



ORIGINAL

Escala de actitud ética en residencias. Desarrollo de un instrumento para profesionales asistenciales sociosanitarios



M. Villaceros*, J.C. Bermejo y L. Steegman

Centro San Camilo, Tres Cantos, Madrid, España

Recibido el 6 de junio de 2018; aceptado el 3 de septiembre de 2018

Disponible en Internet el 27 de noviembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Validación
psicométrica;
Mayores
dependientes;
Profesionales
socioasistenciales;
Bioética

Resumen

Introducción: En España existe poca formación en Bioética para profesionales asistenciales de centros socioasistenciales y pocos instrumentos que midan actitudes éticas. El objetivo de este estudio fue el diseño y validación de una escala breve de medida de actitud ética, recogiendo actitudes generales de los profesionales asistenciales en su práctica diaria con el anciano dependiente.

Material y métodos: Tras elaborar un listado de 42 ítems en torno a los principios de la Bioética, autonomía, beneficencia, confidencialidad, justicia y no maleficencia, un comité de expertos seleccionó 31 ítems. Respondieron el cuestionario online 191 profesionales asistenciales de 43,8 años (DT = 11,3), 150 (78,5%) mujeres y 41 (21,5%) hombres, y con experiencia en el campo de la dependencia. Se estudió el ajuste mediante análisis factorial confirmatorio. Se utilizó alfa de Cronbach para el análisis de consistencia interna.

Resultados: Se confirmó un modelo de 2 escalas independientes con buenos índices de ajuste. La escala de autonomía (4 ítems relativos a este principio) explicó un 83% de la varianza ($p = 0,005$), con $\chi^2/g.l. = 1,782$; $RMSEA = 0,064$; $GFI = 0,991$; $CFI = 0,958$. La escala beneficencia, confidencialidad y no maleficencia (9 ítems, incluyendo estos 3 principios) explicó un 82% ($p < 0,001$), con índices de ajuste: $\chi^2/g.l. = 2,194$; $RMSEA = 0,079$; $GFI = 0,931$; $CFI = 0,627$. Los alfa de Cronbach fueron de 0,525 y 0,748, respectivamente.

Conclusiones: Se ha validado una escala de medida de actitud ética para profesionales del ámbito de la dependencia, que recoge 13 ítems referentes a la observancia, dentro de la práctica diaria, de los principios de la Bioética, autonomía, beneficencia, confidencialidad y no maleficencia.

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: investigacion@humanizar.es (M. Villaceros).

KEYWORDS

Psychometric validation;
Elderly;
Social and health care professionals;
Bioethics

Ethical attitudes Scale in residences for the elderly. Development of a tool for social and healthcare professionals

Abstract

Introduction: In Spain, there is very little institutional training in bioethics for healthcare professionals, and even less tools for measuring ethical attitudes. The objective of this study was the design and validation of a brief measure of ethical attitudes, collecting general attitudes of healthcare professionals in their daily practice with the dependent elderly.

Material and methods: After drawing up a list of 42 items around the principles of bioethical autonomy, beneficence, confidentiality, justice, and non-maleficence, a committee of experts selected 31 items. A total of 191 health care professionals with a mean age of 43.8 years (SD=11.3), including 150 (78.5%) women and 41 (21.5%) men, and with experience in the field of dependence, responded to the online questionnaire. Model fit was studied using confirmatory factor analysis. Cronbach's alpha was used for the analysis of internal consistency.

Results: A model of 2 independent scales with adjusted goodness-of-fit index was observed. Autonomy scale (4 items related to this principle) explained 83% of the variance ($P=.005$), with $\chi^2/\text{gl}=1.782$; RMSEA=0.064; GFI=0.991; CFI=0.958. The beneficence, confidentiality and non-maleficence scale (9 items including these 3 principles), explained 82% ($P<.001$) with goodness-of-fit index: $\chi^2/\text{gl}=2.194$; RMSEA=0.079; GFI=0.931; CFI=0.627. The Cronbach Alphas were 0.525 and 0.748, respectively.

Conclusions: An ethical attitudes scale (EAS) is presented for professionals in the field of caring for dependent adults, including 13 items related to the observance, in daily practice, of the 4 principles of bioethics, autonomy, beneficence, confidentiality and non-maleficence.

© 2018 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La calidad conlleva un compromiso con determinados objetivos en las organizaciones dedicadas al cuidado del ámbito de la dependencia. En el propósito continuo de la mejora del cuidado, es clave el desempeño ético de los profesionales sociosanitarios, ya que la transversalidad de la ética afecta al cuidado del anciano en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual.

En el ámbito sanitario en general, el antiguo paternalismo médico se ha ido sustituyendo por la progresiva «democratización» de la medicina¹. La relación médico-paciente a día de hoy pretende ser una relación de adultos en la que los derechos de los pacientes se convierten en la clave del contrato. La Ley 41/2002 concretó el principio de autonomía en la relación sanitaria y hoy no se realiza un procedimiento sin el preceptivo consentimiento informado². Este principio defiende que cada persona es capaz de tomar decisiones por sí misma, conduciendo su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias.

Además, dentro de la Bioética en residencias se establecen ámbitos de actuación según los 4 principios de Beauchamp y Childress³: la autonomía ya definida; la beneficencia que se refiere a la obligación de hacer el bien u otorgar beneficios; la no maleficencia o no hacer daño al paciente, y la justicia, que tiene como finalidad disminuir las situaciones de desigualdad. La confidencialidad, definida ya en el juramento hipocrático y considerada una regla bioética derivada de la autonomía, implica el compromiso de no revelar ninguna información confidencial obtenida durante el desempeño profesional.

Las actitudes se definen como respuestas a personas, objetos o categorías sociales, y se evalúan desde lo emocional, lo cognitivo y lo conductual, oscilando entre una valencia positiva y otra negativa, en este caso, nivel de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación.

Las actitudes del personal sanitario se pueden clasificar según los distintos principios, aunque el principio de autonomía es el que goza de un conocimiento más generalizado, ya que no solo la Ley 41/2002 se centró en este, sino que además existe un movimiento a nivel nacional (LiberGer) que, bajo la bandera de la Bioética, tiene como objetivo la liberación de las sujeciones de las personas dependientes en todos los centros españoles⁴. Cuando en el ámbito sociosanitario se habla de bioética, se hace referencia sobre todo a la autonomía y no tanto a la distribución equitativa de los recursos o a la no maleficencia, incluso a la confidencialidad.

En España apenas existe formación institucional en Bioética, mucho menos instrumentos de medida de este tipo de actitudes. Las actitudes, en general, se definen como respuestas a personas, objetos o categorías sociales, y se evalúan desde lo emocional, cognitivo y conductual. Existen escalas de medida de actitudes hacia personas con la enfermedad de Alzheimer⁵, de actitud hacia el uso de sujeciones⁶ y para la detección de sospecha de maltrato a personas mayores⁷. Entre las conclusiones de estos estudios se profundiza en las causas subyacentes a la falta de actitudes éticas en el trabajo diario, destacando la importancia de la formación en Bioética de los profesionales asistenciales. Estas escalas, aunque son muy fiables, son demasiado largas y, aunque están relacionadas con nuestro ámbito de estudio, no se centran en actitud bioética.

Por esta razón, el objetivo de este estudio fue el diseño y validación de una escala breve de medida de actitud bioética, orientada al ámbito del anciano dependiente institucionalizado, que incluya actitudes generales de los profesionales asistenciales en su práctica diaria.

Material y métodos

Diseño y participantes

Se trata de un estudio psicométrico (mediante análisis de validez y fiabilidad) de desarrollo y validación de cuestionario. Para ello, se diseñó un instrumento de recogida de datos y se seleccionó una muestra heterogénea, dentro de la población de estudio, que pudiera responder sobre actitudes en la asistencia a personas mayores dependientes institucionalizadas y en muchos casos con demencia senil, tipo Alzheimer o encamados.

En el estudio participaron 191 profesionales asistenciales con experiencia en el campo de la dependencia, con una media de edad de 43,86 años (desviación típica = 11,34). De ellos, 150 (78,5%) eran mujeres y 41 (21,5%) hombres.

Para seleccionar a los participantes, en el cabecero se detallaba el objetivo de la investigación, especificando lo siguiente: «...Nos interesa recoger las reflexiones de los profesionales asistenciales que trabajan, tienen o han tenido experiencia en el campo de la dependencia». Además, se incluyeron preguntas sobre experiencia en el campo de la dependencia para confirmar que solamente respondían aquellos que la tenían.

Instrumento

Habiendo revisado trabajos previos relativos a la actitud ética aplicada al mundo de la geriatría^{5,6}, 3 expertos de los ámbitos de metodología de investigación y enfermería geriátrica con formación en Bioética elaboraron un listado de 42 afirmaciones que planteaban situaciones de conflicto ético en la práctica asistencial de residencias o centros sociosanitarios. Se ordenaron en torno a los principios beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y confidencialidad, y se solicitó su revisión y validación a los integrantes del Comité de Ética Asistencial de un centro sociosanitario de la Comunidad de Madrid. Los miembros del comité seleccionaron 31 ítems (7 de cada una de las dimensiones beneficencia, no maleficencia y confidencialidad, y 10 de la dimensión autonomía). La dimensión justicia quedó fuera del análisis y para el resto de las dimensiones (beneficencia, no maleficencia, autonomía y confidencialidad) se trató de respetar un mínimo de 4 ítems por cada una. Estas 31 afirmaciones conformaron una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta del 1 (totalmente en desacuerdo) al 5 (totalmente de acuerdo). Solamente 4 tenían sentido directo denotando actitud ética; el resto denotaba falta de actitud ética.

Se añadieron preguntas para recoger variables sociodemográficas (edad, sexo y región de trabajo), referentes a la experiencia en el campo de la dependencia («Soy profesional asistencial que trabajo o tengo experiencia en el campo de la dependencia», a responder sí/no y «Mis años de experiencia en este campo son aproximadamente: n.º») y referentes también a la formación e interés en Bioética

(«¿Tiene usted alguna formación en Bioética?»); «¿Le gustaría o estaría dispuesto a formarse en Bioética?»); «¿Ha detectado usted la existencia de problemas éticos en su centro o práctica diaria?»; «¿Existe Comité de Bioética en su centro?»).

Procedimiento

El cuestionario se envió junto con un *email* de presentación en formato electrónico a aproximadamente 7.000 direcciones de correo pertenecientes a la base de datos del mismo centro, en la que se incluye a antiguos alumnos de varias ramas de formación en el ámbito sanitario y de trabajo social, y familiares de enfermos de Alzheimer. En 2 semanas habían contestado 191 personas y se cerró la recogida de datos.

Análisis de datos

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para caracterizar la muestra del estudio. Se realizaron análisis de validez y de fiabilidad de las escalas, mediante los programas AMOS v20 y SPSS 18, respectivamente. Para el estudio de la dimensionalidad del cuestionario se utilizó análisis factorial confirmatorio, partiendo de un modelo de estructura *a priori* basado en razones teóricas.

Antes de proceder al análisis factorial confirmatorio (AFC) se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) para seleccionar los ítems con comunalidades mayores de 0,4, respetando mantener al menos 3 indicadores por factor. Se realizó un análisis de adecuación muestral (test de esfericidad de Bartlett o método de Meyer-Olkin).

Con el fin de seleccionar el método de extracción de factores a utilizar, se realizó un análisis de normalidad de las variables. El resultado en la prueba de Kolmogorov-Smirnov mostró significación estadística ($p < 0,05$) y el criterio laxo de West et al.⁸ tampoco se cumplió (no hay violación severa de la normalidad si la *critical ratio* de asimetría y curtosis es ≤ 3 o si la asimetría es ≤ 2 y la curtosis es ≤ 7), por lo que los parámetros se estimaron utilizando el procedimiento de mínimos cuadrados generalizados, más consistente que el de máxima verosimilitud ante el incumplimiento de normalidad multivariante⁹.

Se evaluó un modelo en el que se establecieron 2 escalas independientes. En una de ellas se incluyeron los indicadores de autonomía y en la otra el resto de indicadores, beneficencia, confidencialidad y no maleficencia (BCN).

Para evaluar el ajuste del modelo se utilizaron los siguientes indicadores: el cociente χ^2 entre sus grados de libertad (gl) dada la sensibilidad de χ^2 (indicador de ajuste absoluto) al tamaño muestral; χ^2/gl se considera buen indicador si el resultado oscila entre 1 y 3¹⁰. El indicador de bondad de ajuste global que penaliza la ausencia de parsimonia como el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). El RMSEA, medida de error por gl del modelo, permite tener una idea de la parsimonia del modelo. Los valores del índice se interpretan de forma que un modelo con RMSEA menor de 0,08 indicaría que es un modelo razonable, mientras 0,05 indicaría un modelo con buen ajuste¹¹. El Goodness of Fit Index (GFI)¹², que oscila entre 0 y 1, considera modelos adecuados los que superan el 0,9^{13,14}. El índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index [CFI]) es uno de los

Tabla 1 Respuestas a las preguntas sobre formación en Bioética

		Frecuencia	Porcentaje
¿Tiene usted alguna formación en Bioética?	Sí	115	60,2
	No	76	39,8
¿Le gustaría o estaría dispuesto a formarse en Bioética?	Sí	179	93,7
	No	12	6,3
¿Ha detectado usted la existencia de problemas éticos en su centro o práctica diaria?	Sí	143	74,9
	No	48	25,1
¿Existe Comité de Bioética en su centro?	Sí	55	28,8
	No	99	51,8
	NS/NC	37	19,4

índices relativos de mayor uso y mejor comportamiento¹⁵, también oscila entre 0 y 1, considerándose un valor de 0,9 el mínimo requerido para defender el modelo¹⁶.

La fiabilidad se estudió mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Las propiedades de los ítems mediante las saturaciones factoriales del análisis factorial confirmatorio¹⁷, y mediante la correlación corregida de cada ítem con el total del factor con el que se encuentra.

Resultados

Descripción de la muestra del estudio

Las profesiones mayoritarias fueron auxiliar y enfermero (104 personas, 54,5%); a continuación, psicólogos y trabajadores sociales (41 personas, 21,5%) y el resto (46 personas, 24%), médicos, fisioterapeutas, animadores, agentes espirituales, gestores, administrativos y otras.

En los 191 cuestionarios la respuesta a la afirmación «Soy profesional asistencial que trabajo o tengo experiencia en el campo de la dependencia» fue un sí. Más de la mitad de los participantes tenían una experiencia de más de 6 años en el campo de la asistencia a ancianos dependientes (96 personas, 50,3%); a continuación (50 personas, 20,9%) entre 3 y 6 años, y el resto (55 personas, 28,8%), menos de 3 años.

Además, más de la mitad de los encuestados manifestaron tener formación en Bioética (60%), la mayoría (94%) dijo tener actitud favorable hacia la formación en este campo y declaran haber detectado problemas éticos en su centro o en la práctica diaria. Un porcentaje elevado (20%) desconocía si existe o no un Comité de Bioética en su centro (tabla 1).

La mayoría (115, 63%) eran de Madrid, de Andalucía (22, 12%), de País Vasco (9, 5%) y el resto (37, 20%) de Castilla y León, Aragón, Cataluña, Extremadura, Castilla-La Mancha, Navarra, Principado de Asturias, Canarias, Comunidad Valenciana y Galicia.

Análisis factorial exploratorio y selección de ítems

Se recodificaron las puntuaciones de los ítems inversos (tabla 2, indicado con una r tras el número del ítem). Tras el AFE se eliminaron 2 ítems que presentaron casos *Heywood*.

Se retuvieron los 13 ítems con comunales mayores de 0,4, respetando al menos 3 indicadores por principio ético a incluir (tabla 2).

Análisis factorial confirmatorio

Con los 13 ítems seleccionados, se realizó un AFC para cada una de las escalas (autonomía y BCN) de manera independiente. Los valores de $\chi^2/g.l$ resultaron < 3 en ambas escalas. RMSEA fue $< 0,06$ para la escala de autonomía, en la que sRMR resultó menor (sRMR = 0,037), indicando que el análisis de los residuos ofrece mejor ajuste en esta escala, aunque para ambas escalas el ajuste fue aceptable. Los valores de GFI fueron superiores a 0,9. Por último, CFI superó el 0,9 en la escala de autonomía (tabla 3).

El modelo planteado (fig. 1) obtiene indicadores de ajuste aceptables y todas las estimaciones de las saturaciones factoriales para cada uno de los ítems (fig. 1) resultan

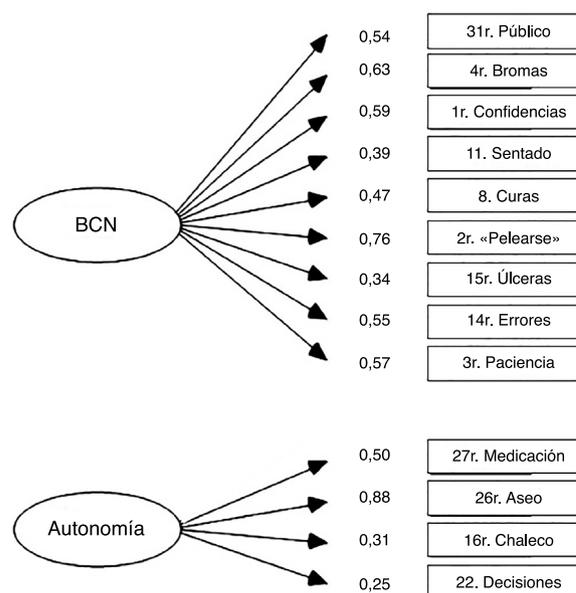


Figura 1 Saturaciones estandarizadas (todas con $p < 0,01$) del cuestionario de actitudes éticas consistente en 2 escalas independientes, autonomía y beneficencia, confidencialidad y no maleficencia (BCN). Los indicadores cuya saturación se fijó a 1 para establecer la métrica del modelo fueron el 2 y el 26.

Tabla 2 Comunalidades iniciales y tras la extracción de los 13 ítems retenidos en el análisis factorial exploratorio

Comunalidades iniciales y tras la extracción	Principio	Comunalidades	
		Inicial	Extracción
11. Antes de acceder a levantar a un paciente, valoro el tiempo que lleva sentado	Beneficencia	0,362	0,844
2r. También es habitual «pelearse» con algún residente para poder cuidarlo	Beneficencia	0,501	0,697
8. Es habitual pedir permiso al residente cuando se le van a realizar curas o aseo	Beneficencia	0,351	0,459
31r. Si me preocupa algo de un residente, lo comento con compañeros aunque sea en un espacio público	Confidencialidad	0,427	0,612
4r. A veces se hacen bromas sobre las necesidades sexuales de los ancianos	Confidencialidad	0,437	0,562
1r. Dentro de la practica asistencial, es habitual comentar con compañeros alguna confidencia de los residentes	Confidencialidad	0,372	0,52
14r. Es habitual que se den errores en las dietas por despiste	No maleficencia	0,396	0,644
15r. Es normal que se produzcan úlceras por presión en los residentes encamados	No maleficencia	0,308	0,561
3r. Y dedicar más tiempo y paciencia a los residentes con los que se tiene mejor relación	No maleficencia	0,364	0,482
16r. Está bien poner un chaleco de sujeción para evitar las caídas	Autonomía	0,375	0,934
22. Me gusta que los residentes participen en las decisiones sobre su tratamiento	Autonomía	0,316	0,671
27r. Si el residente no desea tomar la medicación, la «camufla» en una pequeña porción de alimento o bebida	Autonomía	0,363	0,585
26r. Si el residente expresa negativa a ser aseado, igualmente lo aseo.	Autonomía	0,383	0,558

r después del número de ítem indica que su puntuación es inversa.

estadísticamente significativas ($p < 0,01$) y mayores que 0,3 (a excepción del ítem 22 de la escala de autonomía).

La escala de autonomía explica un 83% de la varianza ($p = 0,005$) y no existen diferencias significativas entre la matriz de varianzas y covarianzas de los errores inferida y observada (o residuos), lo que significa que el ajuste del modelo obtenido a los datos es elevado. La escala BCN explica un 82% ($p < 0,001$), aunque en ella existen 2 valores significativos en la matriz de residuos estandarizada que afectan al ítem 15.

Análisis de fiabilidad

Los índices de fiabilidad según el alfa de Cronbach para la escala de autonomía fue 0,525 y para BCN de 0,748.

Los valores medios y descriptivos de ambas escalas se encuentran en la [tabla 4](#).

No existen diferencias de medias de las escalas entre sexos ni entre niveles de experiencia en el campo la dependencia. Sí que se encuentran diferencias en la escala de autonomía en cuanto a la formación en Bioética; puntúan significativamente ($p < 0,05$) más alto en autonomía aquellas personas que tienen formación y las que quisieran formarse respecto a las que no tienen o no quieren. También puntúan más alto las que han detectado problemas éticos en su

centro y las que han enviado consultas respecto a las que no. En la escala BCN solo existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los grupos formados por la pregunta «¿Ha detectado usted la existencia de problemas éticos en su centro o práctica diaria?», siendo más alta la puntuación entre aquellos que no los han detectado ([tabla 5](#)).

Discusión

En el presente estudio se ha obtenido una escala de medida de actitud ética (EAE) breve para evaluar la actitud ética en la práctica diaria de profesionales asistenciales que trabajan con ancianos dependientes (véase el [anexo 1](#)). En ella, puntuar más alto significa actuar más de acuerdo con los principios de autonomía, por un lado, y beneficencia, confidencialidad y no maleficencia, por otro.

Los resultados del AFE llevaron a seleccionar los 13 ítems más significativos para el propósito del estudio y los del AFC a confirmar un modelo con índices aceptables de validez y fiabilidad. Este modelo consta de 2 escalas que se evalúan de manera independiente. La primera, autonomía, evalúa actitudes relacionadas con este principio y la segunda, BCN, actitudes relacionadas con los principios de confidencialidad, beneficencia y no maleficencia.

Tabla 3 Índices de ajuste para las escalas evaluadas

Estructura	χ^2 (p)	gl	χ^2 /gl	RMSEA	sRMR	GFI	CFI
Autonomía	3,564 (0,168)	2	1,782	0,064	0,0374	0,991	0,958
BCN	59,228 (< 0,001)	27	2,194	0,079	0,0760	0,931	0,627

Tabla 4 Estadísticos descriptivos del cuestionario de actitudes éticas

	Autonomía	BCN
Media	12,28	32,79
Mediana	12	33
Desviación típica	2,86	6,29
Mínimo	4	18
Máximo	19	45

La decisión de valorar estas 2 escalas por separado se debe a que, como se mencionaba previamente, la autonomía es la dimensión más conocida y trabajada entre los profesionales sociosanitarios y, por tanto, su funcionamiento se planteaba *a priori*, independiente del funcionamiento de los otros 3 principios recogidos. Esta decisión se vio apoyada por los resultados obtenidos en las diferencias de medias en autonomía: las puntuaciones más altas en esta escala de actitudes se encuentran entre los que tienen formación, los que quisieran formarse, los que detectan problemas éticos en el centro y los que han enviado consultas al comité de ética. Esta actitud autocrítica se relaciona con la vigilancia y el cumplimiento de la ética. Sin embargo, como hemos observado, en la escala BCN no se encuentran diferencias significativas entre estos perfiles, a excepción de una pregunta; aquellos que manifiestan detectar problemas éticos en el centro puntúan más bajo en esta escala. Este resultado, por un lado, confirma que estas 2 escalas funcionan de manera independiente y, por otro, puede ser indicador de la falta de conocimientos en los principios beneficencia, confidencialidad y no maleficencia.

Respecto a la fiabilidad, se observa que es buena para las puntuaciones de la escala BCN pero mejorable para las de

la escala de autonomía. Por un lado, esto se debe al menor número de ítems (tan solo 4) y, por otro lado, debido a la baja saturación del ítem 22. Aunque los indicadores de ajuste de esta escala son buenos, en futuras investigaciones se considerará la posibilidad de modificar los ítems necesarios para mejorar la fiabilidad.

Por último, como otras limitaciones del estudio, cabe mencionar, por un lado, la exclusión del principio de justicia, aspecto a valorar y mejorar en sucesivas investigaciones, y, por otro lado, la baja tasa de respuesta. Las encuestas por Internet presentan como ventaja la posibilidad de acceder a un amplio número de personas con bajo coste y gran rapidez superando las barreras físicas de acceso al entrevistado, pero entre las desventajas se encuentra la dificultad para localizar muestras representativas¹⁷⁻²⁰ y menor tasa de respuesta²¹. Con todo, la muestra está muy distribuida en cuanto a geografía (a lo largo del territorio nacional) y en cuanto a profesiones estas se encuentran dentro del ámbito sociosanitario.

En conclusión, se ha obtenido una escala de medida de actitud ética para profesionales sanitarios del ámbito de la dependencia, susceptible de ser mejorada, como es natural, a lo largo de sucesivos procesos de validación, que recoge 13 ítems, inversos y directos, 4 de ellos referentes a la observancia del principio de autonomía y los 9 restantes, a los principios de beneficencia, confidencialidad y no maleficencia.

Se trata de la primera escala en castellano, que recoge actitudes éticas categorizadas en torno a los principios de la Bioética y concretadas en torno a la práctica diaria de los profesionales asistenciales que ejercen su actividad con ancianos institucionalizados. Por tanto, su utilidad se multiplica, sirviendo tanto para fines de investigación como para detectar lagunas formativas entre los profesionales sociosanitarios.

Tabla 5 Resultados de la prueba t de Student para muestras independientes en las escalas de actitud ética

Medias obtenidas en las escalas		Autonomía	BCN
¿Tiene usted alguna formación en Bioética?	Sí	12,94a	33,23a
	No	11,28b	32,11a
¿Le gustaría o estaría dispuesto a formarse en Bioética?	Sí	12,41a	32,79a
	No	10,25b	32,67a
¿Ha detectado usted la existencia de problemas éticos en su centro o práctica diaria?	Sí	12,60a	32,23a
	No	11,31b	34,44b
Si en su centro existe Comité de Bioética, ¿ha enviado alguna consulta alguna vez?	Sí	13,80a	31,00a
	No	11,73b	33,53a

Los valores de la misma columna y subtabla que no comparten el mismo subíndice son significativamente diferentes en $p < 0,05$ en la prueba de igualdad de medias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Comité de Ética Asistencial del Centro San Camilo por su colaboración en la redacción y selección de ítems.

Anexo 1. Escala de actitudes éticas para profesionales sociosanitarios del ámbito de la dependencia.

Cuestionario de actitudes éticas

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones. Solo le tomará unos minutos contestarlas. Por favor, señale con una X en la casilla que corresponda, según el grado de acuerdo que usted tenga con cada afirmación y atendiendo a la siguiente clave:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Señale con una X en la casilla que corresponda. . .

	1	2	3	4	5
Está bien poner un chaleco de sujeción para evitar las caídas					
Me gusta que los residentes participen en las decisiones sobre su tratamiento					
Si el residente no desea tomar la medicación, la «camufla» en una pequeña porción de alimento o bebida					
Si el residente expresa negativa a ser aseado, igualmente lo aseó					
Antes de acceder a levantar a un paciente valoro el tiempo que lleva sentado					
También es habitual «pelearse» con algún residente para poder cuidarlo					
Es habitual pedir permiso al residente cuando se le van a realizar curas o aseó					
Si me preocupa algo de un residente, lo comento con compañeros aunque sea en un espacio público					
A veces se hacen bromas sobre las necesidades sexuales de los ancianos					
Dentro de la práctica asistencial, es habitual comentar con compañeros alguna confidencia de los residentes					
Es habitual que se den errores en las dietas por despiste					
Es normal que se produzcan úlceras por presión en los residentes encamados					
Y dedicar más tiempo y paciencia a los residentes con los que se tiene mejor relación					

Corrección: invertir las puntuaciones de los ítems con la letra r (según se detalla a continuación) y sumar las puntuaciones obtenidas en 2 bloques: Autonomía: ítems 1r + 2 + 3r + 4r (puntuación máxima 20, mínima 4) y BCN: ítems 5 + 6r + 7 + 8r + 9r + 10r + 11r + 12r + 13r (puntuación máxima 45, mínima 9). A mayores puntuaciones, más éticas son las actitudes. A menores puntuaciones, menos éticas se pueden considerar sus actitudes. La escala BCN recoge actitudes éticas respecto a los principios de beneficencia, confidencialidad y no maleficencia.

Bibliografía

- Casado Blanco M. Aspectos éticos y legales de las Instrucciones Previas. *Ciencia Forense* 2009-2010;9-10:135-148.
- Montalar Salcedo J. Autonomía. Consentimiento informado. Directrices anticipadas. Órdenes de no reanimación. En: *Manual SEOM de Cuidados Continuos*. Madrid: Sociedad Española de Oncológica Médica Dispublic, SL; 2004. p. 677-90.
- Beauchamp T, Childress J. *Principles of bioethical ethics*. 2nd ed. New Cork: Oxford University Press; 1994.
- Fundación Cuidados Dignos. Norma Libera-Ger [Internet]. 2010 [consultado 23 Ago 2017]. Disponible en: http://www.cuidadosdignos.org/norma.libera_ger.html.
- Serrani D. Construcción y validación de escala para evaluar las actitudes hacia los pacientes con enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;47:5-14, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2011.09.005>.
- Villaceros M, Steegman L, Mejías ML, Bermejo JC. Diseño y validación de una escala de actitudes de los profesionales asistenciales hacia la liberación del uso de sujeciones en personas dependientes. *An Sist Sanit Navar*. 2013;36(3):407-18.
- Perez-Rojo MI, Sancho MT. Adaptación lingüística y cultural de 2 instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:213-8.
- West SG, Finch JF, Curran PJ. Structural equation models with non-normal variables. En: Hoyle RH, editor. *Structural equation modeling: Concepts, issues and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995. p. 56-75.
- Lévy JP, Martín MT, Román MV. Optimización según estructuras de covarianzas. En: Lévy JP, Varela J, editores. *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales*. La Coruña: Netbiblo; 2006. p. 11-30.
- Jöreskog KG. A general method for analysis of covariance structures. *Biometrika*. 1970;57:239-51.
- Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. En: Bollen KA, Long JS, editores. *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage; 1993. p. 136-62.
- Jöreskog KG, Sörbom D. LISREL VI: Analysis of lineal structural relationships by maximum likelihood and least square methods. Mooresville, IN: Scientific Software; 1986.
- Hoyle RH, Panter AT. Writing about structural equation models. En: Hoyle RH, editor. *Structural equation modeling: Concepts,*

- issues and applications. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995. p. 159–76.
14. Marsh HW. Self-description Questionnaire-I. San Antonio, USA: The Psychological Corporation; 1988.
 15. Tanaka JS. Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. En: Bollen KA, Long JS, editores. Testing structural equation models. Newbury Park, CA: Sage; 1993. p. 10–39.
 16. Bentler PM, Bonett DG. Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. *Psychol Bull.* 1980;88:588–606.
 17. Bollen KA. Structural equations with latent variables. New York: Wiley; 1989.
 18. Baker R, Blumberg SJ, Brick JM, Couper MP, Courtrigh M, Dennis JM, et al. Research synthesis: AAPOR Report on online panels. *Public Opin Q.* 2010;74:711–81.
 19. Blasius J, Brandt M. Representativeness in Online Surveys through Stratified Samples. *Bull Methodol Sociol.* 2010;107:5–21.
 20. Pedraza P, Tijdens K, Muñoz de Bustillo R, Steinmetz S. A Spanish continuous volunteer web survey: Sample bias, weighting and efficiency. *Rev Esp Invest Sociol.* 2010;131:109–30.
 21. Heerwegh D, Loosveldt G. Face to face versus web surveying in a high Internet coverage population. *Public Opin Q.* 2009;72(5):836–46.