactorias, resultando un intercambio de acciones que resulta del mercantilismo.

Nivel II: Moralidad convencional

Los individuos asumen los papeles de las figuras de autoridad lo suficientemente bien como para decidir si una acción es buena según las instituciones sociales. De esta manera tienen en cuenta las expectativas de la sociedad y sus leyes sobre un dilema moral.

- Estadio 3. La **orientación interpersonal**. El individuo trata de buscar la aprobación de los “otros significativos” (del entorno más cercano).
- Estadio 4. La **orientación institucional**. El individuo se orienta hacia la autoridad y el mantenimiento del orden social de las instituciones. El comportamiento correcto consiste en mantener un orden social preconcebido que se justifica en sí mismo. Así, la legislación es el motor moral absoluto. En todos los casos, debe respetarse la autoridad y el orden social preestablecido.

Nivel III: Moralidad de principios o postconvencional

Los juicios están basados en lo abstracto y por principios personales que no necesariamente están definidos por las leyes de la sociedad. Se establecen valores independientes a las instituciones (como la justicia, libertad y la vida), y en último término, se los escala.

- Estadio 5. La orientación de **contrato social**. La acción correcta tiende a ser definida en términos de los derechos generales del individuo, que han sido acordados por la sociedad por consenso. Pero, asimismo, con una fuerte predisposición *a variar la ley* mediante nuevos consensos que hagan avanzar su sociedad a favor de los derechos prioritarios.
- Estadio 6. La orientación de **principios éticos universales**. Lo correcto es definido por la decisión en conciencia de acuerdo con los principios éticos auto-elegidos basados en la lógica, la consistencia y la universalidad. Así, lo correcto es cuestión de conciencia individual, e involucra los conceptos abstractos de justicia, dignidad humana e igualdad. Los individuos en esta fase consideran que hay principios universales en los que todas las sociedades deben estar de acuerdo.

Junto a los seis estadios ya mencionados, Kohlberg postuló un estadio transicional entre el 4 y 5, llamado estadio A (*Antistabishment*), el cual pertenece al nivel postconvencional, sin embargo, no es considerado de principios. Dicho estadio se estableció posterior a revisar la universalidad de los estadios junto con Turiel y Edwards en regiones no occidentales(12). Dicho estadio tiene las siguientes características:

- Considerar algo como correcto o no es una cuestión de elección personal y subjetiva
- La elección se encuentra basada en emociones, siendo la conciencia relativa
- Una perspectiva social que se define por la capacidad de tomar decisiones sin compromiso o contrato social, es decir, egocéntrica

Este estadio fue introducido con el fin de responder la aparente regresión observada en la secuencia de estadios morales durante la adolescencia y primera juventud. Kohlberg lo explica diciendo que lo que sucede es que la persona toma conciencia del principio de tolerancia o libertad de conciencia, incluyendo la relatividad cultural de las definiciones de los valores que pueden generar un escepticismo sobre la moralidad en general”, sin embargo tal postura carece de criterios racionales y cualquier opción es “buena”(11), así que en general este estadio no es tomado en cuenta en los estudios empíricos en adultos al considerarse una etapa transitoria.

Como se comentó previamente, los dos **factores básicos** que influyen en el avance a un estadio o nivel superior son el **desarrollo cognitivo** y la **interacción social** con la asunción de roles, que comentaremos con mayor detalle a continuación(10):

- a) **Desarrollo cognitivo**: Por cada nivel o estadio moral existe un estadio o subestadio lógico paralelo. Así, el razonamiento de la perspectiva preconvencional se basaría

en el nivel pre-operatorio o de las operaciones concretas de la teoría de Piaget; el razonamiento de la perspectiva convencional se basa por lo menos en la etapa operacional concreta y el razonamiento de la perspectiva postconvencional se basa en las operaciones formales avanzadas. Sin embargo, aunque el desarrollo cognitivo es una condición necesaria para el desarrollo moral, no es una condición suficiente, ya que muchos individuos se encuentran en un estadio cognitivo superior al que correspondería a su estadio moral.

- b) **Interacción social y asunción de roles:** Un factor aún más importante para el desarrollo moral son las interacciones en diferentes grupos sociales, que ofrecen al individuo la oportunidad de asumir el rol de los demás, de situarse en su perspectiva. Cada estadio moral implica una perspectiva distinta de asunción de roles. La capacidad de asumir el rol de otros es una habilidad social que se desarrolla gradualmente desde la edad de seis años y que prueba ser un momento decisivo en el crecimiento del juicio moral. Siendo que en el nivel preconvencional el individuo no puede ver más allá de sí mismo (egoísta), en el nivel convencional ya se tiene la capacidad ver al otro, y por lo tanto tomar decisiones teniendo en cuenta al otro cercano y finalmente en el nivel postconvencional se logra ver al otro como un igual, independientemente de quien sea.

Para Kohlberg la influencia importante para el desarrollo moral no reside en algún grupo o institución especial (familia, grupo de pares, instituciones secundarias), sino en la oportunidad que cualquier grupo o institución brinde para la asunción de roles, para que el individuo se sienta responsable y participe. Con lo dicho se entiende que para Kohlberg el desarrollo moral implica el desarrollo del razonamiento lógico y el desarrollo de la capacidad de toma de rol o perspectiva social(11), siendo ambos necesarios, pero no suficientes por si solos.

Cabe mencionar que la teoría del desarrollo moral de Kohlberg, al ser considerado válidamente explicativo del patrón estructural-evolutivo de la moralidad implica que, al alcanzar y consolidar un estadio, el individuo no se regresará de estadio. Esta característica estructural fue constatada por el mismo Kohlberg en sus estudios empíricos longitudinales, a través de una entrevista semi-estructurada que el mismo desarrolló, en donde se mostraba que tras cada retest realizado a los sujetos, éstos permanecían en el momento anterior de prueba, o habían logrado avanzar hacia el estadio siguiente(13).

En cuanto a la conducta moral, es decir, el actuar moral de las personas y no solo el cómo razonan, Kohlberg menciona que el razonamiento moral es previo y lo condiciona, es decir la conducta se adecua a la razón o juicio moral. Una acción es moral en la medida en que mantiene una relación de correspondencia con el juicio de la persona. La conducta moral propia de estadios avanzados exige poder articular razonamientos o juicios morales avanzados, aunque el estadio de razonamiento no garantiza una conducta moral coherente con el mismo, Kohlberg menciona que la coherencia entre juicio y acción moral estará mediada por el nivel de razonamiento moral, es decir a mayor nivel de razonamiento moral

mayor consistencia en las conductas morales(11).

Posterior a los estudios hechos por Kohlberg con su entrevista semiestructurada, uno de sus discípulos elaboró un instrumento de medición de los niveles de razonamiento moral con el objetivo de poder hacer una evaluación más objetiva y fácil de aplicar, que se describirá a continuación.

DIT (Defining Issues Test)

Desarrollado por James Rest en 1979 (14) operacionaliza la teoría de Kohlberg en un modelo conceptual de cuatro componentes de estadios de pensamiento:

- 1 Sensibilidad moral
- 2 Razonamiento moral
- 3 Desarrollo de ética profesional
- 4 Implementación moral (ejecutar el plan de acción)

Frente al modelo de estadio simple de Kohlberg, Rest propone un modelo de estadio complejo, en el que coexistirían formas de razonamiento moral que podrían corresponder a niveles de desarrollo diferentes, y cuya secuencia evolutiva podría variar de dirección. Menciona que, a la hora de caracterizar el razonamiento moral de una persona, sería mejor referirse a un estadio predominante en términos de probabilidad (15).

El DIT está compuesto por 6 historias en su versión original y 3 historias en su versión corta, que es actualmente la validada y utilizada en México, ante las cuales el sujeto debe tomar una serie de decisiones. En un primer nivel el sujeto debe decidir qué debe hacer el sujeto de la historia. En un segundo nivel el sujeto debe evaluar 12 cuestiones según su importancia. En el tercer nivel el sujeto debe jerarquizar las cuatro cuestiones más importantes de mayor a menor importancia, lo cual da un puntaje por cada una de estas cuestiones.

Con estos puntajes se pueden obtener los puntajes de los estadios 2,3,4, 5a,5b y 6, así como el principal indicador que es el **índice P** (IP) que se obtiene con la sumatoria de las puntuaciones de los estadios 5a, 5b y 6 e indica el total de razonamiento moral postconvencional o de principios que la persona elabora para responder a los dilemas morales (para mayores detalles ver *Descripción general del estudio*).

El DIT cuenta con validación en México y otros países de Latinoamérica. Los resultados muestran una adecuada consistencia interna, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.71, así como los procedimientos test-retest de 0.65 (16,17), los cuales son parecidos a los obtenidos por Rest con el DIT en su versión original: coeficiente de alfa de Cronbach alrededor de 0.70 y confiabilidad del test-retest entre 0.70 y 0.80(14).

¿Qué se ha estudiado sobre el razonamiento moral?

El objetivo del razonamiento moral es el de dar una respuesta defendible a un problema moral. El DIT es un instrumento que nos permite medir el nivel de razonamiento moral que un individuo emplea en la resolución de problemas generales, y que influye en la resolución de otros problemas más cotidianos y con una mayor dependencia del contexto. (18)

Este instrumento se ha utilizado en múltiples estudios descriptivos encontrando un perfil de razonamiento moral similar entre ellos, donde se observa un incremento en el puntaje del estadio 2 hacia el estadio 4 con predominio de éste, para posteriormente descender en los estadios más altos (5a, 5b y 6) (17,19,20), aunque se han encontrado diferentes promedios del índice P dependiendo de la población estudiada, en la tabla 1 se observan algunos ejemplos de los estudios con los diferentes IP's encontrados.

Tabla 1. Promedios y rangos del Índice P encontrados en la literatura

Estudio	País	No. de participantes	Tipo de población	Edad	IP Promedio (rango o DE)
Barba 2014(17)	México	1,191	Estudiantes de secundaria	11-16	18.1
			preparatoria	14-19	18.9
Bohm 2014(19)	E.U.A	120	Residentes de ortopedia		51.9 (0-86)
Murell 2014(20)	E.U.A	165	Estudiantes de medicina		42 ± 17.5
Batchelor 2015 (21)	Reino Unido	38	Veterinarios	18-50	38.2 (12-58)
	Unido	33	Público en general		31.8 (6-76)
Hanna 2017 (22)	Reino Unido	109	Estudiantes de farmacéutica	27.7	25.21 ± 14.1
Kuilman 2019 (23)	Holanda	155	Personal de enfermería	45.2 ± 9.1	30.7 ± 12.1

DE: Desviación estándar

Las principales variables que pudieran estar explicando las diferencias del nivel de razonamiento moral encontrado son la edad, la educación, la situación socioeconómica y la dedicación profesional de los sujetos, no así la variable sexo (11,18).

Como hemos visto, el desarrollo moral se va construyendo desde la infancia de manera progresiva, se han estudiado factores que influyen en esta progresión tales como edad, sexo, funciones cognitivas del niño así como características ambientales tales como nivel socioeconómico y funcionamiento familiar(24,25). Morasse en su estudio del 2022 evaluó a 122 niños de 3 a 5 años y a sus padres, encontró que el dominio cognitivo influyó considerablemente en presentar un razonamiento socio-moral más maduro,

específicamente mejores funciones ejecutivas y más conductas internalizadas, refiriendo que el presentar funciones ejecutivas más desarrolladas para su edad le permiten al niño tener una mejor regulación emocional, en cuanto a las conductas internalizadas los autores refieren que esta característica le permite al niño ser un mejor observador de las situaciones sociales, así como evitar las transgresiones sociales(26).

Existen algunos estudios que han evaluado las diferencias en el nivel de razonamiento moral que pueden o no existir entre diferentes grupos. Por ejemplo, dentro de una misma profesión, entre médicos residentes o estudiantes y médicos egresados o practicantes. Asimismo, se han estudiado las diferencias entre participantes de distintas ramas de la medicina. En un estudio del 2002, se observó que el índice P de los residentes internos era significativamente más bajo (IP=37.2) que el de aquellos residentes en práctica familiar (IP=45.5) y cirugía (IP=46.0) (27). Otro estudio que comparó el índice P de veterinarios contra el público en general no encontró diferencias, sugiriendo que tener un grado profesional no mejora las habilidades de razonamiento moral (21).

También se han evaluado las diferencias entre grupos de distintas regiones. En 2001, se encontró un índice P significativamente más bajo en los alumnos de la universidad de Los Ángeles, California (IP= 38.6) respecto a aquellos de la Universidad de Minnesota (IP= 45.64). Los investigadores consideraron que las diferencias podrían deberse principalmente a una mezcla de culturas, donde en la primera universidad el 42% de los participantes eran caucásicos y el 52% asiáticos, mientras que en la segunda el 90% eran caucásico (28).

Por otro lado, se ha evaluado la relación del razonamiento moral con otras capacidades o conductas de índole ético específicamente en el campo profesional. Un estudio por Candee et al. reportó que residentes con un mayor desarrollo en el razonamiento moral eran menos agresivos en su trato hacia neonatos con defectos (29). Además de relacionar el razonamiento moral con capacidades que se suponen directamente conectadas (como el comportamiento hacia los demás y la empatía entre otras), también se ha explorado si existe alguna relación entre un desarrollo elevado del razonamiento moral con ciertos conocimientos, como la comprensión del concepto “profesionalismo”, y la consideración de si es razonable o no que un código profesional se aplique siempre de la misma manera (tanto dentro de la universidad como fuera en la vida social). En el estudio donde se evaluó esto, los voluntarios eran todos estudiantes de Farmacéutica. El índice P de los estudiantes fue más bajo de lo esperado según los autores (IP= 25.21±14.10) y se recomendó prestar atención y cuidado a los futuros profesionales de la salud. El 98.2% (110/112) comprendían completamente el concepto de “profesionalismo” y el 83.9% (94/112) aceptaban estar regidos por un código profesional, los autores concluyeron que no hay una correlación entre un nivel de razonamiento moral elevado y la comprensión de términos como profesionalismo (22).

Otra habilidad que se ha estudiado en conjunto con el razonamiento moral es la de la reflexión personal. En un estudio se evaluaron 293 estudiantes de tercer año de la facultad de medicina de la Universidad Gadjah Mada (UGM), la habilidad de reflexión personal fue

medida usando el cuestionario de Escala de la Habilidad Reflexiva Gorginen (GRAS por sus siglas en inglés), y para medir la habilidad para el razonamiento moral se usó el DIT. La puntuación GRAS de todos los estudiantes fue de 89.59, lo que se considera un nivel alto de reflexión personal. En el DIT, el índice P fue de 32.39 con un rango de 21 a 41, lo cual indica un nivel moderado, entre preconventional y convencional. En general, según el estudio, los puntajes alcanzados en la habilidad de reflexión personal estuvieron positivamente correlacionados con los puntajes en el razonamiento moral, sin embargo, la correlación no fue estadísticamente significativa ($r=0.80$, $p=0.239$). Así, concluyeron los autores, se necesitan más estudios para detectar otros factores que tengan influencia en la habilidad de razonamiento moral con el objetivo de desarrollar intervenciones apropiadas para mejorarla (30).

En cuanto a estudios longitudinales, hay algunos que han medido el nivel de razonamiento moral de un grupo antes y después de una intervención educativa encontrando en su mayoría un incremento en el índice P después de la intervención. Por ejemplo, en Irlanda se evaluó un total de 27 voluntarios farmacéuticos aplicando el DIT pre y post una intervención educativa que tuvo una duración de 16 semanas. La versión del DIT que usaron para el estudio diferencia etapas consolidadas de etapas de transición. Se concluyó que el impacto de tal intervención fue positivo, pues el índice P promedio aumentó de 41.15 a 45.31. Observaron además, que la información que proporciona la clasificación de las etapas en consolidadas y de transición es útil para el estudio acerca de cómo las intervenciones afectan a los participantes dependiendo de la etapa en la que estos se encuentren, pues aquellos que se encontraban en una de transición alcanzaron puntajes de cambio más altos en la segunda evaluación que aquellos que se encontraban en una etapa consolidada (31).

¿Qué se sabe de la estabilidad del razonamiento moral?

Antes de hablar sobre la estabilidad del razonamiento moral como tal, es importante mencionar nuevamente que el lograr avanzar de nivel de razonamiento moral depende de dos factores básicos, el **desarrollo cognitivo** y la **interacción social**. Una capacidad fundamental en la cognición de las personas se da por el coeficiente intelectual, se requiere que la persona desarrolle un pensamiento abstracto para eventualmente lograr un razonamiento moral postconvencional. Sabemos que, una vez alcanzada una edad, el coeficiente intelectual, tiene cierta estabilidad a lo largo de la vida, aunque después de unos años empieza a declinar. Esto ha sido evaluado en algunos estudios longitudinales, algunos han encontrado una disminución de las capacidades cognitivas a partir de los 40 o 50 años, sobre todo en la velocidad de procesamiento(32–34), sin embargo en otros estudios se ha encontrado una estabilidad hasta después de los 60 años cuando empieza a disminuir la capacidad cognitiva(35,36). Salthouse en su estudio del 2016, evaluó a 2,330 adultos de hasta 81 años con pruebas de inteligencia Wechsler, enfocándose mayormente en las áreas de memoria y velocidad de procesamiento, que son las áreas en las que ya había encontrado cambios a través de la edad, sus resultados arrojaron que el decline con cambios

significativos en estas dos áreas empezaban a partir de los 60 años de edad(37), con lo que podemos decir que existe cierta estabilidad del coeficiente intelectual en la edad adulta, por lo menos hasta los 60 años de edad.

Sin embargo, la capacidad de razonar moralmente no solo depende del coeficiente intelectual del sujeto sino, muy probablemente, también de algunos rasgos de su personalidad que le permitan llevar a cabo de manera adecuada un razonamiento. Las teorías convencionales describen que los rasgos de personalidad son estables durante la vida adulta(38), sin embargo, en las últimas décadas algunos investigadores han encontrado resultados controversiales. Un metaanálisis por Roberts et al, que evaluó los cambios de personalidad medida con instrumentos que median los 5 rasgos de personalidad (Apertura a la experiencia, Responsabilidad, Extraversión, Amabilidad y Neuroticismo) e incluyó 92 estudios con un total de 1682 participantes a los que se les habían hecho mediciones por lo menos en dos ocasiones, encontró cambios en las personas mientras envejecían, la Amabilidad y la Responsabilidad aumentaban, mientras que el Neuroticismo disminuía(39). Otra revisión encontró que los rasgos de personalidad se mantenían estables en la vida adulta hasta los 50 años de edad donde ya no existía suficiente información(40) Langwerden estudió a 65 personas, les realizó el inventario multifásico de Personalidad de Minnessota 2 (MMPI-2) en el año 1992 y en un segundo momento en el 2012 con el MMPI-2-RF, encontrando que no había diferencias para los puntajes obtenidos en los rasgos evaluados después de 20 años: Agresividad, Impulsividad, Neuroticismo, Introversión y Psicoticismo(41).

En específico de la estabilidad del razonamiento moral, siguiendo los postulados de la teoría del desarrollo moral de Kohlberg, al consolidar un estadio, en condiciones habituales, ya no se puede regresar a un estadio previo, sino que se mantiene o se avanza(13), dicha aseveración se ha intentado refutar por otros psicólogos morales neo-kohlberianos que refieren que el nivel de razonamiento moral no es tan estático, si no que depende de las circunstancias, sobre todo por aspectos emocionales-afectivos que pueden condicionar el comportamiento moral(42).

Los estudios empíricos comentados previamente han evaluado el razonamiento moral de manera transversal o tras una intervención que pretende mejorarlo, sin embargo son muy pocos los estudios hasta el momento, que han evaluado el razonamiento moral o los cambios que podría tener éste a través del tiempo, sobre todo enfocados a los profesionales de la salud (43,44). Otros autores han estudiado constructos similares al razonamiento moral, por ejemplo Eisenberg et al evaluaron el razonamiento moral prosocial en adultos jóvenes, encontrando que los diferentes tipos de razonamiento prosocial (hedonista, aprobación, estereotipado e internalizado) se encuentran estables en edades entre 20 y 32 años, aunque parecen aumentar el razonamiento estereotipado y disminuir el hedonista(45), podríamos decir que el razonamiento estereotipado corresponde a un nivel convencional de Kohlberg, mientras que el hedonista corresponde a un nivel preconvencional.

Por lo anteriormente expuesto en otras secciones podemos decir que el razonamiento moral depende por una parte del razonamiento general (9) y se sabe que el razonamiento puede verse afectado por enfermedades mentales o por crisis importantes en la vida (46,47) que hagan que el estado emocional inestable del sujeto no permita un razonamiento adecuado, es decir que los pensamientos sean irracionales. Así mismo se ha sugerido que la regulación emocional, la cual puede verse alterada en la psicopatología, juega un papel importante en los juicios morales (48). Durante la realización de esta investigación, específicamente durante finales de 2019 e inicios del 2020, el mundo se vio envuelto en una de las crisis más importantes de los últimos tiempos, es decir, la pandemia por COVID-19, que sin duda ha influido en muchos aspectos de las vidas de las personas. Específicamente en marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró estado de pandemia por COVID-19 (49) y con el objetivo de coordinar e integrar la respuesta hospitalaria para la atención de pacientes por COVID 19, el 29 de marzo de ese año se anunció que se llevaría a cabo en México la reconversión hospitalaria, y se anunció que el Hospital Infantil de México sería inicialmente el Instituto Nacional de Salud que atendería a los pacientes menores de 18 años con COVID 19 (50), por lo tanto los residentes de pediatría de dicha institución (la población de estudio de uno de los grupos del presente estudio) tendrían actividades en la atención de primera línea a estos pacientes, enfrentándose a algo, hasta ese momento, desconocido.

¿Qué sucede con el razonamiento moral en las catástrofes?

Es conocido el efecto que una crisis o catástrofe puede tener sobre el razonamiento general y la salud mental de las personas. Específicamente hablando de crisis como epidemias, se sabe que frecuentemente se ve afectada la salud mental, algunas reacciones comunes incluyen el miedo a enfermarse y/o morir, o a que algún ser querido enferme o muera, incertidumbre ante la situación económica, aburrimiento, soledad y depresión por el aislamiento, riesgo de deterioro de la salud física o mental de personas vulnerables (51).

Además de la carga psicológica que presenta la población general, los médicos y el personal de salud, por tratar con el dolor y padecimiento de otros seres humanos, son más propensos a desarrollar estrés, angustia, depresión y fatiga por compasión, en el caso de una pandemia se agrega la transición abrupta de la práctica clínica diaria por la exigencia de enfrentarse a una enfermedad hasta el momento desconocida, bajo condiciones extremas de trabajo, el temor constante a contagiarse o contagiar a los suyos, la angustia y frustración de verse rebasados por el número de pacientes, escasez de recursos y evolución de la enfermedad (52).

Otro aspecto a considerar es que, debido al aumento en la carga de trabajo, puede haber un efecto negativo en la vida personal de los trabajadores de la salud, como la pérdida de las redes de apoyo social por las medidas de aislamiento social, además de que la toma de decisiones clínicas difíciles pueden ocasionar un sufrimiento moral, con síntomas de ansiedad y estrés tanto en el trabajo como en casa (53). Si bien la prevalencia de los

problemas de salud mental en el personal de salud varía, se estima que al hacer frente a esta pandemia se incrementó considerablemente. En un estudio de Corea del Sur se encontró que los residentes de ortopedia reportaron una disminución en su calidad de vida, mientras que un estudio realizado en Estados Unidos en residentes de otorrinolaringología encontró altos niveles de burnout (53) . En otro estudio se realizó una encuesta virtual a 120 médicos residentes en Qatar, se evaluó la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés a través de escalas. Se encontró que 42.5% tenían síntomas de depresión, 41.7% presentaban síntomas de ansiedad y 30.7% referían síntomas de estrés. También se encontró que los médicos residentes de menor jerarquía tenían peores resultados (54). Por lo tanto, nos preguntamos si también puede una crisis de esta magnitud modificar el nivel de razonamiento moral al indirectamente influir en la regulación emocional.

Razonamiento moral en profesionales de la salud

De cierta manera se espera de los médicos mayor profesionalismo y ética que de otros profesionistas, se entiende por profesionalismo médico el colocar el interés del paciente por encima de los del médico, siempre manteniendo estándares de competencia e integridad, así como proveyendo la asesoría experta a la sociedad en cuestiones de salud, para lograr esto se requiere que el médico respete los principios éticos del bienestar y de autonomía del paciente, así como el de justicia social(55). Desde un punto de vista sociológico el profesional de salud no es solo el agente que posee un conocimiento formal, sino también quien cuenta con la capacidad de servir para las necesidades del otro, así como para el bien común y la sociedad(56) y desde una perspectiva económica la medicina se considera un mercado imperfecto debido a la asimetría de la información entre médico y paciente, lo cual hace que en la medicina se requiera un estricto control y un apego del profesionista a un código ético de conducta(57)

Existen varios estudios que han evaluado el razonamiento moral tanto en estudiantes como en profesionales médicos (19,20,24,26,27,29,30) donde se ha descrito su razonamiento moral y uno de ellos encontró diferencias del razonamiento moral entre médicos internos (IP=37.2) y residentes de cirugía (IP=46)(27) que pudieran sugerir que a más años de experiencia en la práctica médica mayor nivel de razonamiento moral, sin embargo otros investigadores han encontrado una disminución del índice P a lo largo de la carrera de medicina. Patenaude et al realizaron un estudio longitudinal en 54 estudiantes de medicina, donde se evaluó el razonamiento moral a través del DIT, al inicio de su primer año de carrera y al final del tercer año, encontrando que el 72% de los estudiantes no presentó cambios sustanciales de estadio, mientras que el 13% disminuyó de nivel y el 15% aumento de nivel, sin embargo la media de los puntajes disminuyó ($p=0.028$) con un IP inicial de 44 y un IP después del tercer año de 38, sugiriendo que al entrar el estudiante a la práctica clínica disminuye su nivel de razonamiento moral debido a las reglas jerárquicas habituales de la enseñanza en los centros de salud (44). Por otro lado, Hren encontró una regresión en el nivel de razonamiento moral en los estudiantes de medicina, donde los puntajes de razonamiento postconvencional disminuían del tercer al sexto año de la carrera, sugiriendo

que el sistema jerárquico al que se enfrenta el estudiante al iniciar la práctica clínica hospitalaria puede influir en su forma de razonar, buscando “sobrevivir” más que tomar decisiones de la manera más correcta(43).

En la Unidad de Investigación en Ética Aplicada del Hospital Infantil de México Federico Gómez, durante el año 2019 y 2020 se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo y exploratorio que midió y comparó el nivel de razonamiento moral entre egresados de medicina con un grupo de jóvenes egresados de otras carreras y un grupo de adultos no profesionistas, encontrando diferencias importantes entre grupos, en la Tabla 2 se encuentran las medianas encontradas para los diferentes estadios y el índice P, así como las frecuencias de los niveles de razonamiento moral por grupo. El perfil de razonamiento moral del grupo de “no profesionistas” mostró un predominio muy alto de sujetos en el nivel preconvenicional con un 70%, pero solo un 4,5% en el nivel postconvenicional, mientras que en el grupo de “egresados de medicina” se encontró un 37,5% en el nivel preconvenicional y un 34% en el nivel postconvenicional ($X^2 p < 0.001$), siendo el grupo con mayor porcentaje en esta categoría. Esta gran diferencia podría deberse a que las diferencias en la edad y los niveles socioeducativos de los no profesionistas son mucho más amplias que las de los egresados de medicina. Sin embargo, también se encontraron diferencias significativas al comparar los perfiles de egresados de medicina con los de los egresados de otras profesiones, ya que estos últimos comprenden un 56% en el nivel preconvenicional y solo un 18% en el nivel postconvenicional, prueba de $X^2(p=0.02)$ (58). Estos hallazgos sugieren que el tipo de carrera estudiada pudiera influir en el desarrollo moral de la persona por lo que consideramos importante estudiar a este grupo en particular dentro del presente proyecto.

Tabla 2. Medianas y rango mínimo-máximo de los Estadios 2 al 6 y el índice P totales y por grupos. Frecuencias de niveles de razonamiento moral totales y por grupos.

Estadios	Total n=237 med (min- max)	Egresados de medicina n=88 med (min- max)	Egresados de otras profesiones n=82 med (min- max)	No profesionistas n=67 med (min-max)	p (Kruskal- Wallis)
2	6.1 (0- 26.6)	5 (0-23.3)	3.3 (0-26.6)	3.3 (0-26.6)	p= 0.68
3	17.3 (0- 53.3)	13.3 (0- 53.3)	20 (0-50)	16.6 (0-43.3)	p= 0.04
4	36.9 (0- 80)	36.6 (0-80)	35 (6.6-63.6)	36.6 (0-70)	p= 0.14
5A	17.4 (0- 56.6)	20 (0-56.6)	16.6 (0-56.6)	13.3 (0-36.6)	p<0.001
5B	5.6 (0- 13.6)	10 (0-13.3)	6.6 (0-13.6)	0 (0-13.3)	p<0.001
6	6.5 (0-20)	6.7 (0-20)	6.6 (0-20)	6.6 (0-20)	p=0.27
Índice P	29.2 (3.3- 83.3)	33.3 (0- 76.6)	26.6 (3.3-83.3)	20 (0-50)	p<0.001
N. preconvencional*	126 (52.7)	33 (37.5)	46 (56.1)	47 (70.1)	p<0.001^a
N. convencional*	61 (25.5)	23 (26.1)	21 (25.6)	17 (25.4)	
N. postconvencional*	50 (20.9)	32 (36.4)	15 (18.3)	3 (4.5)	

*NT (%): Números Totales

^a χ^2

Planteamiento del problema

Las decisiones del tipo moral se encuentran todos los días en nuestras actividades cotidianas, el proceder de unas personas difiere de otras tanto en su razonamiento como su actuar moral. Kohlberg desarrolló una teoría explicando los diferentes estadios, que van desde una heteronomía al desarrollo de una autonomía basada en el uso de principios universales, sin embargo, no todos los individuos logran desarrollarse hasta los estadios más altos. Según la teoría de Kohlberg al llegar a cierto estadio y que éste haya logrado estar consolidado no debería existir una regresión a un estadio menos avanzado (excepto en la adolescencia), hecho que evaluó empíricamente a través de una entrevista que el desarrolló, encontrando que los sujetos no regresaban de nivel, sino que se mantenían en el mismo o, en caso de darse las situaciones necesarias, lograban avanzar de estadio a través del tiempo(13).

Sin embargo, la evidencia posterior de otros investigadores, aplicando el instrumento DIT, elaborado por James Rest, ha encontrado resultados contradictorios. Siendo dicha evidencia escasa y en su mayoría con estudios transversales ha sido difícil establecer si realmente existe o no cierta estabilidad del nivel de razonamiento moral al llegar a la vida adulta, por lo que dentro de nuestro grupo de investigación hemos decidido estudiar si el nivel del razonamiento moral es realmente estable. Dadas las circunstancias en la planeación de este estudio, al presentarse la pandemia por COVID-19 se estableció como un objetivo evaluar el efecto de ésta en el razonamiento moral ya que es sabido que el razonamiento (en un concepto más general) puede verse afectado por enfermedades mentales o crisis vitales que desestructuren al individuo(46,47).

Se ha tenido un especial interés en evaluar el razonamiento moral en la población médica por varios investigadores, esto puede ser debido a que la vida profesional médica no puede desprenderse de decisiones con implicaciones éticas y morales, por lo que estudiar esta población es importante ya que impacta directamente sobre la salud de la población. En un estudio previo por la Unidad de Investigación en Ética Aplicada del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG), se encontró que existen diferencias significativas en el nivel de razonamiento moral entre egresados de medicina y población general(58) por lo que nos interesa conocer la estabilidad emocional en este grupo en particular.

Preguntas de Investigación

1. ¿Existirá una estabilidad del nivel de razonamiento moral alcanzado en la vida adulta?
2. ¿Cuál será la relación de factores como la pandemia por COVID-19, el tipo de población estudiada y variables sociodemográficas sobre la estabilidad del razonamiento moral?

Justificación

El nivel de desarrollo en el razonamiento moral ha sido estudiado recientemente por psicólogos y neurocientíficos dada su importancia en el comportamiento humano de manera general y de manera particular dentro de sus profesiones. Es poco sabido si realmente existe una estabilidad del nivel de desarrollo moral alcanzado en la vida adulta y si existen circunstancias que pueden llegar a afectarla. Con los resultados de este estudio tendremos mayor conocimiento sobre el razonamiento moral y sus cambios a través del tiempo, y en específico estudiar a los médicos es importante debido a las consecuencias que puede tener el no lograr un adecuado razonamiento moral en su práctica clínica, al verse involucrados de manera cotidiana en la toma de decisiones que afectan la salud y vida de otras personas. Así mismo se podrán planificar nuevos estudios para evaluar los factores que probablemente influyan en que algunos individuos desarrollen un razonamiento moral postconvencional estable a través del tiempo.

Hipótesis

1. El nivel de razonamiento moral será estable después de dos años de seguimiento a comparación de su basal
2. La pandemia por COVID-19, la edad, el sexo y el nivel de razonamiento moral no tendrán relación con la estabilidad del razonamiento moral. El ser residente de pediatría disminuirá el nivel de razonamiento moral después de 2 años a comparación de su basal

Objetivos

1. Comparar el nivel de razonamiento moral basal, al año y a los dos años de seguimiento
2. Evaluar la relación entre la pandemia por COVID-19, el tipo de población (residentes vs población general), sexo, edad y nivel de razonamiento moral y los cambios del nivel de razonamiento moral basal, al año y dos años.

Metodología

Diseño del estudio: Longitudinal, observacional, prospectivo, comparativo (estudio de cohorte)

Población del estudio: Estudiantes de la especialidad de pediatría. Derechohabientes de una clínica familiar

Período de tiempo: Febrero 2020 a Julio 2022

Tipo de muestreo: Por conveniencia. Se decidió incluir a todos los residentes de pediatría inscritos al primer año del ciclo escolar 2020-2021 del HIMFG y a todos los derechohabientes de la clínica familiar que decidieron participar.

Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- 1 Hombres y mujeres mayores de 18 años
- 2 Que acepten firmar el consentimiento informado

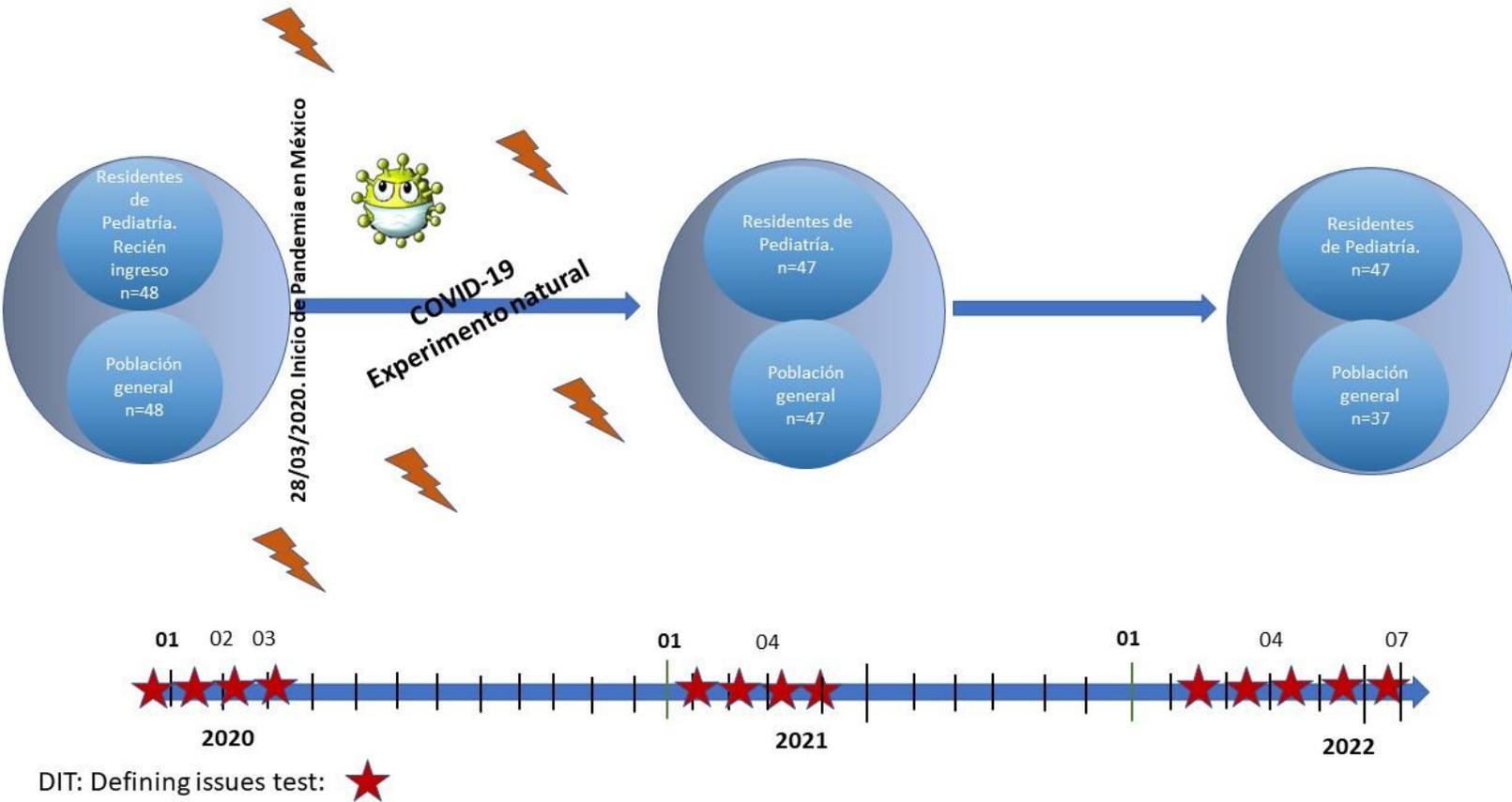
Criterios de exclusión:

- 1 Quienes se sepan con un déficit cognitivo o sensorial y no puedan responder el cuestionario
- 2 Quienes no completen adecuadamente el cuestionario
- 3 Quienes decidan retirar su participación

Criterios de eliminación:

1. Quienes por cualquier causa no realicen por lo menos un cuestionario de seguimiento
2. A quienes se le invalide los dos cuestionarios de seguimiento
3. Quienes decidan retirar su participación

Diagrama general del estudio



Descripción general del estudio

Participantes

Por conveniencia y con fines de evaluar su razonamiento moral de manera diferenciada se decidió invitar a participar a 2 tipos de poblaciones para conformar los estratos de la cohorte:

- 1 Estudiantes de la especialidad en pediatría de primer ingreso en el HIMFG
2. Derechohabientes de una clínica familiar de la ciudad de México que acudieran a consulta

Se incluyó a la totalidad de alumnos inscritos en el primer año de la Especialidad en Pediatría en el HIMFG en el período escolar 2020-2021. Dos días antes de iniciar su curso de primer

año, se les invitó a participar en el estudio explicando claramente el procedimiento y el contenido de los cuestionarios.

Se invitó a participar a los derechohabientes de una clínica familiar que acudían a consulta entre febrero y marzo del 2020, a aquellos que aceptaron y cumplieron con los criterios de selección se les explicó claramente en qué consistía su participación y se les dio a firmar la carta de consentimiento informado.

Cuestionarios

Los cuestionarios fueron aplicados por personal entrenado y calificado. Para los residentes de pediatría se realizaron en las instalaciones del HIMFG y para los derechohabientes en la clínica familiar. A todos los participantes se le aplicaron dos cuestionarios al inicio, el primero para obtener datos generales que incluyó edad, sexo, nivel académico, lugar de residencia, religión, ingresos mensuales y nivel educativo de los padres y el segundo para evaluar el razonamiento moral. Se repitió el cuestionario de razonamiento moral al año y a los dos años de seguimiento.

DIT (Defining Issues Test)

El DIT incluye 3 dilemas éticos, cada uno enfrenta al sujeto a un dilema moral, cada dilema cuenta con 12 argumentos representativos de los diferentes estadios de Kohlberg.

- a) En la primera sección de respuestas se le preguntó al sujeto su opinión acerca de lo que la persona de la historia debía hacer, pudiendo responder “sí” “no” o “no puedo decidir”.
- b) En una segunda sección el sujeto debe asignarles un grado de importancia entre cinco posibles a cada uno de los 12 argumentos. Cada uno de estos argumentos da una respuesta posible al dilema moral y representa alguno de los estadios de desarrollo moral.
- c) En la tercera sección, el sujeto eligió los cuatro enunciados más importantes de cada historia basándose en lo elegido en la segunda sección y jerarquizándolos del primero al cuarto lugar en orden decreciente de importancia.

Con estas respuestas se elaboraron puntuaciones brutas y porcentuales que expresan la frecuencia con la que el sujeto utilizó un estadio u otro de los estadios 2 al 6 de razonamiento moral.

Los indicadores resultantes son los siguientes:

- **Índice de P:** (suma de las categorizaciones dadas a los ítems de estadio 5a, 5b y 6 en su puntuación porcentual) ha sido el índice del DIT más usado y es el principal indicador para conocer el razonamiento moral de la persona. Este puntaje es interpretado como "la importancia relativa que un sujeto da a las consideraciones de principios morales universales para tomar una decisión con respecto a los

dilemas morales. Dado que utiliza puntuaciones porcentuales la escala es del cero al 100.

- **Puntaje estadios 2,3 y 4:** obtenido de la suma de puntos brutos y porcentuales que den los enunciados que la persona haya elegido como más importantes en la tercera sección y correspondan a dicho estadio. Indica la importancia relativa que un sujeto da a las consideraciones para tomar una decisión moral de tipo preconventional y convencional.
- **Puntaje estadios 5A, 5B y 6:** obtenido de la suma de puntos brutos y porcentuales que den los enunciados que la persona haya elegido como más importantes en la tercera sección y correspondan a dicho estadio. Corresponden a las discusiones de "moralidad de contrato social" "moralidad de humanismo intuitivo" y "la moralidad de principios de una cooperación social ideal"
- **Puntaje M:** es representativo de unos ítems de un alto razonamiento, pero con poco sentido. Este puntaje no representa ningún estadio de pensamiento además de la tendencia del sujeto a aprobar afirmaciones por sus pretensiones, más que por su significado. Por lo cual, un alto puntaje en esta escala sirve como precaución para tomar los datos de un sujeto demasiado en serio. Se recomienda descartar el protocolo del cual el puntaje bruto de "M" (no el porcentaje) sea de 4 o más alto, los sujetos que tienen este puntaje alto están a más de dos desviaciones arriba del promedio del puntaje, considerando que los sujetos no estén tomando la prueba con seriedad apropiada, dando un sesgo en la prueba.

Con el índice P se pueden categorizar a los sujetos en terciles, siendo el 1er tercil (**IP <30**) el correspondiente al **nivel preconventional**, el segundo tercil (**IP 30-40**) el correspondiente al **nivel convencional** y finalmente el tercer tercil (**IP >40**) al nivel postconvencional. El tiempo aproximado de aplicación del instrumento es de 30 a 50 minutos.

La primera medición del DIT se realizó en el período de febrero a marzo 2020, previo a la pandemia de COVID-19 en México; la segunda medición se realizó un año después en febrero a abril del 2021 y la tercera medición entre febrero y julio de 2022.

Posterior a la aplicación de los cuestionarios y su calificación, se recabó toda la información en una base de datos para su análisis.

Definición de Variables

Variable dependiente

Puntaje de razonamiento moral

Definición conceptual: Los juicios hechos sobre lo correcto y lo incorrecto.

Definición operativa: Puntaje obtenido del índice P de la prueba DIT en su medición basal y después del primer y segundo año de seguimiento.

- Categoría: Cuantitativa
- Escala de medición: Discreta

- Unidad de medición: 0-100

Nivel de razonamiento moral

Definición conceptual: Categoría dada de los juicios hechos sobre lo correcto y lo incorrecto dependiendo del tipo de razonamiento moral utilizado por el sujeto.

Definición operativa: Categoría obtenida en el DIT del razonamiento moral dependiendo del índice P obtenido: <30 pts.= preconvenacional; 30-40 pts. = convencional.; >40pts. = postconvenacional.

- Categoría: Cualitativa
- Escala de medición: Politómica
- Unidad de medición: preconvenacional/convenacional/postconvenacional

Variables independientes

Pandemia por COVID-19 (*ya que se considera como una intervención de tipo naturalística, es decir la intervención se produjo de manera natural o circunstancial* (59))

Definición conceptual: Pandemia derivada de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV2 a nivel mundial.

Definición operacional: Pandemia derivada de la enfermedad causada por el virus SARS-CoV2 a nivel mundial, en México iniciada el 28 de marzo de 2020.

- Categoría: Cualitativa
- Escala de medición: Dicotómica
- Unidad de medición: antes/después

Tipo de población

Definición operacional: Estrato al que pertenece el participante en el presente estudio

- Categoría: Cualitativa
- Escala de medición: Dicotómica
- Unidad de medición: Residentes de Pediatría/Población General

Edad

Definición conceptual: Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición operacional: Edad al momento del inicio del estudio en años cumplidos registrada en el cuestionario de datos sociodemográficos por el participante.

- Categoría: Cuantitativa
- Escala de Medición: Discreta
- Unidad de medición: años

Sexo

Definición conceptual: Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer.

Definición operacional: características fenotípicas que diferencian al hombre de la mujer, referidas en el cuestionario de datos sociodemográficos por el participante.

- Categoría: Cualitativa
- Escala de medición: Dicotómica
- Unidad de medición: Masculino/ Femenino

Variables descriptivas

Estado civil

Definición conceptual: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Definición operacional: Situación legal respecto a si tiene pareja o no referida en el cuestionario de datos sociodemográficos por el participante.

- Categoría: Cualitativa
- Escala de medición: Politómica
- Unidad de medición: Soltero/casado o unión libre/divorciado o separado/viudo

Ingresos mensuales familiares

Definición operacional: Respuesta referida por el sujeto en el cuestionario de datos sociodemográfico sobre cuánto ganan los proveedores familiares en promedio al mes al inicio del estudio.

- Categoría: Cualitativa
- Escala de medición: Politómica
- Unidad de medición: 0-2699/2700-6799/6800-11599/11,600-34999/>35000

Nivel académico

Definición conceptual: Último grado académico terminado en un momento dado.

Definición operacional: Último grado académico terminado al momento del inicio del estudio, registrado en el cuestionario de datos sociodemográficos por el participante.

- Categoría: Cualitativa
- Escala de medición: Politómica
- Unidad de medición: primaria/secundaria/preparatoria/licenciatura

Religión

Definición operacional: Respuesta referida por el sujeto en el cuestionario de datos sociodemográfico sobre si profesa o no alguna religión.

- Categoría: Cualitativa
- Escala de medición: dicotómica
- Unidad de medición: si/no

Escolaridad paterna/materna

Definición conceptual: Último grado académico terminado en un momento dado.

Definición operacional: Último grado académico terminado al momento del inicio del estudio del padre/madre del participante referido en el cuestionario de datos sociodemográficos.

- Categoría: Cualitativa
- Escala de medición: Politómica
- Unidad de medición: primaria/secundaria/preparatoria/licenciatura/posgrado

Análisis de los Datos

Se realizó un análisis descriptivo para las características sociodemográficas de la población. Las variables cualitativas se reportaron con números totales y porcentajes y las variables cuantitativas, con mediana y rango mínimo máximo (min-máx) ya que presentaron distribución no paramétrica.

Para la descripción del razonamiento moral, se obtuvieron los puntajes porcentuales del índice P y se expresaron en medianas y rangos min-máx. para la población total, así como divididos por sexo, edad y población. Así mismo se realizó la categorización en terciles del índice P para obtener los niveles de razonamiento moral y se expresaron con números totales y porcentajes tanto para la población total, como por sexo, edad y población.

Se realizó análisis inferencial para evaluar los cambios intragrupo antes y después del primer año y antes y después del segundo año del índice P con la prueba de Wilcoxon, para evaluar los cambios en los dos años de seguimiento se utilizó la prueba de Friedman. Para evaluar los cambios intragrupo antes y después de las categorías de los niveles de razonamiento moral se utilizó la prueba McNemar-Bowker.

Se realizó un análisis con la correlación de Spearman para evaluar los niveles de razonamiento moral iniciales con los finales, así como para el IP inicial con el final.

Se utilizó el software estadístico SPSS Versión 24. Se estableció un nivel de significancia estadística con una $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

El proyecto se apegó a las recomendaciones internacionales de la Declaración del Helsinki 2013 de la Asociación Médica Mundial “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” y al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

El presente estudio según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación se consideró de **riesgo mínimo** por el motivo de realizar cuestionarios que evalúan la conducta de los sujetos. Se solicitó carta de consentimiento informado.

Debido a que algunos de los sujetos de investigación son estudiantes (por lo tanto, vulnerables) se les hizo una invitación a participar y se les hizo hincapié en que la participación es voluntaria, anónima y los resultados no influirían de ninguna manera en sus funciones académicas ni el trato con sus superiores.

Los resultados fueron analizados de manera grupal, no caso por caso, por lo que no se publicarán los resultados individuales sino el comportamiento del grupo, y los datos obtenidos fueron manejados con claves asignadas a cada sujeto para fines de análisis, cumpliendo de esta manera con la confidencialidad del paciente.

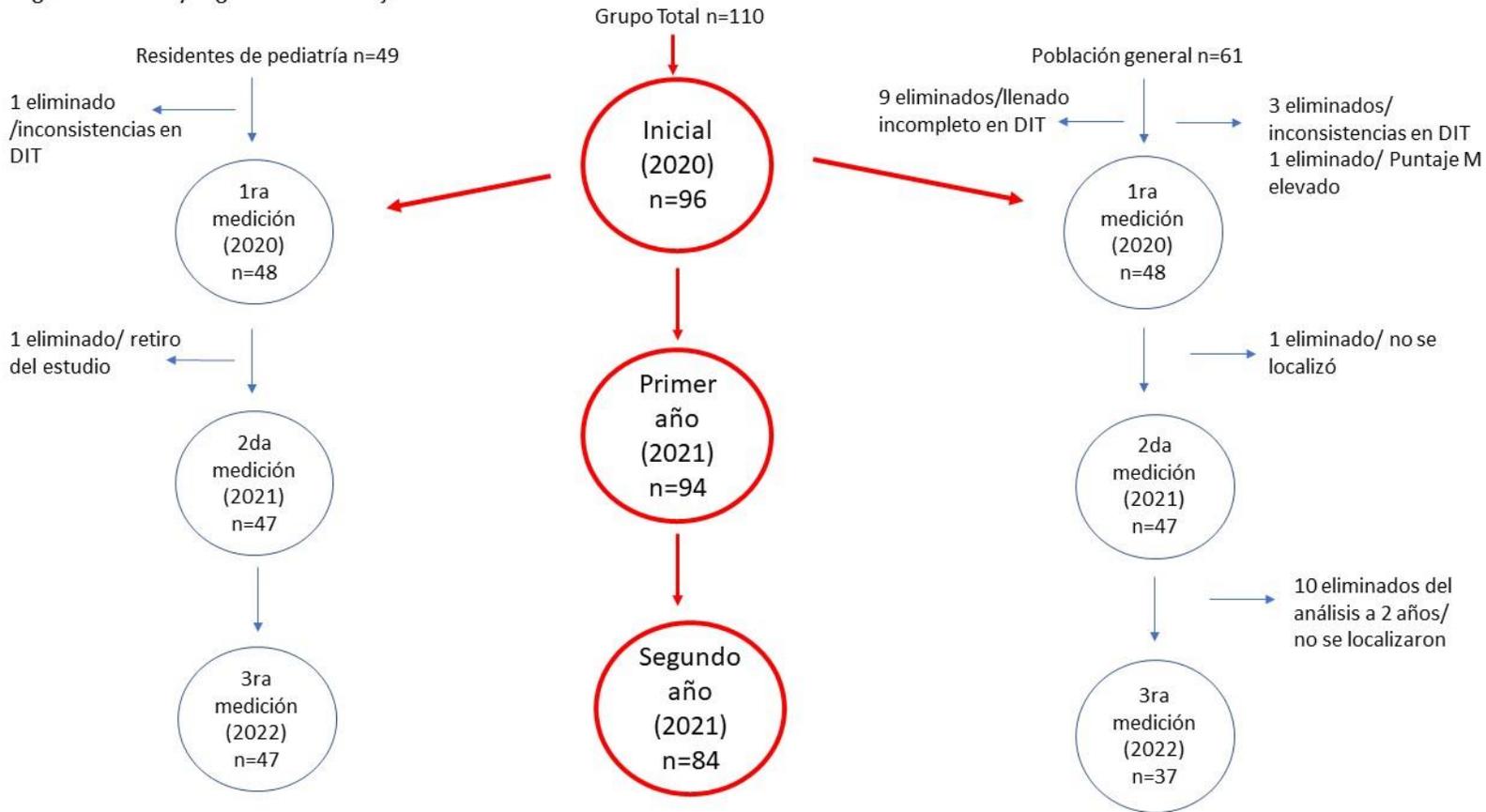
Los participantes no obtuvieron ningún beneficio al participar en este estudio, el beneficio fue en cuanto al conocimiento que se obtuvo. Los riesgos para los participantes al realizar el cuestionario de razonamiento moral fueron el poder sentirse incómodo al ser evaluado en sus conductas y pensamientos.

El proyecto fue aprobado por los Comités de Ética, de Investigación y Bioseguridad del Hospital Infantil de México Federico Gómez, número HIM-2019-070.

Resultados

En la Figura 2 se puede observar la selección de los sujetos que conformaron la cohorte. Se obtuvo el consentimiento informado de 110 sujetos, de los cuales se eliminaron 9 sujetos por llenado incompleto del DIT, 4 por inconsistencias y uno por rebasar el puntaje M permitido en la primera medición, se eliminaron otros 2 sujetos que no realizaron la segunda medición (uno se retiró del estudio y otro no se localizó) quedando en total 94 sujetos que se incluyeron en el análisis. Posteriormente se tuvo una pérdida de 10 sujetos que no se les logró localizar para la tercera medición.

Fig 2. Selección y seguimiento de sujetos



Resultados basales

En total se incluyeron 94 participantes que contaban con cuestionarios válidos por lo menos en las dos primeras mediciones. Casi el 70% de los participantes fueron mujeres, tuvieron una mediana de edad de 27.5 años, con predominio ligero de los solteros (51.1%), la mitad con estudios de licenciatura, en la Tabla 3 se encuentran las características sociodemográficas de la población.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la población

		Total N= 94 NT (%)
Sexo	Femenino	65 (69.1)
	Masculino	29 (30.9)
Edad (mediana, min-máx)		27.5 (19-86)
Estado civil	Soltero	48 (51.1)
	UL/Casado	43 (45.7)
	Divorciado/ Separado	2 (2.1)
	Viudo	1 (1.1)
Escolaridad	SE/Primaria	14 (14.9)
	Secundaria	12 (12.8)
	Preparatoria /CT	21 (22.3)
	Licenciatura	47 (50)
Ingreso familiar	0-2,699	1 (1.1)
	2,700-6,799	22 (23.4)
	6,800-11,599	25 (26.6)
	11,600-34,999	24 (25.5)
	35,000-49,999	8 (8.5)
	>50,000	14 (14.9)
Religión		70 (74.5)
Escolaridad padre	SE/Primaria	12 (12.8)
	Secundaria	27 (28.7)
	Preparatoria/CT	18 (19.1)
	Licenciatura	29 (30.9)
	Posgrado	8 (8.5)
Escolaridad madre	SE/Primaria	19 (20.2)
	Secundaria	29 (30.9)
	Preparatoria/CT	13 (13.8)
	Licenciatura	23 (24.5)
	Postgrado	10 (10.6)

NT: números totales, UL: Unión libre, SE: sin estudios, CT: carrera técnica

Los resultados basales del DIT se muestran en la tabla 4. La mediana del índice P (IP) fue de 30 con un rango desde los 0 a los 76.6 puntos. En cuanto a los niveles de razonamiento moral se encontró un predominio del nivel preconventional con el 44%, seguido del nivel postconventional con 30%

Resultados del seguimiento a dos años. Estabilidad del razonamiento moral

El IP después del primer año tuvo una leve disminución de 4 puntos y para el segundo año tuvo un aumento de 7 puntos siendo las diferencias entre las tres mediciones estadísticamente significativas (Friedman, $p=0.047$). En cuanto a los niveles de razonamiento moral durante los dos años de seguimiento hubo un incremento del casi 10% en el nivel preconventional para el primer año y una disminución del 13% del nivel postconventional para ese mismo año (Tabla 4)

Tabla 4. Frecuencias del nivel de razonamiento moral e IP en los dos años de seguimiento

	DIT 2020 n: 94 NT (%)	DIT 2021 n: 94 NT (%)	DIT 2022 n: 84 NT (%)
N. preconventional	41 (43.6)	51 (54.3)	34 (40.5)
N. convencional	25 (26.6)	28 (29.8)	24 (28.6)
N. postconventional	28 (29.8)	15 (16)	26 (31)
IP	30 (0-76.6)*	26.6 (6.7-63.3)*	33.3 (3.3-73.3)*

IP: Índice P

NT: números totales

*mediana (rango min-máx)

Análisis por individuos

Se tomó en cuenta solo a los 84 sujetos que realizaron las 3 mediciones de razonamiento moral, encontramos que al comparar la medición de los niveles de razonamiento moral inicial (2020) con la del 2021 (tabla 5), el 50% de los sujetos se mantuvo en el mismo nivel, el 36% disminuyó de nivel y solo el 14% de los sujetos subió de nivel de razonamiento moral, encontrando diferencias significativas (McNemar $p=0.049$). Al comparar la medición inicial con la final, encontramos que el 61% de los sujetos se mantuvo en el mismo nivel, 20% disminuyó de nivel y 19% subió de nivel, dichos cambios no fueron estadísticamente significativos (McNemar $p=0.96$).

Tabla 5. Cambios en el nivel de razonamiento moral al 1er y 2do año en comparación con su basal

Basal	1er año NT (%)			2do año NT (%)		
	preconvencional	convencional	postconvencional	preconvencional	convencional	postconvencional
N. preconvencional n=34	25 (73.5)	6 (17.6)	3 (8.8)	23 (67.6)	6 (17.6)	5 (14.7)
N. convencional n=24	13 (54.2)	8 (33.3)	3 (12.5)	7 (29.2)	12(50)	5 (20.8)
N.postconvencional n=26	9 (34.6)	8 (30.8)	9 (34.6)	4 (15.4)	6 (23.1)	16 (66.5)

NT: números totales

Solo 28 (33.3%) de los 84 sujetos se mantuvieron dentro del mismo nivel en las tres mediciones, de los cuales 8 se encontraron en el nivel postconvencional, 3 en el nivel convencional y 17 se mantuvieron en el nivel preconvencional.

Veintitrés (27.4%) de los 84 sujetos regresó a su nivel inicial posterior al segundo año de seguimiento. De éstos, 8 (9%) sujetos se encontraban inicialmente como nivel postconvencional y lo recuperaron tras haber disminuido al nivel convencional (3/8) o preconvencional (5/8) en el primer año de seguimiento. Otros 9 sujetos se encontraban inicialmente en el nivel convencional y lo recuperaron tras haber disminuido a nivel preconvencional (7/9) o aumentado a nivel postconvencional (2/9). Los otros 6 sujetos iniciaron en nivel preconvencional y regresaron a éste después de haber subido al nivel convencional (5/6) o postconvencional (1/6).

El resto de los 33 participantes (39.3%) no regresó a su nivel basal. De éstos, **16 (19%) incrementaron** su nivel final con respecto al basal, de los cuales cinco iniciaron en nivel convencional y subieron a postconvencional, mientras que 11 iniciaron en nivel preconvencional y seis de ellos subieron a nivel convencional y cinco subieron a nivel postconvencional. **17 sujetos (20%) terminaron en un nivel más bajo** del basal., de los cuales siete iniciaron en nivel convencional y disminuyeron al preconvencional y los otros 10 (12%) iniciaron en el nivel postconvencional y terminaron en el nivel convencional (6/10) o preconvencional (4/10).

Se evaluó si los sujetos habían regresado a su nivel basal posterior al segundo año de seguimiento, encontrando una correlación de Spearman de 0.49 ($p < 0.001$), al realizar el análisis por índice P basal y a los dos años, se encontró una correlación de Spearman moderada de 0.54 ($p < 0.001$).

Resultados del análisis de los factores que pudieran influir en la estabilidad del razonamiento moral

Análisis por nivel de razonamiento moral, sexo y edad

Clasificando a los participantes por subgrupos dependiendo de su **nivel de razonamiento moral** inicial encontramos que los sujetos que iniciaron en nivel preconvencional (n=45) tuvieron una mediana de IP inicial de 26.6 (0-26.6), en el primer año obtuvieron un IP de 23.3 (6.7-53.3) y al final del segundo año un IP de 23.3 (3.3-50), cambios que fueron estadísticamente significativos (Friedman $p=0.006$); para los que iniciaron en nivel convencional (n=25), se observó un IP inicial de 33.3 (30-40), un IP al primer año de 26.6 (6.7-63.3) y un IP a los dos años de 34.9 (3.3-63.3) cambios que no fueron estadísticamente significativos (Friedman $p=0.11$); para el grupo del nivel postconvencional (n=28), iniciaron con un IP de 50 (43.3-76.6), disminuyeron a 33.3 (13.3-63.3) en el primer año y tuvieron un IP de 44.9 (3.3-73.3) al segundo año de seguimiento, cambios que fueron estadísticamente significativos (Friedman $p<0.001$).

Dividiendo a los participantes **por sexo**, encontramos que las mujeres iniciaron con una mediana del IP de 33.3 (0-76.6) en el primer año se obtuvo un IP de 26.7 (6.7-66.3) y en el segundo año de seguimiento un IP de 36.6 (3.3-73.3) cambios que fueron estadísticamente significativos (Friedman $p=0.013$); para los hombres, iniciaron con una mediana de IP de 26.6 (10-60), después del primer año un IP de 23.3 (10-63.3) y para el segundo año un IP de 26.6 (6.6-63.3) cambios que no fueron estadísticamente significativos (Friedman $p=0.9$). En la Tabla 6 se observan las frecuencias de los niveles de razonamiento moral durante los dos años de seguimiento por sexo. Al evaluar los cambios del nivel de razonamiento moral por sujeto observamos que las mujeres tuvieron un cambio significativo posterior al primer año (McNemar $p = 0.02$) no así para el segundo año en comparación de su basal (McNemar $p = 0.95$); en cuanto a los hombres no hubo cambios significativos en el primer año (McNemar $p = 0.9$) ni en el segundo (McNemar $p = 0.5$).

Dividiendo a los participantes **por edad**, encontramos que los menores de 40 años iniciaron con una mediana del IP de 35 (0-76.6), después del primer año obtuvieron un IP de 30 (6.7-63.3) y para el segundo año de seguimiento un IP de 36.6 (3.3-73.3) cambios que fueron estadísticamente significativos (Friedman $p=0.008$); para los de 40 años o más, obtuvieron un IP inicial de 20 (3.3-46.6) después del primer año un IP de 20 (6.7-53.3) y para el segundo año un IP de 23.3 (3.3-50) cambios que no fueron estadísticamente significativos (Friedman $p=0.3$). En la Tabla 6 se observan las frecuencias de los niveles de razonamiento moral durante los dos años de seguimiento por edad. Al evaluar los cambios del nivel de razonamiento moral por sujeto observamos que los menores de 40 años tuvieron un cambio significativo posterior al primer año (McNemar $p = 0.012$) no así para el segundo año en comparación de su basal (McNemar $p = 0.75$); en cuanto a los mayores de 40 años no hubo cambios significativos en el primer año (McNemar $p = 0.6$) ni en el segundo (McNemar $p = 0.26$).

Tabla 6. Frecuencias del nivel de razonamiento moral en los dos años de seguimiento por sexo y edad

	Mujeres			Hombres			< 40 años			>40 años		
	DIT inicial n=65 NT (%)	DIT año 1 n=65 NT (%)	DIT año 2 n=58 NT (%)	DIT inicial n=29 NT (%)	DIT año 1 n=29 NT (%)	DIT año 2 n=26 NT (%)	DIT inicial n=66 NT (%)	DIT año1 n=66 NT (%)	DIT año 2 n=60 NT (%)	DIT inicial n: 28 NT (%)	DIT año1 n: 28 NT (%)	DIT año 2 n: 24 NT (%)
N. pre	24 (36.9)	35 (53.8)	21 (36.2)	17 (58.6)	16 (55.2)	13 (50)	20 (30.3)	31 (47)	20 (33.3)	21 (75)	20 (71)	14 (58.3)
N. con	19 (29.2)	19 (29.2)	17 (29.3)	6 (20.7)	9 (31)	7 (26.9)	19 (28.8)	23 (34.8)	19 (31.7)	6 (21.4)	5 (18)	5 (20.8)
N. post	22 (33.8)	11 (16.9)	20 (34.5)	6 (20.7)	4 (13.8)	6 (23.1)	27 (40.9)	12 (18.2)	21 (35)	1 (3.6)	3 (11)	5 (20.8)

NT: números totales

Análisis por el factor Pandemia por COVID-19

Para evaluar el efecto de la pandemia en la población estudiada, realizamos un análisis del primer año de seguimiento de los 94 sujetos.

Posterior al primer año de pandemia se encontró una disminución del IP de 3.4 puntos (Wilcoxon $p= 0.047$)(Figura 3). Al hacer el análisis por subgrupos dividiendo a los sujetos por su nivel de desarrollo moral inicial, se encontró una mayor disminución de puntaje en el nivel postconvencional con 16.7 puntos de diferencia (Wilcoxon $p= <0.001$). En las figuras 4 y 5 se observan los cambios del IP por sexo y edad respectivamente.

También se observaron cambios significativos de sujetos que iniciaron en un nivel de razonamiento moral y terminaron en otro (McNemar $p= 0.049$). De los 28 de 94 (30%) sujetos que iniciaron en nivel postconvencional solo 9 (10%) permanecieron en ese nivel posterior al primer año de pandemia. En la Fig 4 se observan los cambios de los sujetos por nivel de razonamiento moral. El 50% de los sujetos se mantuvo en el mismo nivel en el que iniciaron, el 16% incrementó de nivel y hubo un 34% que disminuyó de nivel después del primer año de pandemia.

Fig. 3. Puntajes del IP total y por niveles de desarrollo, antes y después del 1er año de pandemia por COVID-19

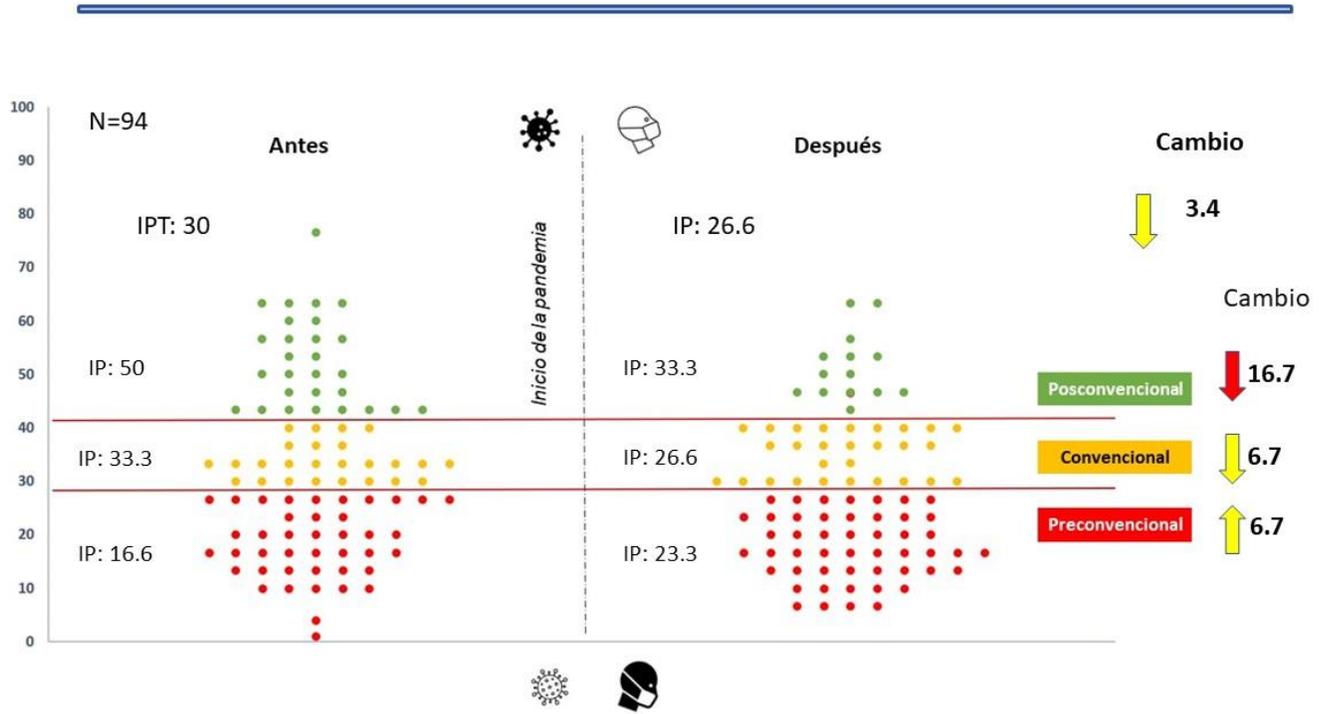


Figura 4 Cambios intragrupo antes y después del primer año de seguimiento.

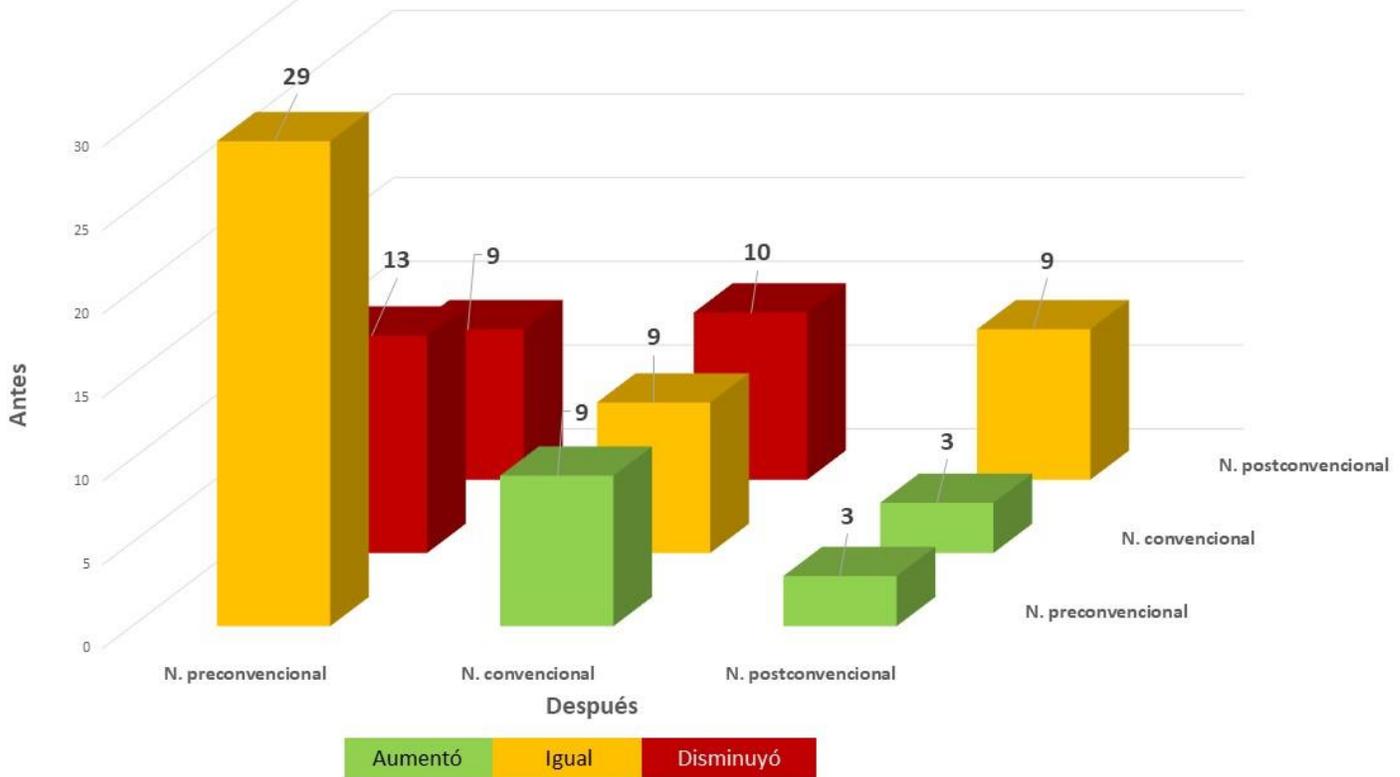


Fig 4. Se observan los cambios por sujeto del nivel de razonamiento moral. Horizontal: Niveles de razonamiento moral inicial (2020). Vertical: Niveles de razonamiento moral al primer año (2021). En amarillo se observan los sujetos que se mantuvieron en el mismo nivel tras el primer año de seguimiento. En rojo se observan los sujetos que disminuyeron de nivel tras el primer año. En verde se observan los sujetos que incrementaron de nivel tras el primer año.

Análisis por tipo de población

Para evaluar el comportamiento del razonamiento moral tanto en los residentes de pediatría como en el grupo de población general analizamos los datos por separado en los 47 residentes de pediatría y los 37 sujetos de la población general que realizaron las 3 mediciones de razonamiento moral. Para detalles de las diferencias de las características sociodemográficas entre las dos poblaciones dirigirse al Anexo 4 .

Residentes de Pediatría

Los residentes de Pediatría obtuvieron una mediana del IP inicial de 43.3 (0-76.6), con una disminución de 13 puntos después del primer año, IP 30 (10-63.3) y un aumento de 10 puntos al final del segundo año, IP 40 (3.3-73.3), cambios que fueron estadísticamente significativos (Friedman $p=0.03$)

En la Tabla 7 se puede observar el comportamiento de los residentes de pediatría según el nivel de razonamiento basal y sus cambios en la segunda y tercera medición. La concordancia global del nivel de razonamiento moral entre la medición basal y el 1er año fue de 43% y entre la medición basal y el 2do año fue 62% por lo que hubo un incremento del 19%.

Solo 14 (30%) de los 47 residentes se mantuvieron dentro del mismo nivel en las tres mediciones, de los cuales 8 se encontraron en el nivel postconvencional, 3 en el nivel convencional y 3 se mantuvieron en el nivel preconconvencional.

Tabla 7. Cambios en el nivel de razonamiento moral al 1er y 2do año en comparación con su basal en Residentes de pediatría

Basal	1er año			2do año		
	precon	con	postcon	precon	con	postcon
N. preconconvencional n=11	6 (54.5)	4 (36.4)	1 (9.1)	7 (63.6)	2 (18.2)	2 (18.2)
N. convencional n=11	5 (45.5)	5 (45.5)	1 (9.1)	2 (18.2)	7 (63.6)	2 (18.2)
N. postconvencional n=25	8 (32)	8 (32)	9 (36)	4 (16)	6 (24)	15 (60)

Quince (32%) de los 47 residentes regresó a su nivel basal en el segundo año de seguimiento. De éstos 7 (15%) residentes se encontraban inicialmente como nivel postconvencional y lo recuperaron tras haber disminuido al nivel convencional (3/7) o preconconvencional (4/7) tras el primer año de seguimiento. Otros 4 residentes se encontraban inicialmente en el nivel convencional y lo recuperaron tras haber disminuido a nivel convencional (3/4) o aumentado a nivel postconvencional (1/4). Los otros 4 residentes iniciaron en nivel preconconvencional y regresaron a éste después de haber subido al nivel convencional (3/4) o postconvencional (1/4).

Los otros 18 (38%) de los 47 residentes no regresaron a su nivel basal, de éstos **6 (13%)**

incrementaron su nivel final con respecto al basal y **12 (26%) terminaron en un nivel más bajo** del inicial. De los 6 que incrementaron su nivel 2 iniciaron en nivel convencional y subieron a postconvencional y 4 iniciaron en nivel preconconvencional, 2 de ellos subieron a nivel convencional y 2 a postconvencional. De los 12 que disminuyeron su nivel, 2 residentes iniciaron en nivel convencional y disminuyeron al preconconvencional y los otros 10 (21%) iniciaron en el nivel postconvencional y terminaron en el nivel convencional (6/10) o preconconvencional (4/10).

Los cambios observados entre el nivel basal y al primer año de seguimiento mostraron ser estadísticamente significativos (McNemar $p=0.012$), sin embargo, los cambios entre el nivel basal y el segundo año de seguimiento no fueron significativos (McNemar $p=0.45$). Se realizó un análisis de correlación para evaluar si los residentes habían regresado a su nivel basal posterior al segundo año de seguimiento, encontrando una correlación de Spearman de 0.45 ($p=0.002$), al realizar el análisis por índice P basal y a los dos años, se encontró una correlación de Spearman moderada de 0.48 ($p=0.001$).

Población General

En el grupo de Población General se observó una mediana del IP inicial de 26 (3.3-46.6), con una disminución de 10 puntos al primer año, IP 16.6 (6.7-63.3) y un aumento de 10 puntos al segundo año, IP 26.6 (3.3-63.3), cambios sin significancia estadística (Friedman $p=0.13$).

En la Tabla 8 se puede observar el comportamiento de los sujetos de la Población general según el nivel de razonamiento basal y sus cambios en la segunda y tercera medición. La concordancia global del nivel de razonamiento moral entre la medición basal y el 1er año fue de 59.5% y entre la medición basal y el 2do año fue 59.5% por lo que hubo una disminución del 6%.

Tabla 8. Cambios en el nivel de razonamiento moral al 1er y 2do año en comparación con su basal en Población general

Basal	1er año			2do año		
	precon	con	postcon	precon	con	postcon
N. preconconvencional n=23	19 (82.6)	2 (8.7)	2 (8.7)	16 (69.6)	4 (17.4)	3 (13)
N. convencional n=13	8 (61.5)	3 (23)	2 (15.4)	5 (38.5)	5 (38.5)	3 (23)
N. postconvencional n=1	1 (100)	0	0	0	0	1 (100)

Solo 14 (38%) de los 37 sujetos se mantuvieron en el mismo nivel durante las tres evaluaciones, todos dentro del nivel preconconvencional.

Ocho (22%) de los 37 sujetos regresó a su nivel inicial posterior a los dos años de seguimiento. De éstos solo un sujeto se encontraba inicialmente en el nivel postconvencional y lo recuperó tras haber disminuido al nivel preconconvencional durante el primer año de seguimiento. Otros 5 sujetos (14%) se encontraban inicialmente en el nivel

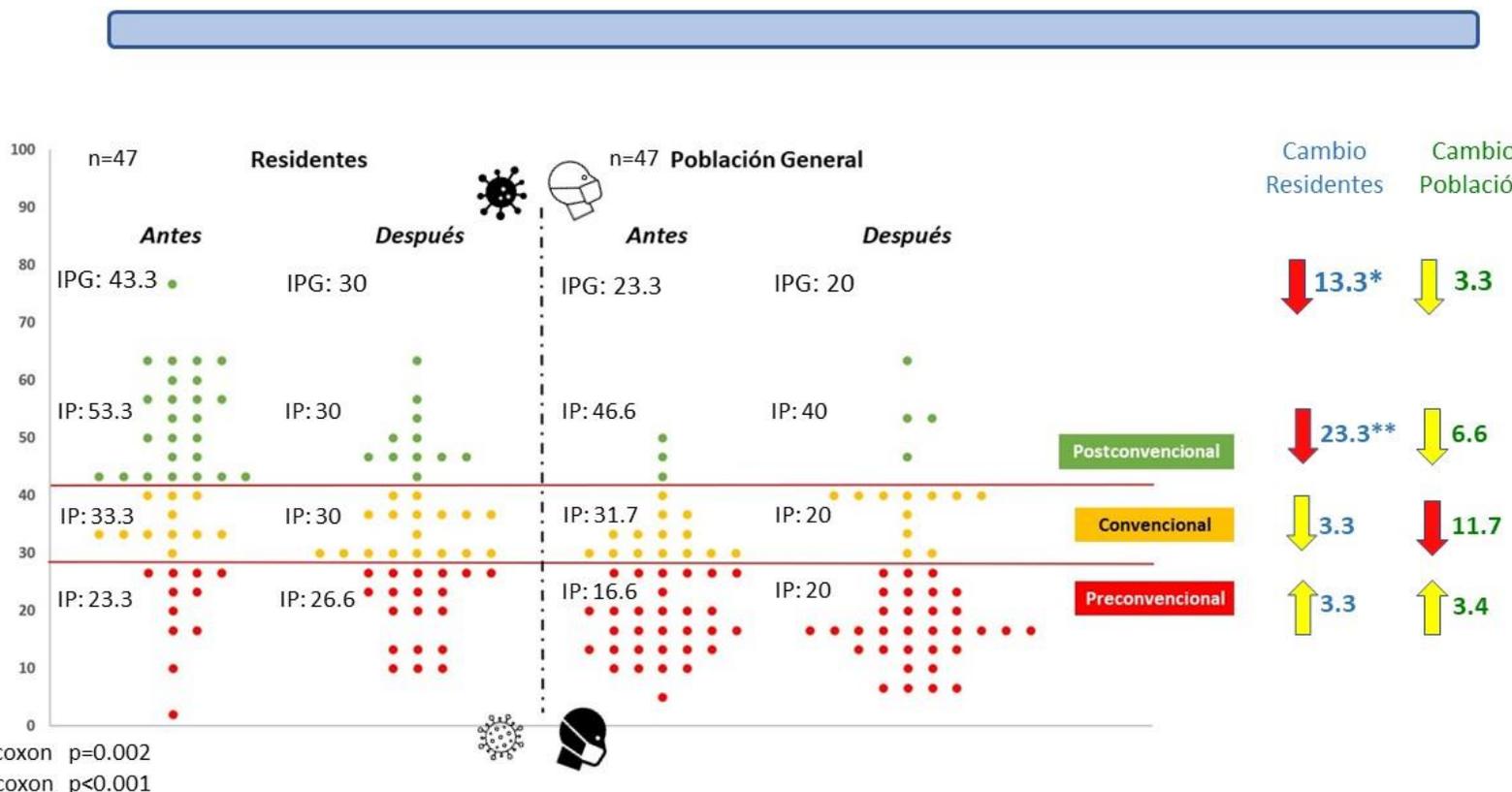
convencional y lo recuperaron tras haber incrementado al nivel postconvencional (1/5) o disminuido al nivel preconvenicional (4/5). Los otros 2 sujetos iniciaron en el nivel preconvenicional y tras haber aumentado al nivel convencional volvieron a su nivel inicial.

Los otros 15 (41%) sujetos no regresaron a su nivel inicial, de éstos **10 (27%) incrementaron** su nivel final con respecto al basal y **5 (14%) terminaron en un nivel más bajo** del inicial. De los 10 que incrementaron de nivel, 3 iniciaron en nivel convencional y subieron al postconvencional y 7 iniciaron en el nivel preconvenicional, de ellos 4 subieron a nivel convencional y 3 subieron a nivel postconvencional. Los 5 sujetos que disminuyeron de nivel se encontraban inicialmente en el nivel convencional y disminuyeron al preconvenicional.

Los cambios observados entre el nivel basal y el primer año de seguimiento no mostraron significancia estadística (McNemar $p=0.79$) tampoco los cambios entre el nivel basal y el segundo año de seguimiento (McNemar $p=0.11$). Se realizó un análisis de correlación para evaluar si los sujetos habían regresado a su nivel basal posterior al segundo año de seguimiento, encontrando una correlación de Spearman de 0.45 ($p=0.02$), al realizar el análisis con el índice P basal y a los 2 años se encontró una correlación de Spearman moderada de 0.36 ($p=0.03$).

Al evaluar lo sucedido entre estos grupos durante el primer año de pandemia, encontramos una disminución significativa del índice P de 13 puntos (Wilcoxon $p=0.002$) en los residentes de pediatría, no así en la Población General (Figura 5).

Figura 5. Diferencias en el razonamiento moral entre residentes de pediatría y población general, antes y después del primer año de seguimiento



DISCUSIÓN

Estabilidad del razonamiento moral en adultos

La presente tesis tuvo como objetivo principal evaluar la estabilidad del razonamiento moral en adultos en un período donde se pudo observar el efecto de una crisis tal como la pandemia por COVID-19. Los hallazgos encontrados a dos años muestran que no existió una estabilidad del nivel de razonamiento moral en la muestra estudiada al encontrar diferencias significativas en los cambios del nivel de razonamiento moral de los sujetos después del primer año de seguimiento (McNemar $p= 0.049$) y al haber encontrado diferencias significativas en las medianas del IP del DIT (IP inicial= 30; IP 1er año= 26.6; IP 2do año= 33.3, Friedman $p= 0.047$), sin embargo, al comparar los niveles de razonamiento basal y final no hubo diferencias (McNemar $p= 0.96$), así como tampoco las hubo en el IP basal y final (Wilcoxon $p= 0.7$), lo que nos dice, que a pesar de las fluctuaciones observadas en el primer año de seguimiento y pandemia por COVID-19, gran parte de los sujetos regresó a su nivel basal.

Por otro lado, solo el 33% de los sujetos se mantuvo en el mismo nivel durante las tres mediciones y otro 27% tuvo una fluctuación tras el primer año de seguimiento para después regresar a su nivel de razonamiento moral inicial. El 19 % de los sujetos incrementaron de nivel durante estos dos años, esto no va en contra de lo dicho por Kohlberg, ya que el observó que los sujetos podrían subir a un nivel de razonamiento moral más desarrollado bajo ciertas circunstancias (9), sin embargo, es de llamar la atención que el 20% (17 sujetos) de nuestra población estudiada disminuyó de nivel de razonamiento moral, lo cual, de acuerdo con Kohlberg no debería pasar, es importante recalcar que 10 de estos 17 participantes iniciaron en un nivel postconvencional, 11 eran residentes de pediatría, 13 tenían 30 años o menos y 11 eran del sexo femenino.

Factores asociados a la estabilidad del razonamiento moral

Al realizar un análisis más detallado, encontramos que los que iniciaron en el nivel postconvencional fueron los que mostraron mayores cambios negativos en el razonamiento moral (IP inicial= 50; IP 1er año= 33.3; IP 2do año= 44.9; Friedman $p<0.001$) con una disminución del IP al primer año de 16 puntos y una recuperación de casi 12 puntos al segundo año de seguimiento, mientras que en el grupo de nivel convencional se observó una disminución no significativa de 6 puntos al primer año con aumento de 7 puntos en el segundo año y en el grupo preconvencional se observaron diferencias menores de 4 puntos en los dos años de seguimiento, siendo el grupo más estable, con más del 82% de participantes manteniéndose estables o incrementando de nivel al final del seguimiento. Algunos investigadores mencionan que puede existir una “regresión transitoria” del desarrollo moral en la adultez joven, que en realidad no es una regresión como tal, ya que los sujetos siguen siendo capaces de juzgar las situaciones morales con un nivel superior previamente desarrollado, más bien simplemente deciden juzgarlos de diferente manera

(61), es decir los individuos con un nivel postconvencional podrían elegir juzgar las situaciones morales de una manera postconvencional, convencional o preconvencional, mientras que los sujetos con un nivel preconvencional solo tienen esa opción, a menos que ciertas experiencias o “conflictos sociales” se presenten y permitan que el individuo pueda desarrollar a otro nivel su moralidad (3).

También se observó que los hombres tuvieron menos variación (menos de 4 puntos de diferencia) con respecto a las mujeres con diferencias de hasta 10 puntos, con un IP= 26.7 al primer año y un IP= 36.6 en el segundo año, sin embargo, este cambio es un incremento en el nivel de razonamiento moral, aun así, si se observó una disminución del IP inicial al primer año de más de 6 puntos, mayor al observado en los hombres. Es importante tomar en cuenta que el sexo femenino fue predominante en el total de la muestra con el 70%, encontramos que el IP basal de las mujeres es ligeramente superior al de los hombres (IP 33.3 vs 26.6, respectivamente) y el cambio observado posterior al primer año de seguimiento fue ligeramente mayor en el grupo de mujeres comparado con los hombres (disminución de IP de 6.7 puntos vs 1.6 puntos, respectivamente). Esta diferencia del IP entre sexos también se ha observado en otros estudios (18,58,62) . En el estudio realizado por Self en 488 estudiantes de medicina se encontraron diferencias entre sexos de 5.5 a 8.4 puntos, entre los 4 grupos estudiados, favoreciendo a las mujeres (63). A pesar de que se ha observado consistentemente una diferencia ligera en el nivel de razonamiento moral entre mujeres y hombres, los datos de este estudio también sugieren otra diferencia entre sexos, es decir que el sexo femenino pudiera ser más propenso a presentar cambios a través del tiempo por lo que se requerirían más estudios longitudinales con mayor número de muestra para corroborar estos datos y donde se pueda realizar un análisis estadístico más sofisticado que también tome en cuenta el nivel de razonamiento moral y otros factores como la edad.

En cuanto a la edad, el grupo de más de 40 años se mostró más estable en su razonamiento moral al mostrar cambios no estadísticamente significativos menores de 4 puntos en los dos años de seguimiento, en comparación con los más jóvenes (< 40 años) donde se observó una disminución del IP de 5 puntos en el primer año con un aumento posterior de casi 7 puntos.

Estos datos sugieren que el tener un nivel preconvencional, ser hombre y tener una edad mayor de 40 años son características a favor de la estabilidad del razonamiento moral, en cambio el tener un nivel postconvencional y ser menor de 40 años parecieran características que hacen que el nivel de razonamiento moral no sea tan estable, o exista mayor variabilidad de ésta, muy posiblemente bajo ciertas circunstancias.

En cuanto al posible efecto de la Pandemia por COVID-19 sobre el razonamiento moral encontramos una leve disminución del IP de 3.4 puntos después del primer año de pandemia, que fue estadísticamente significativa, sin embargo, el cambio es pequeño y en cuanto al cambio del nivel de razonamiento moral también se observaron diferencias estadísticamente significativas (McNemar $p= 0.049$). Es importante mencionar que durante

el desarrollo de este estudio se presentó el inicio de la pandemia por COVID-19 justo en el transcurso del primer año de seguimiento y es una posibilidad que este tipo de crisis haya tenido una influencia sobre esta fluctuación observada en el razonamiento moral. No hay estudios previos que hayan evaluado lo que sucede con el razonamiento moral en crisis como las epidemias, sin embargo, si se conoce que en las epidemias es frecuente que se vean afectadas otras condiciones como lo es la salud mental, debido a que reacciones como el miedo a enfermar o morir de uno mismo o un ser querido, la incertidumbre en la situación económica, la soledad y depresión por el aislamiento se pueden presentar (51) y se conoce que un estado emocional alterado puede modificar la manera de razonar de las personas (47). Al haber encontrado la mayor parte de los cambios negativos sobre el razonamiento moral tras el primer año de pandemia por COVID-19, este estudio es el primero en evidenciar el efecto de una crisis en el razonamiento moral y consideramos muy importante corroborar en estudios futuros estos hallazgos.

Los cambios más importantes se observaron en los residentes de pediatría posterior al primer año de la pandemia a comparación del grupo de población general donde no se encontraron dichos cambios. Específicamente se observó una disminución del índice P de 13 puntos ($p= 0.002$) en los residentes de pediatría comparado con una disminución de 3 puntos ($p= 0.4$) en el grupo de población general, el cual no fue estadísticamente significativo. Llama mucho la atención la disminución de nivel observada entre los residentes que se encontraban en el grupo postconvencional, siendo que solo el 28% permaneció en dicho nivel después de un año y hasta un 28% disminuyó hasta el nivel preconvencional ($p=0.003$), en el grupo de población general hubo una disminución de nivel del 100% de los participantes que se encontraban inicialmente en el nivel postconvencional, sin embargo este dato no es estadísticamente significativo debido al número pequeño de muestra ($p=0.79$).

La disminución del puntaje P y los niveles de desarrollo moral en estudiantes de medicina ha sido estudiada con anterioridad (27,44). Hren encontró en su estudio con 707 estudiantes del 3er año de medicina una disminución de los que inicialmente se encontraban dentro del nivel postconvencional a un nivel convencional posterior a un año de entrar a las prácticas clínicas, proponiendo que la organización jerárquica de las prácticas clínicas y los dilemas morales que los estudiantes pudieran encontrarse pudieran tener un efecto causal (43). Mientras tanto Patenaude en su estudio con 92 estudiantes de medicina de primer año, encontró que a los 3 años el 79% habían disminuido de nivel. Dichos hallazgos se contradicen con otros que no han encontrado cambios a través de los años de estudio de medicina (64,65). Nuestra población no era de estudiantes de pregrado de medicina, si no de la especialidad de pediatría, sin embargo, es posible que lo encontrado por Hren, es decir, lo referido a las prácticas clínicas con lo que esto conlleva (orden jerárquico y toma de decisiones morales con los pacientes) puedan influir en parte en los cambios observados en nuestro estudio.

En un estudio previo de nuestro grupo de investigación (2019), en 88 residentes de pediatría de diferentes años del mismo hospital del estudio actual (de primer a tercer año de

pediatría y estudiantes de subespecialidad) se encontró una mediana del índice P de 33 (rango min-máx. 3.3-76.6), con el 37.5% de ellos en el nivel postconvencional, 26% convencional y 36% en preconvencional (58). Dichos datos difieren a lo encontrado en el estudio actual en la evaluación posterior a un año de pandemia, es decir, cuando ingresaban al segundo año de la especialidad, donde encontramos una mediana del índice P de 30 (10-63.3), con solo el 19% de ellos en nivel postconvencional, 38% en nivel convencional y 43% en preconvencional, estas diferencias importantes, sobre todo en el porcentaje de sujetos en el nivel postconvencional nos sugieren que no solo las prácticas clínicas parecen estar influyendo, si no que la crisis por la pandemia de Covid-19 puede estar jugando un papel importante.

Se conoce que un estado emocional alterado puede modificar la manera de razonar de las personas (47). La pandemia por COVID-19 ha traído consigo una carga psicológica para la población general, en el caso del personal de salud se agrega la transición abrupta de la práctica clínica habitual por la exigencia de enfrentarse a una enfermedad hasta ahora desconocida, bajo condiciones extremas de trabajo, con el temor constante a enfermar o morir (52,54). Por lo que el hecho de que los residentes se encontraban en la primera línea de atención para pacientes con COVID pudiera tener una influencia negativa en cuanto a su razonamiento moral, la cual no se llegó a observar en la población general.

Por otro lado, llama la atención las diferencias encontradas en los resultados basales entre el grupo de residentes de pediatría y el grupo de población general. Ambos grupos presentaron un perfil de desarrollo moral con un crecimiento del puntaje desde el estadio 2 al estadio 4, con predominio de éste, para posteriormente descender en los estadios más altos. Este mismo perfil se ha reportado por otros investigadores (19,21,31).

Sin embargo, los puntajes de los estadios son diferentes entre los grupos, predominando en el grupo de residentes los estadios altos (5^a,5b y 6) y en el grupo de población general, los estadios bajos (2,3 y 4), esto mismo se refleja en las diferencias encontradas en el índice P (IP), con 43 y 23 puntos, para los residentes y población general respectivamente, dichas diferencias persistieron a pesar de la disminución observada en los residentes en el primer año y aumento en el segundo año (IP 30 vs 20 $p= 0.01$ en el primer año, IP 40 vs 26 $p= 0.0001$ en el segundo año), esto puede deberse al nivel de estudios de los individuos, la edad, el profesar o no una religión o a otras circunstancias. Se han reportado en la literatura aumentos en el nivel de desarrollo moral según la edad y nivel educativo de las personas. Sin embargo, todavía no quedan claros todos los factores que podrían estar influyendo en que algunos individuos alcancen nada más los niveles preconvencionales o convencionales y solo unos cuantos el nivel postconvencional, por lo que sin duda esto es objeto de futuras investigaciones. En cuanto a si existe o no una estabilidad en la vida adulta del nivel de razonamiento moral alcanzado, como lo dice el mismo Kohlberg al mencionar que hay cierta irreversibilidad, con los resultados de este estudio podemos establecer que sin duda existen circunstancias que pueden llevar a un individuo a modificar su tipo de razonamiento moral de más elevado a uno más bajo y podría ser que una crisis como la presentada en la pandemia de COVID-19, sea un factor que influya en la disminución del nivel de

razonamiento moral en algunos individuos.

Dentro de las limitaciones del estudio se debe considerar el número limitado de sujetos y las diferencias de edad y otras variables sociodemográficas entre el grupo de residentes y población general, por lo que no son totalmente generalizables los resultados, por lo que debe considerarse como un estudio exploratorio que requiere mayor evidencia para poder hacer conclusiones definitivas. Es importante tomar en cuenta que el nivel educativo entre los grupos es diferente, ya que todos los sujetos del grupo de residentes de pediatría, tiene al menos licenciatura, mientras que en el grupo de población general todos tienen menor nivel educativo, por lo que no se puede descartar que esta variable influya en los resultados. Lo mismo con los ingresos mensuales, que nos hablan de manera indirecta del nivel socioeconómico de los participantes, lo cual también puede influir en los resultados. Por lo que consideramos importante para futuras investigaciones incluir un mayor número de muestra y así poder estudiar el impacto de estas variables sobre el razonamiento moral y su estabilidad o cambios a través del tiempo o ante crisis vitales. Otra limitación es que la población de residentes fue de una sola especialidad e institución por lo que los resultados podrían no ser válidos para otras poblaciones. Por otro lado, es importante mencionar que no existe en la literatura un punto de corte que establezca cual es el puntaje en el IP significativo para mencionar que existe un cambio real. Así como la mayoría de los estudios previos, en nuestro estudio tomamos en cuenta las diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, debido a que el test-retest del DIT original y la versión que utilizamos no es muy alto (0.7 y 0-65 respectivamente) consideramos que cambios de bajos puntajes pudieran estar reflejando solo la variación normalmente vista al utilizar este instrumento, por lo que consideramos importante que se hagan estudios donde se establezca el puntaje mínimo en el IP para considerar un cambio real.

CONCLUSIONES

Con los resultados de este estudio podemos concluir que el razonamiento moral de los participantes no fue estable en dos años, con mayores cambios negativos tras el primer año de seguimiento y pandemia por COVID-19, por lo que las crisis como esta influyen de manera negativa en el nivel de razonamiento moral.

El nivel menos estable fue el grupo que inició con un nivel de razonamiento moral postconvencional. El grupo de nivel preconvencional, el sexo masculino y los mayores de 40 años fueron los que se mostraron con mayor estabilidad en el razonamiento moral.

Posterior al primer año de pandemia se encontró una disminución significativa del IP en residentes de pediatría a diferencia del grupo de población general.

Referencias

1. Joaquín GA. Actitudes religiosas, valores y razonamiento moral. 2008.
2. Carles J, Verdera R. JOSÉ LUIS LÓPEZ-ARANGUREN : DEMOCRACIA , MORAL , JUVENTUD Y EDUCACIÓN UNIVERSITARIA. *Derechos y Lib.* 2021;44(2):209–35.
3. Hersh R RJ. El Crecimiento moral. De Piaget a Kohlberg. 1984. España.
4. Cejudo-Córdoba R. Deontología y consecuencialismo: un enfoque informacional. *Crit Rev Hispanoam Filos.* 2010;42(126):3–24.
5. Maliandi R, Thüer O, Cecchetto S. Los paradigmas de fundamentación en la ética contemporánea. *Acta Bioeth.* 2009;15(1):11–20.
6. Guerrero L. Psicología moral y concepción multidimensional de la subjetividad en la filosofía de Hume: el caso del sujeto moral. *idos.* 2014;22(2015):299–326.
7. Bloom P. Moral nativism and moral psychology. M. Mikulincer & P. R. Shaver. *American Psychological Association.* 2012. 71–89 p.
8. Greene J. From neural ‘is’ to moral ‘ought’: what are the moral implications of neuroscientific moral psychology? *Nat Rev Neurosci.* 2003;4(October).
9. Kohlberg L. Moral stages and moralization: The cognitive-development approach. T. Likoni, *Moral development and behavior: Theory, research, and social issues.* New York, NY: Harper Collins. 1976.
10. Kohlberg L. The psychology of moral development. The nature and validity of moral stages (1st ed). New York, NY: Harper Collins. 1984.
11. Kohlberg L. *Psicología del desarrollo moral.* Bilbao: DDB. 1992.
12. Turiel E, Edwards CP KL. A cross-cultural study of moral development in Tukey and the United States. *J Cross Cult Psychol.* 1978;9:75–87.
13. Kohlberg L. El enfoque cognitivo-evolutivo de la educación moral. Jordan, JA y Santolaria F (Eds): *La educación moral, hoy. Cuestiones y perspectivas.* Barcelona:PPU. 1995. 85–114 p.
14. Rest J. Revised Manual for Defining Issues Test. An objective test of judgment development. Minneapolis: Minnesota Moral Research Projects. 1979.
15. Rest J. *Development in judging moral issues.* Minneapolis: University of Minnesota Press. 1979.
16. Ramírez L, Jorge J, Zerpa CE. Confiabilidad y Validez de un Índice Objetivo de Medición del Desarrollo Moral en Estudiantes Universitarios Venezolanos. *Psicol Iberoam.* 2008;16(2):30–9.
17. Barba J. Razonamiento moral de principios en estudiantes de secundaria y de bachillerato Consejo Mexicano de Investigación Educativa México. *Rev Mex Investig Educ.* 2014;6(September).
18. Thoma SJ, Dong Y. The Defining Issues Test of moral judgment development. *Behav Dev Bull.* 2014;19(3):55–61.
19. Bohm KC, Gioe TJ, Agel J, Van Heest A, Van Heest T, Johnson TC. Assessment of Moral Reasoning Skills in the Orthopaedic Surgery Resident Applicant. *J Bone Jt Surg - Am Vol.* 2014;96(17):e151.1-e151.6.
20. Murrell VS. The failure of medical education to develop moral reasoning in medical students. *Int J Med Educ.* 2014;5:219–25.
21. Batchelor CEM, Creed A, Mckeegan DEF. A preliminary investigation into the moral reasoning abilities of UK veterinarians. *Vet Rec.* 2015;177(124).
22. Hanna L, Gillen J, Hall M. An investigation of final year pharmacy students’ moral reasoning ability , and their views on professionalism and fitness to practice panel determinations : A questionnaire study. *Curr Pharm Teach Learn [Internet].* 2017;9(4):652–9. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cptl.2017.03.016>

23. Kuilman L, Service H, Jansen GJ, Researcher S, Middel B, Investigator P, et al. Moral reasoning explained by personality traits and moral disengagement: a study among Dutch Nurse Practitioners and Physician Assistants. *J Adv Nurs*. 2019;75(6):1252–62.
24. Hinnant JB, Nelson JA, O'Brien M, Keane SP CS. The Interactive Roles of Parenting, Emotion Regulation and Executive Functioning in Moral Reasoning during Middle Childhood. *Cogn Emot*. 2013;27(8):1460–8.
25. Vera-estay E, Seni AG, Champagne C, Beauchamp MH. All for One : Contributions of Age , Socioeconomic Factors , Executive Functioning , and Social Cognition to Moral Reasoning in Childhood. *Front Psychol*. 2016;7(March):227.
26. Morasse, F.; Bernier A., Lalonde, G.; Hétu S. B, M.H. Sociomoral Reasoning Skills during Childhood : A Comprehensive and Predictive Approach. *Brain Sci*. 2022;12:1226.
27. Helkama K, Uutela A, Pohjanheimo E. Moral Reasoning and Values in Medical School : a longitudinal study in Finland. (December 2014):37–41.
28. Bebeau MJ. The Defining Issues Test and education The Defining Issues Test and the Four Component Model : contributions to professional education. *J Moral Educ*. 2002;31(3):271–95.
29. Candee, D., Sheehan, T. J., Cook, C. D., Husted, S. D., & Bargen M. Moral reasoning and decisions in dilemmas of neonatal care. *Pediatr Res*. 1982;16(10):846–50.
30. Sholikhah EN, Susani YP, Prabandari YS, Rahayu GR. Is there a relationship between personal reflection ability and moral reasoning ability in Indonesian medical students ? *Int J Med Educ*. 2018;9:213–8.
31. Roche C, Thoma S. Insights from the defining issues test on moral reasoning competencies development in community pharmacists. *Am J Pharm Educ*. 2017;81(8):21–32.
32. Cherbuin KJAKS-CEGNPB. Cognitive development over 8 years in midlife and its association with cardiovascular risk factors. *Neuropsychology*. 2014;28(4):653–665.
33. Salthouse TA. Cognitive correlates of cross-sectional differences and longitudinal changes in trail making performance. *J Clin Exp Neuropsychol* [Internet]. 2011;33(2):242–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf>
34. Archana Singh-Manoux; Mika; M Maria Glymour; Alexis Elbaz; Klaus P Ebmeier. Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2012;344:d7622.
35. Allison A.M.; Bielak Kaarin J; Helen Christensen. Activity engagement is related to level, but not change in cognitive ability across adulthood. *Psychol Aging*. 2012;27(1):219–28.
36. Zelinski EM, Burnight KP. Sixteen-year longitudinal and time lag changes in memory and cognition in older adults. *Psychol Aging*. 1997;12(3):503–13.
37. Salthouse TA. Continuity of cognitive change across adulthood. *Psychon Bull Rev*. 2016;23(3):932–9.
38. W J. The principles of psychology. Henry Holt. NY, US; 1890. Vol. 2.
39. Roberts BW, Walton KE, Viechtbauer W. Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 2006;132(1):1–25.
40. Roberts BW, Delvecchio WF. The Rank-Order Consistency of Personality Traits From Childhood to Old Age : A Quantitative Review of Longitudinal Studies. *Psychol Bull*. 2000;126(1).
41. Langwerden RJ, van der Heijden PT, Egger JIM, Derksen JIL. Robustness of the Maladaptive Personality Plaster: An Investigation of Stability of the PSY-5-r in Adults over 20 Years. *J Pers Assess* [Internet]. 2021;103(1):27–32. Available from:

<https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1729772>

42. Zerpa CE, Teorías T, Desarrollo DEL, Juicio DEL, Kohlberg M, Implicaciones L. THREE THEORIES OF MORAL JUDGMENT DEVELOPMENT : KOHLBERG , REST , LIND . IMPLICATIONS FOR MORAL EDUCATION Laurus Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Rev Educ. 2007;13(23):137–57.
43. Hren D, Marušić M, Marušić A. Regression of moral reasoning during medical education: Combined design study to evaluate the effect of clinical study years. PLoS One. 2011;6(3).
44. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: A cohort study. Cmaj. 2003;168(7):840–4.
45. Eisenberg, N., Hofer, C., Sulik, M. J., & Liew J. The development of prosocial moral reasoning and a prosocial orientation in young adulthood: concurrent and longitudinal correlates. Dev Psychol. 2014;50(1):58–70.
46. Forbes CE, Amey R, Magerman AB, Duran K, Liu M. Stereotype-based stressors facilitate emotional memory neural network connectivity and encoding of negative information to degrade math self-perceptions among women. Soc Cogn Affect Neurosci. 2018;
47. Simoes E, Sokolov AN, Hahn M, Fallgatter AJ, Brucker SY, Wallwiener D, et al. How Negative Is Negative Information. Front Neurosci. 2021;
48. Hu C JX. An emotion regulation role of ventromedial prefrontal cortex in moral judgment. Front Hum Neurosci. 2014;28(8):873.
49. OMS. OMS. Covid-19: Cronología de la actuación de la Organización Mundial de la Salud 2020. In 2020.
50. Hugo López-Gatell. (Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México | Presidencia de la República | Gobierno | gob.mx. Conferencia Técnica 03/05/2020. In 2020.
51. Shultz, J. M., Baingana, F., & Neria Y. The 2014 Ebola Outbreak and Mental Health Current Status and Recommended Response. JAMA. 2015;313(6):567–8.
52. Torres-muñoz V, Farias-cortés JD, Reyes-vallejo LA. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. Rev Mex Urol. 2020;80(3):1–10.
53. Sneyd JR, Mathoulin SE, Sullivan EPO, So VC, Roberts FR. Impact of the COVID-19 pandemic on anaesthesia trainees and their training. Br J Anaesth. 2020;125(4):450–5.
54. Khodoruth MAS, Al-Nuaimi SK, Al-Salihy Z, Ghaffar A, Khodoruth WNC, Ouanes S. Factors associated with mental health outcomes among medical residents exposed to COVID-19. BJPsych Open. 2021;
55. Profesionalismo médico en el nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina, Declaración conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians - American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) y el American. Rev med Chile. 2003;131(4):457-460.
56. Renée C. Fox; Prentice Hall. The sociology of medicine. A participant observer's view. In 1989. p. New Jersey. pp: 38-71-chapter-2.
57. J O. What makes the market for healthcare different?. In Principles in Health Economics and Policy. In: Oxford University Press. 2022.
58. Jean-Tron, M. G., Ávila-Montiel, D., Márquez-González, H., Chapa-Koloffon, G., Orozco-Morales, J. A., Ávila-Hernández, A. V., Valdés-Pérez, O., & Garduño-Espinosa J. Differences in moral reasoning among medical graduates , graduates with other degrees , and nonprofessional adults. BMC Med Educ [Internet]. 2022;22(1):568. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03624-z>
59. Manterola C, Otzen T. Estudios Experimentales 2ª Parte . Estudios Cuasi-Experimentales. Int

- J Morphol. 2015;33(1):382–7.
60. Simoes E, Sokolov AN, Hahn M, Fallgatter AJ, Brucker SY, Wallwiener D, et al. How Negative Is Negative Information. *Front Neurosci.* 2021;15(September):1–9.
 61. Zhang Q, Zhao H. An Analytical Overview of Kohlberg ' s Theory of Moral Development in College Moral Education in Mainland China. *Open J Soc Sci.* 2017;5:151–60.
 62. Hren D, Vujaklija A, Ivanišević R, Knežević J, Marušić M, Marušić A. Students' moral reasoning, Machiavellianism and socially desirable responding: Implications for teaching ethics and research integrity. *Med Educ.* 2006;40(3):269–77.
 63. Self DJ, BDJ. Does medical education inhibit the development of moral reasoning in medical students? A cross-sectional study. *Acad Med.* 1998;73(10 Suppl):91–3.
 64. Self DJ, Olivarez M, BD. Clarifying the relationship of medical education and moral development. *Acad Med.* 1998;73:517–20.
 65. Fleisher WP, Kristjanson C, Bourgeois-Law G, MB. Pilot study of the Defining Issues Test. *CMAJ.* 2003;169:1145–1146.



ANEXO 1
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
“ESTABILIDAD DEL NIVEL EN EL RAZONAMIENTO MORAL EN LA CRISIS PANDÉMICA. UN ESTUDIO COMPARATIVO DE COHORTES”

Estimado Participante

Por medio de esta carta, lo invitamos a participar en el estudio mencionado arriba. Usted debe saber que la participación en esta investigación es totalmente voluntaria de manera que usted puede decidir no participar en el estudio y en este caso no habrá repercusión en su relación con los investigadores.

Debido a que la información que se recabe es absolutamente confidencial y con fines de investigación, no daremos a conocer ninguna información acerca de usted.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El propósito del estudio es conocer si existe una estabilidad del razonamiento moral de las personas en un seguimiento de dos años.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Si usted decide participar se le solicitará contestar dos cuestionarios

- **Cuestionario de datos sociodemográficos**
- **Prueba de definición de criterios (DIT)**

En el cuestionario de datos sociodemográficos usted responderá preguntas para conocer su edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel académico, ingresos mensuales y con quienes vive actualmente, este cuestionario solo lo responderá cuando ingrese al estudio.

La prueba de definición de criterios (DIT) consta de 3 historias que contienen un dilema ético, con 12 respuestas cada uno que le tomará responder unos 40 minutos aproximadamente. No existen buenas o malas respuestas y nos permitirá conocer el nivel de moral que puede ser preconventional, convencional o postconvencional. Este cuestionario lo responderá al iniciar el estudio, al año y dos años después, se le pedirán sus datos de contacto para poder pedirle que realice la segunda y tercera medición.

RIESGOS Y MOLESTIAS

El estudio no presenta ningún riesgo para usted. Podría presentar ciertas molestias como cansancio, ya que el responder los cuestionarios puede ser largo y requiere cierto grado de atención. Si usted decide que ya no desea continuar, puede suspender las evaluaciones en el momento que usted quiera solo indicándole al responsable del equipo de investigación.

BENEFICIOS

En este estudio, los participantes no obtendrán beneficios. Su colaboración permitirá obtener conocimientos sobre el razonamiento moral a través del tiempo. En el caso de que usted desee conocer sus resultados los podrá solicitar a los investigadores. Se le darán de manera individual y privada para asegurarnos de que se respete la confidencialidad.

COSTOS

La aplicación de estas pruebas no generará ningún costo, ni el ser partícipe de la investigación tendrá remuneración alguna.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

En los cuestionarios que realizará no se le solicitará nombre ni ningún dato con el cual se le pueda identificar, cada una de las hojas estará foliada con un mismo número con el cual se le podrá identificar.

No diremos a otras personas de su participación en esta investigación y no compartiremos la información a nadie que no trabaje en este estudio.

Sólo los investigadores de este estudio tendrán acceso a la información obtenida. Los datos serán utilizados para este estudio y no serán utilizados para cualquier otro estudio científico o de otro tipo.

He leído las explicaciones acerca de este estudio y se me ha dado la oportunidad de discutirlos y hacer preguntas.

Señale las respuestas en el siguiente cuadro

1	He leído, o se me ha explicado, la naturaleza del estudio y se me ha dado la oportunidad de discutirlo y de hacer preguntas	Si	No
2	Otorgo mi consentimiento para la participación en el estudio	Si	No

Ciudad de México a _____ de _____ de _____

Nombre y firma del participante

Nombre y firma testigo 1

Nombre y firma testigo 2

Nombre y firma del investigador

ANEXO 2
FICHA DE IDENTIFICACIÓN

	Edad:		Genero: Masculino () Femenino ()	Fecha:
Estado civil		Escolaridad		Ocupación
Soltero		Primaria <input type="radio"/>		Hogar <input type="radio"/>
Casado		Secundaria <input type="radio"/>		Estudiante <input type="radio"/>
Unión Libre		Preparatoria <input type="radio"/>		Comerciante <input type="radio"/>
Divorciado		Licenciatura <input type="radio"/>		Empleado <input type="radio"/>
Separado		Posgrado / Maestría <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Profesionista <input type="radio"/>
Viudo		Doctorado <input type="radio"/>		Otro: _____

Profesas alguna religión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál religión?: _____
¿Llevas acabo las reglas y normas que dicta tu religión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Responde con toda sinceridad)	
Lugar de Nacimiento: _____	Lugar dónde vives actualmente: _____
Delegación o Municipio donde vives: _____	
¿Con quién vivías cuando eras pequeño?	¿Con quién vives actualmente?
	Padre y Madre
	Padre
	Madre
	Abuelos Paternos
	Abuelos Maternos
	Familiares (Tíos, primos, etc.)
	Solo
	Compañero de casa

¿De cuánto es tu ingreso económico mensual?	¿Quiénes son los que aportan el ingreso económico?
(Más de 85,000)	
35,000 a 84,999	
11,000 a 34,999	
6,800 a 11,599	
2,700 a 6,799	
0 a 2,699	

ANEXO 3

THE DEFINING ISSUES TEST (DIT)

El propósito de este cuestionario es ayudarnos a entender cómo piensan las personas sobre problemas sociales. Las personas tienen diferentes opiniones acerca de lo que es correcto o incorrecto, justo o injusto. En las situaciones de este cuestionario no hay respuestas 'correctas' o exactas de la manera en que los problemas de matemáticas tienen respuestas exactas. Queremos que nos diga lo que piensa acerca de varias historias en las que se presenta un problema.

Se le pedirá que primero lea una historia en este cuaderno y luego registre sus respuestas en una hoja especial.

Para ilustrar el procedimiento a continuación se presenta un ejemplo:

FRANCISCO Y EL CARRO

Francisco López está pensando en comprar un carro. Está casado, tiene dos niños pequeños y gana un sueldo regular. El carro que compre será el único de la familia, se usará principalmente para ir al trabajo y transportar a la familia en la ciudad y, algunas ocasiones, para salir de vacaciones. Al tratar de decidir qué carro comprar, Francisco se dio cuenta de que hay algunas cosas o cuestiones que tiene que tomar en cuenta para juzgar su importancia. Por ejemplo: ¿Deberá comprar un carro grande pero usado o uno nuevo pero pequeño por más o menos el mismo precio? También ha pensado en otras cuestiones.

Sabemos que este no es un problema social, pero ayuda a ejemplificar las instrucciones. En las historias de problemas sociales que contiene este cuestionario usted va a expresar sus opiniones en tres secciones diferentes, según se explica a continuación:

PRIMERA SECCION: exprese su opinión acerca de lo que la persona debe hacer. Si se inclina por una acción u otra, indíquelo aunque no esté completamente seguro (a). Si no se inclina por alguna, marque el círculo de "no puedo decidir".

SEGUNDA SECCION: lea cada uno de los enunciados numerados del 1 al 12 y reflexione en la cuestión que el enunciado señala. Si piensa que la cuestión es fundamental para tomar una decisión en cualquier sentido, marque la opción de muchísima importancia. Si piensa que el asunto no es importante o que no tiene sentido para usted, entonces marque ninguna importancia. Si un enunciado es importante, pero no fundamental marque mucha, alguna o poca dependiendo de cuánta importancia piensa que tiene. Puede marcar varios enunciados con el mismo nivel de importancia.

TERCERA SECCION: después de indicar la importancia de cada cuestión, usted va a elegir el enunciado más importante de todos basándose en la importancia que ya les dio antes, aunque no haya considerado ninguno como de muchísima importancia. Después elija el segundo en orden de importancia, luego el tercero y finalmente el cuarto. Asegúrese de tomar en cuenta la importancia que registró en la segunda sección.

Apliquemos lo anterior al problema de Francisco: se trata primero de recomendar lo que debe hacer y luego indicar la importancia de las cuestiones que debe considerar al tomar la decisión. Observe cómo se procede siguiendo las tres etapas:

PRIMERA SECCION: ¿Qué debe hacer Francisco?

O Comprar un carro nuevo O Comprar un carro usado O No puedo decidir.

SEGUNDA SECCION: ¿qué importancia tiene cada cuestión?

1. Que la tienda de carros esté en la misma cuadra donde vive Francisco
2. Si un carro usado sería a la larga más económico que uno nuevo
3. Que el carro sea verde, que es el color favorito de Francisco
4. Que la pulgada cúbica de desplazamiento sea de al menos 200
5. Si un carro grande, espacioso, sería mejor que uno pequeño
6. Que los corrimientos frontales sean diferenciales

	E N U N C I A D O S					
IMPORTANCIA	1	2	3	4	5	6
Muchísima	O	xO	O	O	xO	O
Mucha	O	O	xO	O	O	O
Alguna	O	O	O	O	O	O
Poca	O	O	O	O	O	O
Ninguna	xO	O	O	xO	O	xO

Note usted que el primer enunciado fue considerado sin importancia; el segundo fue considerado como un asunto fundamental, de muchísima importancia para tomar una decisión; el tercero fue considerado como moderadamente importante o que tiene alguna importancia; en el cuarto, la persona que contestó no tenía claro si 200 era bueno o no, por lo que marcó "ninguna"; el quinto enunciado fue también juzgado de muchísima importancia y, por último, se consideró que el sexto no tenía sentido, por lo que también se contestó "ninguna".

TERCERA SECCION: con base en las respuestas de la sección anterior se elige el enunciado más importante de todos y se marca su número; luego se elige el segundo más importante, y así sucesivamente el tercero y el cuarto.

	1	2	3	4	5	6
Enunciado más importante	O	O	O	O	O	O
Segundo enunciado en importancia	O	O	O	O	O	O
Tercer enunciado en importancia	O	O	O	O	O	O
Cuarto enunciado en importancia.	O	O	O	O	O	O

Observe que al contestar la tercera sección el enunciado más importante es uno de los que fueron marcados con muchísima importancia. Para decidir entre los enunciados 2 y 5, se debe volver a leerlos y elegir uno de ellos como el más importante y el otro como segundo en importancia, hasta señalar los cuatro más importantes.

A continuación, se presenta la primera historia que contiene un problema social. Léala y registre luego sus opiniones de cada sección en la hoja de respuestas. Después de señalar los cuatro enunciados más importantes de la primera historia, regrese al texto para y lea la segunda de ellas y registre sus respuestas en las tres secciones como en la primera historia. Así atenderá luego la tercera historia.

Recuerde: al registrar sus respuestas asegúrese de llenar por completo los óvalos, que la marca quede oscura y borrar perfectamente en caso de que tenga que hacer correcciones. Use sólo el lápiz # 2.5 (firme) para registrar sus respuestas.

1ª. HISTORIA: ARMANDO Y LA MEDICINA

En una ciudad mexicana, una mujer estaba a punto de morir debido a un tipo especial de cáncer. Había una medicina que los doctores pensaban que podía salvarla. Era una medicina que un fabricante de medicinas de la misma ciudad había descubierto recientemente. La medicina era costosa de preparar, pero el farmacéutico cobraba diez veces más de lo que costaba hacerla. Gastaba 2,000 pesos y cobraba 20,000 por una pequeña cantidad de la medicina. El esposo de la mujer enferma, Armando, fue con todos los que conocía para conseguir el dinero, pero sólo pudo juntar 10,000 pesos; la mitad del costo de la medicina. Le dijo al farmacéutico que su esposa se estaba muriendo y le pidió que se la vendiera más barata, o que lo esperara para después pagarle, pero el fabricante dijo: "No, a mí me costó descubrir esta medicina y voy a sacarle todo el dinero que pueda".

Armando estaba a punto de desesperarse y comenzó a pensar en entrar a la tienda del hombre y robar el medicamento para dárselo a su esposa.

PRIMERA SECCION: ¿Debe Armando robar la medicina?

SEGUNDA SECCION: ¿Qué importancia tiene cada una de las cuestiones siguientes?

1. Las leyes de la comunidad están para ser respetadas.
2. ¿No es natural que un esposo que ama a su mujer cuide de ella tanto hasta el punto de robar para ayudarle?
3. ¿Correrá Armando el riesgo de que le disparen como ladrón o a ir a la cárcel por la ayuda que puede obtener robando la medicina?
4. Que Armando sea un luchador profesional o tenga mucha influencia con los luchadores profesionales.
5. Si Armando roba para bien de sí mismo o lo hace únicamente para ayudar a otra persona.
6. Si los derechos del que inventó la medicina han de ser respetados.
7. Si la esencia de vivir incluye y rodea la terminación de morir, social e individualmente.
8. ¿Qué valores son la base para regular el modo en que la gente actúa en su relación con los otros?
9. Si se va a permitir al farmacéutico ampararse en una ley injusta que de todos modos sólo protege a los ricos.
10. La ley en este caso atiende el más básico de los derechos de cualquier miembro de la sociedad.
11. Si el farmacéutico merece ser robado por ser tan ambicioso y cruel.
12. ¿Robar en casos como éste traerá o no un bien mayor para toda la sociedad?

TERCERA SECCION: Con base en sus opiniones de la sección anterior elija **las cuatro cuestiones más importantes**, ordenándolas de la primera a la cuarta.

2ª. HISTORIA: EL PRISIONERO QUE SE ESCAPO

Un hombre fue sentenciado a la prisión con una condena de diez años. Después de un año se escapó y se fue a vivir a una parte distinta del país y se puso el apellido de Martínez. Durante años trabajó mucho y ahorró poco a poco dinero para poner su propio negocio. Durante todo este tiempo fue justo con sus clientes, les pagaba muy bien a sus empleados y ayudó con la mayor parte de sus ganancias a obras de caridad. Un día el señor Pérez, un antiguo vecino, lo reconoció como el hombre que se había escapado de la prisión ocho años antes y a quien la policía había estado buscando. El señor Pérez se preguntaba si debía denunciar al señor Martínez con la policía.

PRIMERA SECCION: ¿Debe el señor Pérez denunciar al señor Martínez?

SEGUNDA SECCION: ¿Qué importancia tiene cada una de las cuestiones siguientes?

1. ¿No ha sido bueno el señor Martínez por tiempo suficiente probando que no es una mala persona?
2. Cada vez que alguien escapa al castigo por un crimen, ¿no fomenta eso más crímenes?
3. ¿No estaríamos mejor sin prisiones y sin la opresión de nuestro sistema legal?
4. ¿Ha pagado realmente el señor Martínez su deuda con la sociedad?
5. ¿Estaría fallando la sociedad en lo que el señor Martínez debe esperar razonablemente de ella?
6. Qué beneficio serán las prisiones, a excepción de la sociedad, especialmente para un hombre caritativo.
7. ¿Cómo puede alguien ser tan cruel y sin sentimientos para enviar al señor Martínez a prisión?
8. ¿Es justo para los prisioneros que cumplen su sentencia completa, que el señor Martínez no cumpla la suya?
9. ¿Era el señor Pérez un buen amigo del señor Martínez?
10. ¿No es obligación del ciudadano reportar a un criminal que se ha escapado, independientemente de las circunstancias?
11. ¿Cómo podría atenderse mejor la voluntad de la gente y el bien común?
12. Ir a prisión, ¿le hace un bien al señor Martínez o se protege así a cualquier persona?

TERCERA SECCION: Con base en sus opiniones de la sección anterior elija **las cuatro cuestiones más importantes**, ordenándolas de la primera a la cuarta.

3ª. HISTORIA: EL PERIODICO ESCOLAR

Alfredo, un estudiante de preparatoria, quería publicar un periódico hecho en su misma escuela, de modo que pudiera expresar muchas de sus opiniones. Quería hablar en contra del uso de armas en disputas internacionales y también en contra de algunas reglas de la escuela, como la de prohibir a los hombres usar el cabello largo. Para iniciar su periódico, Alfredo pidió permiso a la dirección. El director le dijo que estaba bien, siempre y cuando Alfredo se comprometiera a llevarle todos los artículos para que los aprobara antes de su publicación. Alfredo aceptó y llevó varios artículos para que fueran aprobados. El director los aprobó todos y Alfredo publicó dos números del periódico en las siguientes dos semanas.

Sin embargo, el director no esperaba que el periódico de Alfredo llamara tanto la atención. Los estudiantes estaban tan entusiasmados con el periódico que empezaron a organizar protestas en contra de la prohibición de llevar el pelo largo y de otras reglas de la escuela. Varios padres de familia se enojaron y se opusieron a las opiniones de Alfredo; le llamaron por teléfono al director y le dijeron que el periódico era antipatriótico y que no debía publicarse. Como resultado del creciente descontento, el director le ordenó a Alfredo que dejara de publicar el periódico diciéndole que la razón para suspenderlo era que sus actividades estaban interrumpiendo el

trabajo de la escuela.

PRIMERA SECCION: ¿Debe el director suspender el periódico?

SEGUNDA SECCION: ¿Qué importancia tiene cada una de las cuestiones siguientes?

1. ¿Es el director más responsable ante los estudiantes o ante los padres?
2. ¿Autorizó el director el periódico por largo tiempo o prometió aprobar expresamente cada uno de los números a su debido tiempo?
3. ¿Empezarán los estudiantes a protestar aún más si el director suspende el periódico?
4. Cuando el bienestar de la escuela está amenazado, ¿tiene derecho el director a dar órdenes a los estudiantes?
5. Si hay condiciones en el habla del director para decir “no” en este caso.
6. Si el director suspende el periódico, ¿estará evitando la discusión amplia de problemas importantes?
7. La orden del director hará que Alfredo pierda la confianza en el director mismo.
8. Si Alfredo fue realmente leal a su escuela y patriota en relación con su país.
9. ¿Qué efecto tendrá la suspensión del periódico en la formación del juicio y del pensamiento crítico de los estudiantes?
10. Si Alfredo estaba violando de alguna manera los derechos de otros al publicar sus propias opiniones.
11. Si el director debería dejarse influir por algunos padres enojados, siendo él quien conoce mejor lo que está pasando en la escuela.
12. Si Alfredo estaba usando el periódico para producir odio y descontento.

TERCERA SECCION: Con base en sus opiniones de la etapa anterior elija **las cuatro cuestiones más importantes**, ordenándolas de la primera a la cuarta.

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre: _____

1. Edad en años cumplidos

--	--

2. Género

--	--

3. Nivel máximo de estudios

--	--

4. Área de formación en la licenciatura

--	--

5. Nombre de la licenciatura

6. Si has trabajado en docencia, indica el nivel o tipo educativo en el que has laborado mayor número de años

--	--

7. Ocupación del padre

--	--

Ocupación de la madre

--	--

8. Escolaridad del padre

--	--

Escolaridad de la madre

--	--

9. Práctica religiosa

--	--

10. Participación en grupos sociales

--	--

1ª. HISTORIA: ARMANDO Y LA MEDICINA

Primera sección: O Debe robar la medicina O No debe robarla O Estoy indeciso (a)

Segunda sección: Señale la importancia de cada cuestión.

IMPORTANCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Muchísima	<input type="checkbox"/>											
Mucha	<input type="checkbox"/>											
Alguna	<input type="checkbox"/>											
Poca	<input type="checkbox"/>											
Ninguna	<input type="checkbox"/>											

Tercera sección: con base en sus opiniones de la sección anterior elija las cuatro cuestiones más importantes.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Enunciado más importante	<input type="checkbox"/>											
Segundo enunciado en importancia	<input type="checkbox"/>											
Tercer enunciado en importancia	<input type="checkbox"/>											
Cuarto enunciado en importancia	<input type="checkbox"/>											

2ª. HISTORIA: EL PRISIONERO QUE SE ESCAPÓ

Primera sección: O Debe denunciarlo O No debe denunciarlo O Estoy indeciso (a)

Segunda sección: Señale la importancia de cada cuestión.

IMPORTANCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Muchísima	<input type="checkbox"/>											
Mucha	<input type="checkbox"/>											
Alguna	<input type="checkbox"/>											
Poca	<input type="checkbox"/>											
Ninguna	<input type="checkbox"/>											

Tercera sección: con base en sus opiniones de la sección anterior elija las cuatro cuestiones más importantes.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Enunciado más importante	<input type="checkbox"/>											
Segundo enunciado en importancia	<input type="checkbox"/>											
Tercer enunciado en importancia	<input type="checkbox"/>											
Cuarto enunciado en importancia.	<input type="checkbox"/>											

3ª. HISTORIA: EL PERIODICO ESCOLAR

Primera sección: O Debe suspenderlo O No debe suspenderlo O Estoy indeciso (a)

Segunda sección: Señale la importancia de cada cuestión.

IMPORTANCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Muchísima	<input type="checkbox"/>											
Mucha	<input type="checkbox"/>											
Alguna	<input type="checkbox"/>											
Poca	<input type="checkbox"/>											
Ninguna	<input type="checkbox"/>											

Tercera sección: con base en sus opiniones de la sección anterior elija las cuatro cuestiones más importantes.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Enunciado más importante	<input type="checkbox"/>											
Segundo enunciado en importancia	<input type="checkbox"/>											
Tercer enunciado en importancia	<input type="checkbox"/>											
Cuarto enunciado en importancia	<input type="checkbox"/>											

Anexo 4

Tabla de diferencias de las características sociodemográficas entre Población General y Residentes de Pediatría

Características sociodemográficas de los grupos			
	Residentes de pediatría n: 47 NT (%)	Población general n: 37 NT (%)	
Sexo	Femenino	33 (70.2)	25 (67.6)
	Masculino	14 (29.8)	12 (32.4)
Edad (mediana, min-máx)		26 (23-30)	45 (19-86)
Estado civil	Soltero	41 (87.2)	6 (16.2)
	UL/Casado	6 (12.8)	29 (78.4)
	Divorciado/ Separado	0	1 (2.7)
	Viudo	0	1 (2.7)
Escolaridad	SE/Primaria	0	9 (24.3)
	Secundaria	0	12 (32.4)
	Preparatoria /CT	0	16 (43.2)
	Licenciatura	47 (100)	0
Ingreso familiar	2700-6799	4 (8.5)	12 (32.4)
	6800-11599	7 (14.9)	15 (40.5)
	11600-34999	14 (29.8)	10 (27)
	35,000-49,999	8 (17)	0
	>50,000	14 (29.8)	0
Religión		29 (61.7)	31 (83.8)
Escolaridad padre	SE/Primaria	2 (4.3)	6 (16.2)
	Secundaria	3 (6.4)	20 (54.1)
	Preparatoria/CT	8 (17)	8 (21.6)
	Licenciatura	26 (55.3)	3 (8.1)
	Posgrado	8 (17)	0
Escolaridad madre	SE/Primaria	1 (2.1)	12 (32.4)
	Secundaria	6 (12.8)	20 (54.1)
	Preparatoria/CT	9 (19.1)	3 (8.1)
	Licenciatura	21 (44.7)	2 (5.4)
	Postgrado	10 (21.3)	0