

Leticia Vega Requena¹
 Rafael Toro Flores^{2,*}
 Susana Domínguez Márquez³
 Zaida Pérez Chico⁴
 María del Carmen Díaz-Ceso Sánchez⁵

1. Enfermera. Supervisora del Área Funcional de Cuidados y Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid, España. Especialista en Enfermería de Atención Familiar y Comunitaria.
2. Doctor por la Universidad de Alcalá de Henares. Enfermero. Unidad de Investigación en Cuidados. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid, España. Máster en Bioética y Derecho Sanitario. Profesor de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Medicina y CC. SS. Universidad de Alcalá de Henares. Alcalá de Henares, Madrid, España.
3. Enfermera. Especialista en Geriátrica. Directora de Residencia de Personas Mayores. Agencia Madrileña de Atención Social. San Fernando de Henares, Madrid, España.
4. Enfermera de Continuidad Asistencial. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid, España. Máster en Gestión y Aplicación del Conocimiento de Autocuidado en Enfermería.
5. Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares, Madrid, España. Máster en Bioética y Máster en Relación de Ayuda y Counseling.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rafael.toro@uah.es (Rafael Toro Flores).

Recibido el 1 de agosto de 2023; aceptado el 4 de febrero de 2024.

Actitudes éticas de los profesionales socio-sanitarios en la atención de personas mayores

Ethical attitudes of social and health care professionals in the care of the elderly

DOI: S1134-928X2024000200002

RESUMEN

Objetivo: Conocer el nivel de actitud ética de los profesionales socio-sanitarios en la atención de las personas mayores institucionalizadas. **Metodología:** Estudio multicéntrico descriptivo transversal. La población de estudio fue el personal socio-sanitario asistencial que presta servicio en residencias de personas mayores públicas de la Comunidad de Madrid y en 3 unidades de geriatría de hospitales públicos en la misma comunidad. Los datos fueron recogidos por medio de la *Escala de actitudes éticas para profesionales socio-sanitarios del ámbito de la dependencia* entre los meses de enero a diciembre de 2022. El cuestionario se administró por medio de un enlace electrónico enviado por correo electrónico a los participantes, y con la administración presencial por los responsables de los centros y los investigadores. En el análisis estadístico de los datos, las variables cualitativas se presentan en tablas de frecuencia y las cuantitativas con la media y el intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** La formación en bioética de los participantes es baja. No obstante, muestran gran interés en la formación en esta materia. Los principios en los que los profesionales muestran mejores actitudes son la confidencialidad (3,81/5) y la beneficencia (3,66/5). Puntuaciones más bajas obtienen los principios de autonomía (3,17/5) y no maleficencia (3,53/5). **Conclusiones:** Las actitudes de los profesionales relacionados con los principios éticos de autonomía y no maleficencia son las que obtienen peores resultados. Se debería aprovechar el interés de los profesionales en la formación en bioética para incidir en la educación en esta materia.

PALABRAS CLAVE: Bioética, profesionales socio-sanitarios, personas mayores.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of ethical attitudes of social and health professionals in the care of institutionalized elderly people. **Methodology:** Cross-sectional descriptive multicentre multicentre study. The study population was the social-health care staff working in public residences for the elderly in the Community of Madrid and in three geriatric units of public hospitals in the same community. The data were collected by means of the *Ethical attitudes for social and healthcare professionals in the field of dependency scale* between January and December 2022. The questionnaire was administered by means of an electronic link sent by email to the participants and with face-to-face administration by the heads of the centres and the researchers. In the statistical analysis of the data, qualitative variables are presented in frequency tables and quantitative variables with the mean and 95%CI. **Results:** The level of bioethical education of the participants is low. However, they show great interest in training in this area. The principles to which the professionals show the best attitudes are confidentiality (3.81/5) and beneficence (3.66/5). The principles of autonomy (3.17/5) and non-maleficence (3.53/5) receive lower scores. **Conclusions:** The attitudes of professionals towards the ethical principles of autonomy and nonmaleficence are the ones that obtain the worst results. The interest of professionals in bioethics training should be used to influence education in this area.

KEYWORDS: Bioethics, health and social care professionals, elderly people.

■ INTRODUCCIÓN

El progreso en las condiciones sanitarias, sociales, económicas y la mejora en los estilos de vida, en España, han supuesto un importante incremento de la esperanza de vida. No obstante, este avance no está exento de dificultades. Así, se ha producido el llamado “envejecimiento del envejecimiento”, con un aumento de la proporción de personas octogenarias y centenarias, así como de enfermedades crónicas discapacitantes. Por otro lado, en la actualidad los recursos al apoyo familiar son más complejos debido a las dificultades para compaginar la vida laboral y la vida familiar, que han incidido en la evolución del cuidado, desapareciendo prácticamente el rol tradicional de cuidador^{1,2}.

Esta situación genera el importante reto de atender a las personas vulnerables que requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía³. En este sentido, Feito señala que “la bioética siempre ha estado preocupada por el vulnerable, en especial por los grupos donde la condición de vulnerabilidad es más evidente, como sucede en las personas mayores”⁴.

Las actitudes éticas estudiadas se relacionan con los principios de bioética propuestos por Beauchamp y Childress, por entender que el modelo construido por estos autores, sobre la base de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, es un buen instrumento para establecer una relación ética correcta entre los profesionales sociosanitarios y los usuarios a los que atienden⁵.

En España se han realizado estudios utilizando escalas de medida de actitudes profesionales hacia los pacientes con enfermedad de Alzheimer⁶, de las actitudes de los profesionales asistenciales hacia el uso de sujeciones⁷ y para la detección de sospecha de maltrato a personas mayores⁸. En el año 2018, Villacieros et al.⁹ validaron la *Escala de actitudes éticas para profesionales sociosanitarios del ámbito de la dependencia* (EAE). No obstante, en la revisión de la literatura científica, a excepción del trabajo citado, no se han encontrado estudios realizados en España en los que se analicen las actitudes éticas de los profesionales sociosanitarios relacionadas con su labor asistencial a personas mayores. Por esta razón, el objetivo del estudio es conocer el nivel de actitud ética de los profesionales sociosanitarios en la atención de las personas mayores institucionalizadas.

■ METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos propuestos se ha seguido la siguiente metodología:

- *Tipo de estudio.* Estudio descriptivo y transversal multicéntrico, realizado en residencias de personas mayores y 2 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid entre enero y diciembre de 2022.
- *Población de estudio.* La población de estudio fueron profesionales sanitarios de las residencias y hospitales incluidos en el estudio. El muestreo realizado ha sido consecutivo.
- *Predeterminación del tamaño muestral.* Para el cálculo del tamaño muestral se ha adoptado la postura de máxima indeterminación ($p = q = 0,50$) utilizando la calculadora GRANMO. Así, aceptando un riesgo alfa de 0,95 para una precisión 0,07 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0,50, se precisa una muestra de 194 participantes. Estimando unas pérdidas de un 20%, se precisaría la administración de 250 cuestionarios.
- *Variables incluidas.*
 - *Variables independientes.* Fueron los datos sociolaborales: grupo de edad, sexo y años de antigüedad en la categoría profesional, lugar de trabajo y ámbito laboral.

- *Variables dependientes.* Se han recogido: la formación recibida en bioética, la disponibilidad para la formación en bioética, la detección de problemas éticos y la existencia de comité de ética asistencial en el centro de trabajo, y los 13 ítems contenidos en la EAE.

- *Instrumento de medida.* El instrumento de medida ha sido la EAE, instrumento desarrollado por Villacieros, Bermejo y Steegman en el año 2018⁹. Para el uso de la EAE se contó con la autorización de los autores. La escala consta de 13 afirmaciones relacionadas con determinadas actitudes de los profesionales, recogidas en 2 escalas de respuestas. Una escala relacionada con el principio de autonomía y la otra denominada escala BCN, relacionada con los principios de beneficencia, confidencialidad y no maleficencia. La medición se realiza por medio de una escala Likert de 1 a 5, siendo 1 totalmente en desacuerdo, 3 neutro, y 5 totalmente de acuerdo. Así, a mayor puntuación más éticas son las actitudes demostradas por los profesionales participantes.
- *Procedimiento de recogida de los datos.* Para la recogida de los datos se emplearon 2 procedimientos de administración del cuestionario. En el primero, el cuestionario se creó en *Google Forms*, generando un enlace electrónico que se envió por correo electrónico a 90 participantes, a través de los responsables de los centros participantes. En el segundo procedimiento se administraron personalmente a los participantes en cursos de formación continuada 160 cuestionarios de forma consecutiva por los responsables de los centros y por los propios investigadores. Una vez cumplimentados, para mantener el anonimato, los cuestionarios se introdujeron en un sobre por los propios participantes.
- *Análisis estadístico.* El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo realizando un análisis descriptivo. Las variables dependientes analizadas son ordinales, por lo que para su análisis se ha utilizado estadística no paramétrica. Para caracterizar la muestra del estudio se utilizaron la media como medida de tendencia central y el intervalo de confianza del 95% (IC95%) como medida de dispersión. Las variables cualitativas se expresan mediante sus frecuencias absolutas y porcentajes. El contraste de la hipótesis es bilateral, las variables cualitativas se compararon mediante las pruebas no paramétricas. Se optó por un contraste bilateral y un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$). El programa estadístico utilizado fue SPSS v.21.
- *Consideraciones éticas.* La realización del estudio fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid). Con los cuestionarios se adjuntó una hoja informativa con las características y objetivos del estudio, destacando la voluntariedad de la participación en el estudio y garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos de los sujetos y de los centros participantes.

■ RESULTADOS

Se analizaron un total de 211 cuestionarios, de los cuales un 30% ($n = 64$) fueron contestados de forma *on-line* y un 70% ($n = 147$) en formato papel. En la distribución por sexo de los participantes, un 84% ($n = 177$) eran mujeres, un 15% ($n = 32$) hombres y 2 de los encuestados prefirieron no manifestarse al respecto. La mayoría de los participantes, 61,1% ($n = 129$), se sitúa en una franja de edad comprendida entre 40 y 59 años. En la distribución por centros de trabajo, un 54,9% ($n = 116$) trabajaba en residencias públicas, un 8,1% ($n = 17$) en residencias privadas, un 23,7% ($n = 50$) lo hacía en unidades de geriatría de hospitales públicos. La antigüedad media fue de 13,45 años (IC95%, 12,1-14,8), con un tiempo mínimo trabajado de 7 meses y un máximo de 33 años. Este tiempo

medio de antigüedad implica experiencia suficiente para conocer bien el ámbito en el que desarrollan su actividad asistencial.

La distribución por profesiones fue la siguiente: 41,2% TCAE, 26,5% enfermeras, 6,6% gerocultoras, 6,2% médicos y 19,5% otras profesiones, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y psicólogos.

En relación con la formación en bioética, un 65,8% manifestó no tener formación en esta materia. Sin embargo, un 86,2% estaría dispuesto a recibir formación en bioética.

En relación con la actitud ética de los profesionales sociosanitarios, en una escala de 1 a 5 el principio más respetado es el de la confidencialidad, que alcanza una media de 3,81 y el que menos es el principio de autonomía, con una media de 3,53. Los resultados se muestran en la figura 1. En la tabla 1 se presentan los resultados de las respuestas realizados en porcentaje, media de las respuestas y puntuación total por escalas. Para una mejor comprensión de las respuestas, los resultados se han agrupado en 4 categorías: “en desacuerdo”, “de acuerdo”, “neutro” (ni de acuerdo ni en desacuerdo) y “no contesta”.

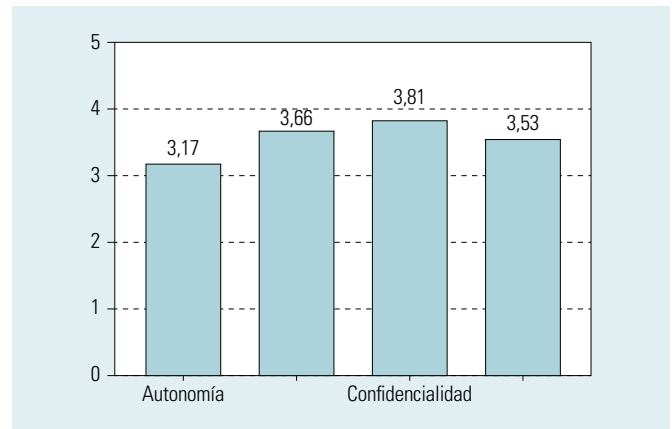


Figura 1. Actitudes éticas de los profesionales sociosanitarios en relación con los principios de bioética. Los resultados se presentan en media aritmética.

Tabla 1. Porcentaje, media de las respuestas y puntuación total por escalas

Pregunta	En desacuerdo (%)	De acuerdo (%)	Neutro (%)	NC (%)	Media (IC95%)	
1. Está bien poner un chaleco de sujeción para evitar caídas	61 (28,9)	93 (44,1)	54 (25,6)	3 (1,4)	2,76 (2,57-2,73)	Principio de autonomía 3,17 (3,02-3,28)
2. Me gusta que los residentes participen en las decisiones sobre su tratamiento	11 (5,2)	176 (83,4)	23 (10,9)	1 (0,5)	4,29 (4,15-4,41)	
3. Si el residente no desea tomar la medicación, la “camufla” en una pequeña porción de alimento o bebida	53 (25,1)	102 (48,2)	55 (26,1)	1 (0,5)	2,66 (2,49-2,83)	
4. Si el residente expresa su negativa a ser aseado, igualmente lo aseó	74 (35,1)	70 (33,2)	67 (31,8)	-	3,01 (2,87-3,15)	
Total escala autonomía						12,72
5. Antes de acceder a levantar a un paciente valoro el tiempo que lleva sentado	29 (13,7)	136 (64,5)	42 (19,99)	4 (1,9)	3,73 (3,57-3,88)	Principio de beneficencia 3,66 (3,49-3,83)
6. También es habitual “pelearse” con algún residente para poder cuidarlo	113 (53,6)	53 (25,1)	44 (20,9)	1 (0,5)	3,74 (3,56-3,91)	
7. Es habitual pedir permiso al residente cuando le van a realizar curas o aseó	44 (20,9)	140 (66,4)	25 (11,8)	2 (0,9)	3,52 (3,34-3,70)	
8. Si me preocupa algo de un residente, lo comento con los compañeros, aunque sea en un espacio público	148 (70,1)	30 (14,2)	30 (14,29)	3 (1,4)	3,97 (3,80-4,13)	Confidencialidad 3,81 (3,64-3,97)
9. A veces se hacen bromas sobre las necesidades sexuales de los mayores	156 (73,9)	33 (15,6)	19 (9)	3 (1,4)	4,11 (3,94-4,27)	
10. Dentro de la práctica asistencial, es habitual comentar con compañeros alguna confidencia de los residentes	91 (43,1)	62 (29,4)	55 (26,1)	3 (1,4)	3,35 (3,18-3,51)	
11. Es habitual que se den errores por despiste en las dietas	109 (51,7)	54 (25,6)	48 (22,7)		3,42 (3,25-3,59)	Principio de no maleficencia 3,53 (3,35-3,70)
12. Es normal que se produzcan úlceras por presión en los residentes encamados	137 (64,9)	40 (19)	33 (15,6)	1 (0,5)	3,72 (3,55-3,89)	
13. Y dedicar más tiempo y paciencia a los residentes con los que tiene mejor relación	111 (52,6)	53 (25,1)	46 (21,9)	1 (0,5)	3,45 (3,27-3,64)	
Total escala BCN						33,01

IC95%: intervalo de confianza del 95%; NC: no contesta.

■ DISCUSIÓN

En relación con las actitudes éticas de los profesionales estudiados destaca que los principios que obtienen una menor puntuación son los de autonomía y no maleficencia, con resultados similares a los presentados por otros autores⁹.

- *Escala de autonomía.* La autonomía se puede definir como “la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar, y sin limitaciones personales”⁵. Así, hay que partir de la idea que los individuos son seres autónomos y deben ser respetados como personas capaces de tomar sus propias decisiones. En este sentido, la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, hace referencia a que “todo profesional que intervenga en la actividad asistencial está obligado no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”¹⁰. A esta cuestión hace referencia la escala de autonomía, utilizada en el estudio, compuesta por 4 preguntas relacionadas con el uso de sujeciones, la participación y el respeto en la toma de decisiones. Especial mención merece la pregunta sobre la sujeción del paciente, en la que un 44,1% de los encuestados está de acuerdo con la utilización de este procedimiento, a pesar de que las contenciones son un tema controvertido en la asistencia geriátrica y que la evidencia científica cuestiona este procedimiento^{11,12}. Como señala la Sentencia de la Audiencia Provincial de Almería sobre la aplicación indebida de sujeciones, esta “produce una pérdida de autonomía, de dignidad y de autoestima, afectando gravemente a su salud, independencia y calidad de vida de la persona, produciendo una vulneración de su derecho a la dignidad”¹³. En relación con el apoyo y respeto a la toma de decisiones de la persona mayor, el principal problema detectado es el paternalismo benéfico, es decir, imponer al residente lo que el profesional considera que es bueno para él. En la pregunta número 3, cerca de la mitad de los encuestados (48,2%) estaría de acuerdo en “camuflar” la medicación para que el residente la tome, aunque esta no sea su decisión, y en la pregunta número 4, un 33,2% de los profesionales asearían al residente, aunque este expresara su negativa a ello. En este sentido, parece existir una contradicción con la afirmación de la pregunta número 2, que recoge el respeto a la autonomía en la toma de decisiones con la que están de acuerdo el 83,4% de los profesionales encuestados. En este sentido, en la respuesta a la pregunta abierta, un 38% de los participantes señala que este respeto estaría relacionado con la competencia y capacidad del residente.

Esta divergencia de puntos de vista entre profesionales y residentes ya fue señalada por Leino-Kilpi et al. en su estudio sobre las relaciones éticas y los cuidados geriátricos, que señalaba que en España el equipo de enfermería percibe que “con frecuencia” facilita la toma de decisiones a los pacientes sobre sus cuidados, mientras que los ancianos perciben que la facilitación en la toma de decisiones solo se realiza “a veces”¹⁴.

- *Escala BCN.* La beneficencia sería la “obligación de hacer el bien a la persona según su propio proyecto de vida”, pues por definición la beneficencia no puede ser coactiva y debe relacionarse siempre con el principio de autonomía¹⁵. A este principio hacen referencia los ítems 5-7 del cuestionario que conciernen al respeto de la toma de decisiones de la persona en relación con sus cuidados. Respecto al principio de autonomía, se es benéfico cuando se respeta que sea la persona la que decida su propia beneficencia.

Al tratar sobre la cuestión de la confidencialidad, hay que señalar que el ingreso en una institución siempre supone ceder parte de la intimi-

dad, pues se autoriza a otros al acceso al cuerpo, a los datos de salud, etc. La intimidad es un derecho que “trata de proteger a la persona frente a la intromisión de terceros, excluyendo del conocimiento ajeno actos, hechos, sentimientos y actitudes que conforman la esfera íntima de la persona”¹⁶. A esta cuestión hacen referencia los ítems 8-10 del cuestionario, referidos a comentarios entre compañeros o realizados en lugares públicos sobre cuestiones sensibles, como puede ser la sexualidad, confiadas por los residentes a sus cuidadores. Los resultados obtenidos en este bloque son buenos. Este resultado puede deberse a la insistencia y promoción al respeto del derecho de la intimidad y la confidencialidad llevada a cabo por las instituciones. Aunque de nuevo, el citado estudio de Leino-Kilpi et al. señala que, respecto a la protección de la privacidad, el equipo de enfermería da puntuaciones más altas que los residentes¹⁴.

El principio de no maleficencia señala que lo primero en toda actuación sobre las personas es no hacer daño (*primum non nocere*). Este principio se vincula con el respeto a la integridad física, psicológica y emocional en relación con las buenas prácticas asistenciales y a la necesaria capacitación profesional. El principio de no maleficencia hace referencia los ítems 11-13 del cuestionario, relacionados con posibles errores o falta de atención en el cuidado, como son la aparición de úlceras por presión (UPP), las equivocaciones en las dietas de los residentes y la posible discriminación en el trato entre residentes. Los resultados del estudio recogen que un 19% de los profesionales considera “normal” la aparición de UPP y casi un 26%, los errores en dietas. En este sentido, hay que señalar que, tanto la aparición de lesiones por presión como los errores en las dietas pueden ocasionar reacciones alérgicas más o menos graves, y se deben considerar como efectos adversos susceptible de causar daño en la salud de los residentes, por lo que no cabe su admisión como “eventos normales”. En este sentido, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS) señala la obligación de evitar daños a los usuarios de los sistemas sanitarios haciendo uso de los medios necesarios para disminuir los riesgos en los cuidados de salud¹⁷.

La cuestión del trato preferente a los residentes con “los que se tiene mejor relación” está incluida en la escala dentro del bloque del principio de no maleficencia. Aunque también se podría entender como un acto de discriminación hacia los residentes con los que no se tiene buena relación produciéndose una vulneración del principio de justicia, además de una estigmatización maleficiente del residente afectado.

La formación en bioética de los profesionales es baja: solo un 34,6% refiere tener formación en esta materia. Este dato contrasta con el interés en formarse en bioética manifestado por más del 86% de los profesionales encuestados. Esta predisposición a la formación en bioética debe aprovecharse para fomentar en los profesionales sociosanitarios la adquisición de competencias en esta materia, que mejorarán su desempeño profesional pues, como señala Camps, “no es posible ser un buen profesional del cuidado sin poseer actitudes éticas y la bioética es esencial para ayudar a ser un buen profesional”¹⁸.

Los resultados del estudio apuntan a que un 82% de los profesionales encuestados manifiestan haber detectado la existencia de problemas éticos en su centro de trabajo en la práctica asistencial diaria. Estos resultados son similares a los presentados por otros autores^{19,20}. Sin embargo, ambos resultados contrastan con el estudio llevado a cabo por Prat en directores de residencias, en el que la mayoría de estos afirmaba “que no se daban problemas éticos en su centro”²¹. Para asesorar en estos conflictos éticos surgen los comités de ética asistencial (CEA). En este sentido, un 61,3% de los encuestados señalan que en su centro no existe CEA, pero quizás llama más la atención que el 27,4% no sepa si en su centro existe comité

o no. Esta cuestión informa sobre un bajo impacto de los CEA entre los profesionales sociosanitarios. Este es un problema que se debería solventar, pues los grupos de población más vulnerables, como son las personas mayores institucionalizadas, son los que más dificultades tienen para pedir respeto a sus valores y preferencias, y el CEA puede mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de los usuarios, de sus familiares y de los profesionales²².

En los comentarios hechos por los participantes en la pregunta abierta, llama la atención la sensación que tienen los profesionales de falta de personal (24,1%), esta impresión coincide con lo manifestado por instituciones como el Defensor del Pueblo y el Comité de Bioética de España, que señalan la necesidad de dotar a las residencias de mayores medios y de personal cualificado para mejorar la calidad asistencial y manejar de forma competente situaciones complejas^{23,24}.

Limitaciones

Las limitaciones del estudio son las propias de la recogida de datos por medio de cuestionarios: la falta de flexibilidad y el sesgo de deseabilidad.

CONCLUSIONES

Los principios de autonomía y no maleficencia son los que menor puntuación obtienen en relación con la actitud ética de los profesionales

sociosanitarios que atienden a personas mayores. La formación en bioética de los participantes es baja, pero contrasta con el alto interés manifestado por los profesionales en formarse en esta materia. Esta circunstancia debería ser aprovechada para incidir en 2 cuestiones: la primera, el respeto a la autonomía de la voluntad de los residentes y, en los casos de carencia de competencia, buscar decisiones por representación respetando siempre la dignidad del residente, y la segunda cuestión estaría relacionada con desterrar la idea de normalidad de eventos adversos como la aparición de lesiones por presión, los errores en las dietas y la posible discriminación en el trato a los residentes.

Para terminar, señalar la necesidad de promocionar la existencia de comités de ética en las residencias de mayores, que contribuirán a impulsar la cultura de los cuidados desde la que las personas mayores deben ser tratadas ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los profesionales asistenciales de las residencias y unidades de geriatría que han participado en el estudio, sin ellos este trabajo no se podría haber realizado. A los autores del cuestionario validado utilizado, por su cesión desinteresada. A las directoras y responsables de los centros donde se ha llevado a cabo el estudio, por su colaboración para la administración de los cuestionarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red; 2020 n.º 25, 39 p. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Fundación HelpAge International España. El derecho a los cuidados de las personas mayores; 2021. Disponible: <https://www.helpage.es/helpage-international-presenta-el-informe-promocion-de-la-igualdad-para-las-personas-mayores/>
- Jefatura de Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299 (15-12-2006).
- Feito L. Vulnerabilidad. An Sist Navar. 2007;30:7-22.
- Busquets E, Mir Tubau J. Principios de Ética Biomédica, de Tom L Beuchamp y James Childress. Bioética & Debat. 2011;17:1-7.
- Serrani D. Construcción y validación de una escala para evaluar las actitudes hacia los pacientes con enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;47:5-14.
- Villacieros 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;36:407-18.
- Pérez-Rojo MI, Sancho MT. Adaptación lingüística y cultural de dos instrumentos para la detección de sospecha de maltrato hacia las personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45:213-8.
- Villacieros M, Bermejo JC, Steegman L. Escala de actitud ética en residencias. Desarrollo de un instrumento para profesionales asistenciales sociosanitarios. Journal of Healthcare Quality Research. 2018;33:352-9.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 (15-11-2002).
- Ramos P, López JA, Maíllo H, Paz JM. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50:35-8.
- Fernández Ibáñez JM, Morales MC, Montiel M, Mora E, Aria A, Redondo O. Uso de sujeciones físicas en relación con el riesgo de caídas en una residencia de ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2020;55:3-10.
- SAP de Almería. 129/2009, de 30 abril de 2009. FD 3.
- Leino-Kilpi H, Välimäki M, Gassul M, Lemonidou C, Scott PM, Schopp A, et al. Cuestiones éticas y cuidados geriátricos. En: Aspectos éticos en la práctica de enfermería. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2003.
- Goikoetxea Iturregi M. Aspectos éticos en la atención a las personas mayores. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales. 2013;41:424-48. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eticabuentratogoikoetxea.pdf>
- Gracia Guillén D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004.
- Comité de Bioética de España. Informe sobre aspectos éticos de la seguridad del paciente y, específicamente, de la implantación de un sistema efectivo de notificación de incidentes de seguridad y eventos adversos. Madrid: Comité de Bioética de España; 2021. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20Seguridad%20Paciente.pdf>
- Terrizas N, Busquets E, editores. Pedagogía de la bioética. Barcelona: Lectio Ediciones; 2021.
- Ribas Ribas S. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento. Med Clin (Barc). 2006;126:60-6.
- Vidal Castro R, Moreno Rubio S, Jurado Perales M. Comité de ética asistencial en residencia de personas mayores y personas con discapacidad. Paraninfo Digital. 2019;XIII:e30085. Disponible en: <http://ciberindex.com/cpd/e30085>
- Prat F. Bioética en residencias. Madrid: Sal Terrae; 2008.
- Decreto 14/2016, por el que se regular los Comités de Ética Asistencial en Residencias y Centros de Día para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid (CEARM). BOCM núm. 35 (11 de febrero de 2016).
- Defensor del Pueblo. Atención a personas mayores. Centros residenciales. Informe anual del Defensor del Pueblo 2019. Madrid: Defensor del Pueblo; 2020. Disponible: <https://www.defensordelpueblo.es/informe-monografico/atencion-personas-mayores-centros-residenciales/>
- Comité de Bioética de España. Informe sobre el cuidado de las personas mayores en el marco del sistema sociosanitario. Madrid: Comité de Bioética de España; 2022. Disponible en: http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/CBE_Informe%20sobre%20el%20cuidado%20de%20las%20personas%20mayores%20en%20el%20marco%20del%20sistema%20sociosanitario.pdf