conocimiento
ENFERMERO
Revista cientifica del CODEM

CODEM
Colegio Oficial de
Enfermería de Madrid

Volumen II · Número 5 ISSN 2605-3152 Julio 2019

conocimiento ENFERMERO

Vol. II · Nº 5 · Julio 2019

EDITA

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM)

DIRECTOR

D. Antonio A. Arribas Cachá

DIRECTORA EJECUTIVA

Dª. Teresa Blasco Hernández

COORDINADORA

Dª. Miriam Hernández Mellado

COMITÉ CIENTÍFICO

Jenifer Araque García
Ana Robles Álvarez
Elena Núñez Acosta
Laura Lázaro Hidalgo
Anaís Núñez Mata
Sara Sánchez Castro
Ana Belén Salamanca Castro
Verónica Martín Guerrero
Leyre Rodríguez Leal
David Peña Otero

ASESORES CIENTÍFICOS

Elena Viñas Toledo
Andrea Hernández Solís
Álvaro Trampal Ramos
Sara León González
Ricardo Borrego de la Osa
Romy Kaori Dávalos Alvarado
Cesar Manso Perea
Laura Carretero Cortés

ISSN: 2605-3152

# Contenido

**3** EDITORIAL

**Valoración Clínica enfermera**

**5** ESTUDIOS ORIGINALES

**Rol de las enfermeras en los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid**

Juan Carlos Delgado Antolín, Carmen Ferrer Arnedo, Encarna Cerezo Ugena, Margarita Moreno Vázquez, Rafael Toro Flores

**17** ESTUDIOS ORIGINALES

**Evolución de la formación en violencia de pareja hacia la mujer de los profesionales sanitarios**

Ana Belén Arredondo Provecho

**37** TRABAJOS DE GRADO Y/O POSGRADO

**Terapia asistida con animales en pacientes con trastorno del espectro autista: cuidados de enfermería**

Andrea Fernández López

**51** TRABAJOS DE GRADO Y/O POSGRADO

**Errores de medicación en el ejercicio de enfermería**

Mª Georgina Domínguez Menéndez, Yolanda Garcia Álvarez, Gemma García Candás

conocimiento ENFERMERO
Revista cientifica del CODEM

CODEM
Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

EDITORIAL

# Valoración Clínica enfermera

Que la investigación supone la profundización sistematizada en el conocimiento de un determinado aspecto de una temática que permite obtener resultados y conclusiones seguras y fiables, es un hecho conocido y aceptado de manera general.

Que este es el motivo por el que la investigación debe seguir los principios establecidos en el método científico, incorporando la necesaria seriedad y rigurosidad requerida en el desarrollo de todos los pasos, es también una realidad plasmada:

> *"La investigación es una búsqueda de conocimiento ordenada, coherente, de reflexión analítica y confrontación continua de los datos empíricos y el pensamiento abstracto, a fin de explicar los fenómenos de la naturaleza"* (Rojas Soriano).

Esta profundización en el conocimiento existente en un momento determinado es la que explica que los trabajos de investigación se puedan establecer para conocer algo que se desconoce, para confirmar lo conocido hasta ese momento o para profundizar en lo conocido hasta ese momento.

Por otra parte, el ámbito concreto de conocimiento en el que se establece el motivo del estudio es el que permite catalogar el tipo de investigación que se está desarrollando, y en el que se va a generar nuevo conocimiento.

De esta manera, la investigación que se establece en el ámbito del cuidado y genera conocimiento de enfermería se denomina **investigación de enfermería**:

> *"Es la investigación sistemática de la práctica de la Enfermería y del efecto de su práctica en el cuidado del paciente, de la familia o la comunidad"* (Notler y Hott).

> *"La investigación en enfermería se centra primordialmente en el desarrollo del conocimiento sobre la enfermería y su ejercicio, incluida la atención a las personas sanas y enfermas. Va dirigida a la comprensión de los mecanismos fundamentales que afectan a la capacidad de las personas y las familias para mantener o incrementar una actividad óptima y minimizar los efectos negativos de la enfermedad"* (C.I.E.)

Este es un aspecto básico y fundamental que deben plantearse como punto de partida todos los investigadores y grupos de investigación de enfermería a la hora de diseñar sus estudios: **la formulación del problema de investigación debe ser de Enfermería**.

**«El grupo de investigación CENES viene trabajando desde hace más de 10 años en el desarrollo del conocimiento de enfermería en el marco del cuidado»**

Parece algo obvio, pero en la práctica es más frecuente de lo deseado encontrar trabajos de investigación desarrollados por profesionales de enfermería que generan conocimiento de otras disciplinas.

La valoración clínica de enfermería es uno de los muchos resultados que esta investigación de enfermería es capaz de generar.

El **grupo de investigación CENES** viene trabajando desde hace más de 10 años en el desarrollo del conocimiento de enfermería en el marco del cuidado, habiendo centrado en los últimos años sus trabajos en generar respuestas a algunas de las principales cuestiones planteadas en el ámbito de la valoración enfermera.

Si ya en el año 2006 elaboró la **primera clasificación de variables normalizadas del cuidado**, ahora ha definido el concepto de la valoración clínica de enfermería en respuesta a la necesidad de enfocar su labor a su ámbito propio de actuación: el cuidado.

Esta necesidad ha sido detectada y expresada en numerosos foros científicos de la profesión, y ya fue expresada por la NANDA-I en su publicación, indicando:

> *"Las enfermeras necesitan valorar a los pacientes desde el punto de vista de la disciplina enfermera para poder diagnosticar de forma precisa y proporcionar cuidados eficaces"* (NANDA-I. 2015-2017).

Los resultados del desarrollo de este concepto de **"valoración clínica de enfermería"** ya fueron presentado en el último congreso internacional del CIE en Barcelona, definiéndola como *"la valoración específica que realiza el profesional de enfermería,* ***enfocada expresamente al cuidado*** *y su aplicación a través del modelo profesional de enfermería (metodología enfermera).*

La valoración clínica de enfermería forma parte del proceso de razonamiento lógico definido para la aplicación de los cuidados profesionales mediante metodología enfermera, y su objetivo es conocer la **efectividad de los cuidados** de la persona, familia o comunidad en un momento determinado.

El desarrollo de este concepto, junto con la disposición de una taxonomía de variables normalizadas de enfermería, coloca a la enfermería en disposición de dispone de protocolos de valoración normalizados que informen del **grado de fiabilidad diagnóstica** del juicio clínico emitido (diagnóstico de enfermería), lo que supone un logro de grandes dimensiones en la seguridad del paciente del que sólo la enfermería está en disposición de poder desarrollar en la actualidad.

Esperamos que este proyecto pueda tener la continuidad y el apoyo necesario para hacer realidad este gran avance.

**Antonio Arribas Cachá**

conocimiento ENFERMERO
Revista cientifica del CODEM
ISSN 2605-3152

CODEM
Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

# Rol de las enfermeras en los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid

**Juan Carlos Delgado Antolín[1], Carmen Ferrer Arnedo[1], Encarna Cerezo Ugena[1], Margarita Moreno Vázquez[1], Rafael Toro Flores[1]**

[1] Miembros de la Sociedad Madrileña de Ética Enfermera (SMETICAE)

Primer premio. III Premios de Investigación CODEM 2019

**Cómo citar este artículo:** Delgado Antolín, J.C., Ferrer Arnedo, C., Cerezo Ugena, E., Moreno Vázquez, M., Toro Flores, R., Rol de las enfermeras en los Comites de Ética para la Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Madrid. Conocimiento Enfermero 5 (2019): 05-16.

**RESUMEN**

**Justificación.** El conocimiento del rol que desempeñan las enfermeras en los Comités de Ética Asistencial (CEA) resulta esencial para identificar las aportaciones de la enfermería a estos comités.

**Objetivo.** Conocer el rol que desempeñan las enfermeras en los CEA.

**Metodología.** Estudio descriptivo transversal, realizado por medio de un cuestionario a enfermeras pertenecientes a los CEA de la Comunidad de Madrid.

**Resultados.** Los CEA están compuestos por una media de cinco enfermeras, con una antigüedad en el comité de seis años. La presencia de las enfermeras en los CEAS sirve para desarrollar la profesión y poner en valor el cuidado enfermero como elemento fundamental para la humanización de la asistencia sanitaria.

**Conclusión.** Las enfermeras deben profundizar en su formación en bioética para mejorar su participación en el proceso deliberativo que se da en los CEAS.

**Palabras clave:** enfermeras; ética de enfermería; Comités de Ética.

## Role of nurses in the Clinical Ethics Committees of the Community of Madrid

**ABSTRACT**

**Justification.** To understand the role played by nurses in Clinical Ethics Committees (CEC) is essential to identify the contribution of nursing to these committees.

**Purpose.** To identify the role played by nurses in CEC.

**Methods.** Descriptive cross-sectional study, carried out by means of a questionnaire completed by nurses from CEC from the Madrid Community.

**Results.** The CEC were composed by an average of five nurses, with a seniority of six years. The presence of nurses in CEC serves to develop the profession and to highlight nursing care as a value element that can make a significant contribution to the humanization of health care.

**Conclusions.** Nurses should expand their knowledge in bioethics in order to increase their participation in the deliberative process that takes place in CEC.

**Keywords:** nurses; nursing ethics; Ethics Committees.

**Este artículo está disponible en:** https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/81

## Introducción

Las decisiones en el ámbito de la salud se suelen tomar en un marco de incertidumbre, al estar condicionadas por gran número de factores que no pueden controlarse totalmente. En muchos casos la decisión técnica no es suficiente, para llegar a una decisión prudente se necesita de la deliberación moral. Así, ante un problema ético un grupo de personas con intereses y formación diferentes aportan una mayor racionalidad en la toma de decisiones [1].

Para la ayuda en la toma de decisiones en los conflictos éticos en los años veinte aparecen en Estados Unidos los primeros comités de ética. Casos como la selección de pacientes para diálisis (Seattle, 1960), la determinación de los criterios de muerte cerebral (Harvard, 1968) o el Caso Quinlan (1976) llevaron al desarrollo de estos comités. En la actualidad el 80% de hospitales de más de 200 camas tienen un comité o consultor de ética clínica [2, 3].

En Europa, los primeros comités de ética asistencial aparecen en 1968 en el Reino Unido. Pero no fue hasta 1990 cuando el Real Colegio de Médicos definió sus objetivos y les atribuyó un nombre. A partir de entonces, los distintos estados europeos han formado sus comités de ética [4, 5].

En España la primera referencia sobre comités de ética asistencial aparece en el año 1974, en el Hospital de Sant Joan de Deus de Barcelona. El comité tenía que dar respuesta al problema ético que suponía la ligadura tubárica con fines contraceptivos. En el año 1988 el Hospital Río Ortega de Valladolid crea su Comité de Ética, compuesto por cinco médicos y tres enfermeras. En 1995 el INSALUD regula el funcionamiento de los llamados Comités Asistenciales de Ética (CEA) recomendando que sus miembros "sean personas abiertas al diálogo, prudentes, competentes profesionalmente y con capacidad para trabajar en el grupo como iguales" y señalando además que el Comité debe de estar compuesto por "médicos, enfermeras, personal no sanitario y personas ajenas a la institución, no vinculadas a las profesiones sanitarias" [6].

Posteriormente las distintas comunidades autónomas regulan la creación de estos comités. La Comunidad de Madrid en el año 2003 regula el régimen jurídico, de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) [7]. En la actualidad en la Comunidad de Madrid existen 26 CEAS acreditados, 18 pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y 8 a otros organismos públicos o privados.

El rol que desempeña la enfermera[1] en los comités de ética asistencial empezó a ser estudiado prácticamente desde el momento de creación de estos comités, como recogen diferentes estudios. Así, en 1996 los estudios de Schroeter [8] y Beerman [9] señalaban que la participación de las enfermeras en los comités de ética mejoraba la toma de decisiones.

Más recientemente, en Holanda, Cusveller10 ha realizado estudios sobre los perfiles de competencias que deben tener las enfermeras que forman parte de los comités de ética señalando como habilidades importantes la capacidad de comunicación, la actitud reflexiva y el compromiso con la atención del paciente. En el mismo sentido de Brito y de Oliveira [12] en la revisión llevada a cabo sobre el desempeño de las enfermeras en los comités de ética señalan que la comunicación y la formación son aliados importantes para mejorar el desempeño de las enfermeras en estos comités.

En España destacan los trabajos realizados por Ribas [13, 14], en Cataluña, sobre la estructura y funcionamiento de los comités de ética asistencial y la evaluación de las habilidades, los conocimientos y las actitudes de los diferentes componentes de estos comités.

## Justificación del estudio

Conocer el rol que desempeñan las enfermeras en los CEAS resulta esencial para entender los desafíos que la enfermería tiene en su relación con la bioética, la aportación enfermera a los comités de ética y el fomento de la ética de los cuidados en la resolución de los problemas éticos. En la revisión bibliográfica realizada nos se han encontrado estudios que evalúen el rol desempeñado por las enfermeras-os en los CEAS de la Comunidad de Madrid.

[1] Siguiendo las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermeras, en este documento, el término "enfermera" se utiliza en sentido genérico, y designa a la vez hombres y mujeres.

## Objetivos

- **Principal:** Explorar el significado que tiene para las enfermeras pertenecer a un CEAS y conocer su opinión sobre las aportaciones que realizan al a dicho comité.
- **Secundarios:** Conocer el perfil demográfico, laboral y de formación en bioética de las enfermeras de la Comunidad de Madrid que forman parte de los CEAS.

## Metodología

Se ha realizado un estudio multicéntrico, descriptivo y transversal, durante los meses de octubre y noviembre de 2018. La población de estudio fueron las enfermeras integrantes de los CEAS acreditados en la Comunidad de Madrid accesibles por correo electrónico. Como variables independientes se recogieron datos socio-laborales: sexo, edad, ámbito de trabajo, antigüedad en la profesión, antigüedad y cargo en el comité, formación en bioética y datos sobre investigación y docencia llevada a cabo por las enfermeras. Como variables dependientes se estudiaron, por medio de preguntas abiertas, el significado de formar parte del CEAS, la opinión sobre las aportaciones que realizan las enfermeras al comité y la descripción de las posibles mejoras en el rol de las enfermeras en los CEAS.

El instrumento de medida utilizado fue un cuestionario anónimo creado *ad hoc* con 25 preguntas. Para su elaboración se tomaron como referencia los cuestionarios de Cusveller [11] y Ribas Ribas [13]. Para la recogida de los datos, desde el Área de Bioética de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, se remitió por correo electrónico a las enfermeras de los CEAS información sobre el estudio y un enlace para acceder al cuestionario. Las enfermeras que consintieron participar en el estudio cumplimentaron el cuestionario a través del enlace facilitado, remitiendo el cuestionario vía *on line* a los investigadores (Anexos 1 y 2). Durante todo el proceso se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos de los participantes.

Una vez recibidos los cuestionarios fueron revisados e introducidos en una base de datos creada con el programa estadístico SPSS v.18. Después de analizar los datos las variables cuantitativas se presentan con media e intervalo de confianza al 95% (IC 95%) y las puntuaciones máximas y mínimas. Las variables cualitativas se presentan con sus frecuencias absolutas y los correspondientes porcentajes. El nivel de confianza es de un 95 % ($\alpha$=0,05).

La información obtenida de las preguntas abiertas fue transcrita y categorizada por medio del análisis del contenido.

El estudio ha recibido el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

## Resultados

Sobre una muestra total de 75 enfermeras que forman parte de los CEAS de la Comunidad de Madrid, con acceso por correo electrónico, se recogieron 38 cuestionarios válidos, siendo la tasa de respuesta 50,66%.

Los datos sociodemográficos relacionados con las enfermeras que forman parte de los CEAS se recogen en la tabla 1.

**Tabla 1**. Datos sociodemograficos y de actividad de las enfermeras en los CEAS.

| | |
|---|---|
| Sexo, n (%)<br>Mujeres<br>Hombres | <br>28 (73,7)<br>10 (26,3) |
| Edad, media<br>(IC 95%)<br>Máximo-Mínimo | 47,5<br>(44,71-50,34)<br>63-32 |
| Antigüedad años profesión, media<br>(IC 95%)<br>Máximo- Mínimo | 23,73<br>(20,54-26,98)<br>40-1 |
| Ámbito laboral, n (%)<br>Público<br>Privado<br>Otros | <br>32 (84,2)<br>4 (10,5)<br>2 (5,3) |
| Institución sanitaria, n (%)<br>Hospital de agudos<br>Hospital de crónicos<br>Atención primaria<br>Otros | <br>30 (78,9)<br>1 (2,6)<br>4 (10,5)<br>3 (7,9) |
| Perfil profesional, n (%)<br>Clínico-asistencial<br>Organización y gestión | <br>28 (73,7)<br>10 (26,3) |
| Número de enfermeras componen el CEAS, media (IC 95%)<br>Máximo-Mínimo | 5<br>(4,42-6,03)<br>15-2 |
| Antigüedad años en CEAS, media<br>(IC 95%)<br>Máximo-Mínimo | 5,89<br>(4,56-7,23)<br>15-1 |

| | |
|---|---|
| Cargo en CEAS, n (%) | |
| Presidente-a | 1 (2,6) |
| Secretario-a | 5 (13,2) |
| Vocales | 32 (84,2) |
| Formación en bioética, n (%) | |
| Pregrado | 1 (2,6) |
| Cursos postgrado | 19 (50) |
| Máster o Experto universitario | 16 (42,2) |
| NC | 2 (5,2) |
| Tiempo dedicado a la formación en bioética, n (%) | |
| < 5 horas/mes | 18 (47,3) |
| 20 horas/ mes | 12 (31,6) |
| >20 horas/mes | 8 (21,1) |

La composición de los CEAS estudiados es de una media de 17 miembros (IC 95%: 15,84- 18,22) con un máximo de miembros de 30 y un mínimo de 12. Los CEAS están compuestos por una media de 5 enfermeras (IC 95%: 4,42-6,03), los médicos miembros del comité alcanzan una media de 7 (IC 95%: 6,14-8,03).

En los CEAS se analizan alrededor de tres casos al año, de estos casos las enfermeras suelen ser ponentes de uno.

En relación con la labor científico-investigadora de las enfermeras de los CEAS, estas suelen publicar un artículo relacionado con la bioética cada dos años, sin embargo presentan una comunicación al año a congresos y jornadas científicas. En cuanto a la docencia la mayoría de las enfermeras (52,6%) participan en los cursos de formación que se imparten desde sus CEAS, sin embargo esta participación disminuye (39,5%) cuando los cursos de bioética se imparten fuera del ámbito de los CEAS. El resto de los datos relacionados con la actividad de las enfermeras puede verse en la Tabla 1.

En cuanto al significado, como enfermera de formar parte del CEAS, la mayoría 13 (34,2%) se decanta por el fomento del desarrollo de la profesión enfermera y de la bioética (26,3%).

En cuanto a las aportaciones que en calidad de enfermeras realizan a los CEAS más de la mitad (52,6%) señala la relevancia del cuidado enfermero en la humanización de la asistencia sanitaria (Figura 2).

Como propuestas de mejora destacan la profundización en la formación en bioética (42,1%) seguido de buscar una mayor implicación en las deliberaciones de los comités el resto de los resultados pueden apreciarse en la figura 3.

**Figura 1.** Significado de formar parte del CEAS.

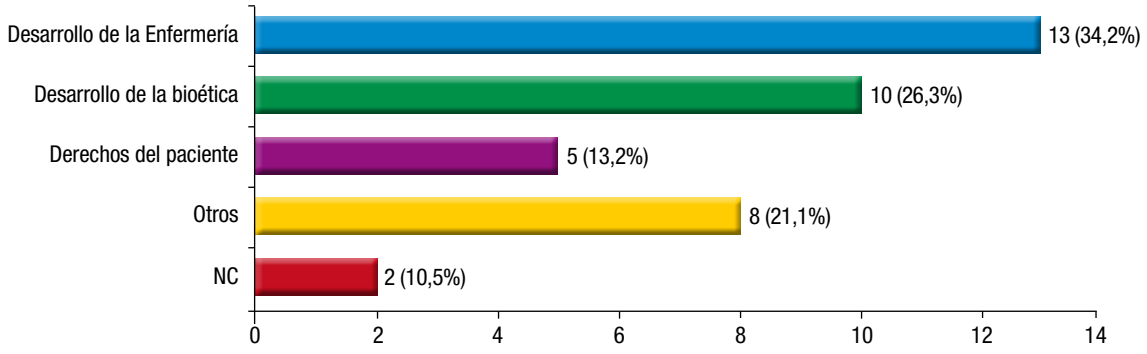



**Figura 2.** Aportación de las enfermeras a los CEAS.

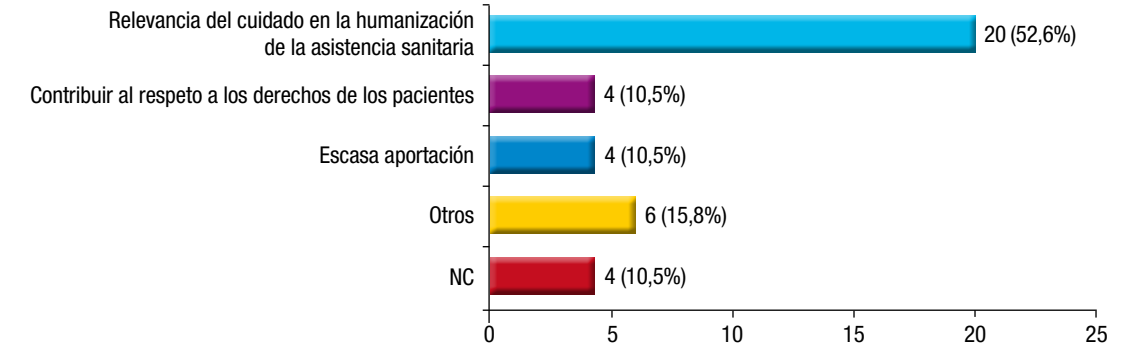
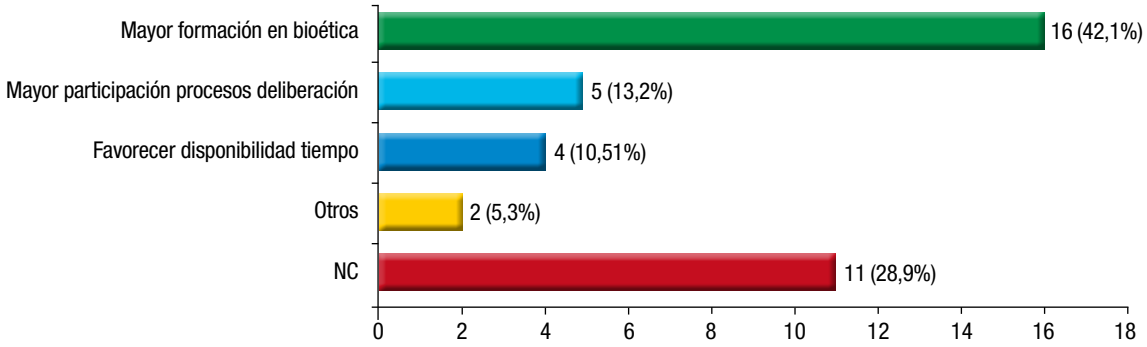


**Figura 3.** Propuestas de mejora.




## Discusión

De los 75 cuestionarios remitidos 38 fueron las enfermera que contestaron, con una tasa de respuesta del 50,66%, en un estudio similar encontramos una tasa de respuesta del 42,5%, aunque con un tamaño muestral mayor [13].

En cuanto a la distribución por sexo en la profesión de Enfermería es mayoritario el sexo femenino. Así, en la Comunidad de Madrid la distribución por sexo de enfermeras y enfermeros es de 85,90 % mujeres y 14,10% hombres [15]. En el estudio la distribución por sexo es algo diferente, así la proporción de enfermeras mujer que integran los comités de ética es de un 73,7% y la de hombres de un 26,3%. El estudio de Ribas [13], realizado en Cataluña, presenta proporciones más parejas, aunque hay que considerar que incluye otras profesiones además de enfermeras, así un 57,1% son mujeres y un 42,9% hombres. Sin embargo en relación con la media de edad y la antigüedad de los integrantes de los comités los resultados son prácticamente iguales, resultando una media de edad de 47 años y una antigüedad como miembro del comité de ética de 6 años.

En cuanto, al significado de formar parte del CEAS hay que destacar su relevancia porque "si no está claro lo que significa para una enfermera ser parte de un comité de ética, es lógico pensar que no estará en situación de asimilar y evaluar su propia competencia" [5,10]. Las principales respuestas dadas por las enfermeras a esta cuestión se relacionan con la participación en el desarrollo de la enfermería y de la bioética, así como con la defensa de los derechos de los pacientes. El concepto de "desarrollo de la enfermería" hace referencia a la visibilidad del trabajo de la enfermera, es decir al conocimiento de sus funciones y competencias como garantía del cuidado de pacientes y usuarios. Esta es una cuestión transversal que se da en diferentes ámbitos, así el 34,2% de las enfermeras del estudio creen que los CEAS son un buen campo para reivindicar la "visibilidad", que además tiene con fin último la "defensa de los derechos del paciente", así un 13,2% de las encuestadas señalan esta cuestión como el significado principal de las enfermeras en los CEAS. Esta respuesta coincide plenamente con el concepto de *advocacy* señalado, por Drought [16], es decir, la enfermera representa un amparo para sus pacientes ya que "protege a estos de cualquier daño, velando porque reciban un trato imparcial y favoreciendo su autonomía". La visibilización del trabajo enfermero coloca a la profesión en igualdad de condiciones con otras profesiones que forman parte de los CEAS. La profundización en el "desarrollo de la bioética", es otro significado importante (26,3 %) encontrado en el estudio. El desarrollo de la bioética está relacionado con la participación de las enfermeras en los procesos deliberativos que se deben dar en los CEAS, proceso fundamental para una toma de decisiones prudentes. Efectivamente, la no participación en este proceso por parte de las enfermeras o el hecho de que no se tengan en cuenta sus opiniones produce en ellas una frustración y un estrés moral que puede repercutir en los cuidados de los paciente [12,17]. Además, como señala Yagüe [5] "La reflexión ética que se hace en los comités ayuda a valorar el trabajo de las enfermeras y participar en la visibilidad de su papel"

En relación con las aportaciones de las enfermeras a los CEAS destaca como respuesta de más de la mitad de las encuestadas (52,6%) "la relevancia que adquiere el cuidado en la humanización de

la asistencia sanitaria". Parece claro, como señala Bermejo que "las profesiones sanitarias deben ser intrínsecamente humanizadoras... y el fundamento de la humanización es el respeto a la dignidad de la persona" [18]. En este sentido la enfermería debe "buscar su epicentro moral en el compromiso con el bienestar del paciente como persona integral" [19]. El cuidado es el valor fundamental en la enfermería, su bien interno [20]. Este cuidado no es un acto aislado, ni está suspendido en el vacío. Tiene lugar en contextos sociales, institucionales y en redes de relaciones que le confieren significado. Por esta razón, la enfermera como instrumento terapéutico y experto técnico, debe tener competencias éticas, clarificar sus valores y estar comprometida con el cuidado [21]. Efectivamente, como señalan de Brito y Oliveira, muchas de las competencias que se precisan para la actividad enfermera se complementan con las competencias necesarias para participar en los comités de ética [10, 14]. Así, valores como responsabilidad, honestidad, compasión, compromiso, respeto y responsabilidad, imprescindibles para la participación en los comités de ética, están recogidos como valores profesionales en el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras [22].

Un aparte de las enfermeras (10,5%) vuelven a destacar, esta vez como aportación propia de la enfermería, la contribución al respeto de los derechos de los pacientes, esta cuestión estaría en relación con el concepto de *advocacy* tratado anteriormente. También, llama la atención, que un grupo minoritario de enfermeras (10,5%) entiende que la aportación de las enfermeras a los CEAS es escasa o nula.

A la pregunta sobre "propuestas de mejora" han contestado un 71,1% de las enfermeras. Siendo "la necesidad de una mayor formación en bioética" la propuesta mayoritaria (42,1%) seguida de "la exigencia de una mayor participación en los procesos deliberativos" (13,2%) y que "la institución favorezca la disponibilidad de tiempo para esta formación y la asistencia a las reuniones de del comité (10,5%). (Fig. 4)

Los miembros de los CEAS tienen una elevada responsabilidad moral, por lo que parece claro que una de las competencias imprescindibles para formar parte del comité debe de ser la formación en bioética de sus miembros. No obstante, la normativa de la Comunidad de Madrid sólo exige que dentro de los profesionales sanitarios que forman el comité "uno" tenga formación acreditada en bioética. Esta misma normativa señala como función de los CEAS la formación de sus miembros en bioética y además colaborar y promover la formación en bioética de los profesionales sanitarios y no sanitarios del centro [7].

De los resultados del estudio se desprende que la mitad de las enfermeras han recibido su formación en bioética en cursos de postgrado y un porcentaje alto (42%) ha realizado la formación por medio de máster o experto universitario en bioética. En este sentido, hay que tener en cuenta que hasta la entrada en vigor, en España del Espacio Europeo de Educación Superior (Proceso de Bolonia) las enfermeras sólo podían acceder a la titulación de experto universitario y no a la realización de un máster.

No obstante, en el estudio, se puede apreciar que la gran mayoría de las enfermeras encuestadas (92%) tienen formación en bioética, resultados similares a los obtenidos por Ribas en Cataluña (88,2%). Este estudio también señala la preferencia de formación a través de cursos, quizás porque los masteres exigen una mayor dedicación [13].

Ante estos resultados, cabe preguntarse por qué dentro de las mejoras señaladas se incluye la de mayor formación. Según el informe *Core competencies for health care ethics consultation* elaborado por la *American Society for Bioethics and Humanities* (ASBH) [14,23] los consultores éticos a título individual o que forman parte de un comité deben de reunir una serie de habilidades, conocimientos y actitudes. Dentro de las habilidades destacan la facultad de formación de juicios éticos para, poder identificar los conflictos éticos, la capacidad para afrontar los problemas éticos planteados y las habilidades interpersonales como comunicación, escucha, etc. La diferencia entre estas tres habilidades es que las primeras pueden adquirirse con formación mientras que las de procedimiento y las interpersonales tan sólo pueden adquirirse con la experiencia. Esta práctica debe de ser adquirida por las enfermeras con la participación en los procesos de deliberación de los CEAS y con la redacción de los informes de los casos planteados. Esta cuestión lleva a la segunda propuesta de mejora que sería la exigencia de una mayor participación de las enfermeras en los procesos deliberativos. Las enfermeras deben dejar atrás la llamada ética de la convicción o de la obediencia y asumir la

ética de la responsabilidad [24]. El mantenimiento de la sumisión profesional a través de la ética de la convicción puede llevar a la enfermera a sufrir estrés moral. Esta cuestión no es baladí, diversos estudios han señalado que pueden existir enfoques morales distintos entre médicos y enfermeras. Así Robertson [25] en su estudio realizado en un centro psiquiátrico señala que ante el conflicto de los principios de autonomía y beneficencia, las enfermeras se decantaban más por la autonomía mientras que los médicos lo hacían por la beneficencia. Qué duda cabe que las diferencias que surgen durante la deliberación enriquecen el proceso y facilitan la reflexión interdisciplinar sobre los conflictos éticos, porque como señala Casado [26] "la mayoría de los problemas que se analizan en bioética trascienden los campos del conocimiento tradicional e interesan a diferentes disciplinas".

En nuestro estudio las enfermeras más jóvenes (30-49 años) demandan mayor participación en la deliberación, mientras que las mayores (50-65 años) abogan por una mayor formación ($p$ = 0,036).

Una parte (10,5%) de las enfermeras del estudio identifica la falta de disponibilidad de tiempo para asistir a las reuniones del comité y para la formación como una barrera importante para la intervención en el CEAS. Esta percepción coincide con el estudio de Gaudine et al. [27] que ponen de manifiesto "las dificultades de las enfermeras para asistir a estas reuniones", señalando la importancia que tiene que las instituciones faciliten la presencia enfermera en los comités. También resulta importante que esta función facilitadora se lleve a cabo con la formación tanto interna como externa de los miembros del comité, pues como ya se ha dicho la formación en bioética es fundamental para implementar la adecuada participación en los CEAS.

Los comités de ética pueden ser aliados importantes en la gestión de la calidad de las organizaciones e instituciones sanitarias pero para ello deben contar con el apoyo político y profesional que facilite la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y la protección de los derechos de los pacientes [12].

Dentro de las limitaciones del estudio cabe destacar primero, como ya se ha señalado, la baja tasa de respuesta dada por las enfermeras pertenecientes a los CEAS, siendo un sesgo a asumir. También, hay que tener en cuenta una limitación propia de los cuestionarios como es la sinceridad en las respuestas de los participantes, para evitar este problema se garantizó la confidencialidad de los participantes informando que el proceso no permitía la identificación personal ni el centro de trabajo. Como todo cuestionario las preguntas incluidas pueden no cumplir con todas las expectativas de los encuestados, para evitar esta cuestión se invitaba a las participantes a añadir los comentarios que consideraran oportunos en una pregunta abierta. Otra de las posibles limitaciones podría estar en la interpretación por los investigadores de las respuestas de las preguntas abiertas, para evitar este sesgo las preguntas abiertas fueron sencillas y fáciles de responder.

## Conclusiones

Para concluir señalar que el perfil de la enfermera miembro de un CEAS de la Comunidad de Madrid es el siguiente: mujer, entre 45-50 años, trabaja en un hospital público de agudos. Tiene una antigüedad como miembro del CEAS de seis años, es ponente de un caso al año y participa en formación impartida por el comité. Su formación en bioética se ha realizado por cursos postgrado y dedica menos de cinco horas al mes a la formación en bioética. Suele presentar una comunicación al año a congresos de bioética y publica un artículo sobre bioética cada dos años en revistas especializadas.

La presencia de las enfermeras en los CEAS sirve para la mejora del desarrollo de la enfermería y para la puesta en valor del cuidado, elemento fundamental para la humanización de la asistencia sanitaria y defensa de los derechos del paciente. No obstante, las enfermeras deben profundizar en su formación en bioética, que a su vez servirá para mejorar su participación en los procesos deliberativos que se dan en la toma de decisiones en los CEAS.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Feito Grande, L. Ética y Enfermería. Madrid: U.P. Comillas-San Pablo; 2009. p 87-88.
2. Albarrán F, Moreno M, Toro R. Los Comités de ética asistencial. En Álvarez J, Burgos R (coord.). Aproximación bioética a la nutrición clínica. Barcelona: Glosa–SENPE; 2011.

3. Couceiro A. Los Comités de ética asistencial. Origen, composición y métodos de trabajo. En Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999.
4. Tschudin V. European experiences of ethics committees. Nursing Ethics. 2001; 8(2).
5. Yagüe Sánchez JM. La enfermera en los comités de ética. Rev ROL Enferm 2017; 40(9): 618-622.
6. Dirección General. Instituto Nacional de Salud. Circular 3/95, de Creación y acreditación de Comités Asistenciales de Ética.
7. Decreto 61/2003, de 8 de mayo, por el que se regula el régimen jurídico, de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y se crean y regulan la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid. BOCM núm 24 (27-5-2003).
8. Schroeter K, Perioperative Nurses´Involvent of Nursing Ethics Committees. AONR J. 1996; 64 (4): 588-96.
9. Beerman CM. The nurse´s role in bioethics. AONR J. 1997 May; 65 (5): 923-6.
10. Cusveller B. Nurses serving on clinical ethics committees: A qualitative exploration of a competency profile. Nurs Ethics 2012; 19(3):431-42.
11. Cusveller B, Schep-Akkerman A. Toward a competency assessment tool for nurses in ethics meeting. Nurs Ethics 2016; 23(4):413-2.
12. de Brito GMG, de Oliveira Santa Rosa D. Nurses performance in clinical ethics committees and commissions: An integrative review. Nurs Ethics 2017 J Jan 1:969733017724611. Doi: 10.1177/0969733017724611
13. 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 (2): 60-6.
14. Ribas Ribas S. Competencias de los comités de ética asistencial y autoevaluación de sus componentes. Estudio CEA-CAT (2). Med. Clin (Barc) 2007; 128 (6): 219-25.
15. Toro Flores R, Bravo Agüi P, Catalán Gómez MV, González Hernando M, Guijarro Cinesergue MJ, Moreno Vázquez M, Roch Hamelin I, Velasco Sanz TR. Opinions of nurses regarding conscientious objection. Nurs Ethics. 2017 Jan 1:969733017731915. doi: 10.1177/0969733017731915
16. Drought T. Aplicación de la ética basada en principios al ejercicio y la organización de la enfermería. En Ética en Enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza. Davis AJ, Tschudin V, de Raeve L (edit.) Madrid: Triacastela; 2009. Pág. 126.
17. Otto S. A nurse´s lifeline. Am J Nurs 2000; 100 (12): 57-59.
18. Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Aproximación al concepto. (2ª ed.) Bilbao; Desclée De Brouwer: 2015.
19. Chambliss DF. Beyond caring, hospitals, nurses, and the social organization of ethics. Citado por Meiche Pang S. Análisis crítico del planteamiento basado en principios. En Ética en Enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza. Davis AJ, Tschudin V, de Raeve L (edit.) Madrid: Triacastela; 2009. Pág. 113.
20. Watson J Watson J, Caring science: a core science for health professions. Filadelfia: FA Davis; 2004.
21. Arredondo-González C.P, Siles-González, J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm v.18 n.1 Granada. Ene.-mar. 2009.
22. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código Deontológico Del CIE para La profesión enfermera. Ginebra: CIE; 2012. Disponible en: http://www.icn.ch/es/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/
23. American Society for Bioethics and Humanities. Core competencies for health care ethics consultation. Glenview: American Society for Bioethics and Humanities;1998.
24. Gracia Guillén D. Como Arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004. p 463.
25. Robertson D. Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses in approaches to patient care. J Med Ética 1996; 22 (5): 292-9.
26. Casado M, López Baroni MJ. Manual de Bioética laica (I). Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona; 2018. Pág. 20.
27. Gaudine A, Lamb M, LeFort SM, et al. Barriers and facilitators to consulting hospital clinical ethics committees. Nurs Ethics 2011; 18 (6).

## ANEXO 1. Hoja de informacion a los participantes del estudio.

**ESTUDIO SOBRE EL ROL DE LAS ENFERMERAS EN LOS COMITÉS DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Estimadas compañeras-os:

Somos un grupo de enfermeras-os pertenecientes a XXXXXXXXXX , queremos realizar un estudio sobre el papel que desempeña las enfermeras en los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) de la Comunidad de Madrid.

Para realizar el estudio, necesitamos conocer una serie de datos y opiniones que se recogerán en la encuesta que se envía. Por este motivo nos dirigirnos a usted con el propósito de solicitarle su colaboración respondiendo a esta breve encuesta, con la seguridad de que su opinión será de gran utilidad para poder realizar el estudio, del que nos comprometemos a comunicar los resultados obtenidos.

La participación en el estudio es voluntaria y anónima. La encuesta consta de 19 preguntas, su cumplimentación se realiza telemáticamente en un tiempo estimado de 8 minutos y se remite automáticamente al equipo de investigación de XXXXX.

El plazo máximo para enviar el cuestionario es el 28 de octubre de 2018.

La información facilitada será absolutamente confidencial, anónima y tratada únicamente a efectos estadísticos para la realización del estudio según normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal.

Con el fin de respetar la confidencialidad de los participantes, en el estudio se omitirá cualquier tipo de información que pudiese identificar el centro al que están adscritos los participantes.

Quedamos a su disposición para cualquier aclaración que necesite.

Muchas gracias

XXXXXXXXX

E-mail: xxxxxxx.xxxxxx@gmail.com

## ANEXO 2. Encuesta sobre el rol de las enfermeras en los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

**HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES**

Estudio sobre el rol de las enfermeras y enfermeros en los Comités de Ética Asistencial en la Comunidad de Madrid

Somos un grupo de enfermeras-os pertenecientes a xxxxxxxxxxx , queremos realizar un estudio sobre el papel que desempeña la enfermería en los Comités de Ética Asistencial (CEAS) de la Comunidad de Madrid.

Para la realización de este estudio, necesitamos conocer una serie de datos y opiniones que se recogerán en el cuestionario que se adjunta. Por este motivo nos dirigirnos a Vd. con el propósito de solicitarle su colaboración, con la seguridad de que su opinión será de gran utilidad para poder realizar el estudio.

En este sentido, le aseguramos que la información facilitada será absolutamente confidencial, anónima y tratada únicamente a efectos estadísticos para la realización del estudio según normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal.

Quedamos a su entera disposición para cualquier aclaración que necesite.

XXXXXXXXXXXXX
xxxxxx.xxxxxx@gmail.com

**Estudio sobre el Rol de las enfermeras en los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid**

1. **Sexo**
   *Marca solo un óvalo.*
   - ◯ Mujer
   - ◯ Hombre

2. **Edad**

3. **Años de antigüedad como enfermera-o**

4. **Ámbito laboral**
*Marca solo un óvalo.*

- ◯ Público
- ◯ Privado
- ◯ Concertado
- ◯ Otro: .....
- ◯ Otro: _____

5. **Perfil profesional**
*Marca solo un óvalo.*

- ◯ Clínico- asistencial
- ◯ Organización y gestión
- ◯ Otro: .....

6. **Ámbito de actuación institucional de CEAS**
*Marca solo un óvalo.*

- ◯ Hospital de agudos
- ◯ Centro socociosanitario
- ◯ Centro de salud mental
- ◯ Atención primaria
- ◯ Otros: .....

7. **Tiempo de pertenencia al CEAS**

_____

8. **Cargo que ocupa en el CEAS**
*Marca solo un óvalo.*

- ◯ Presidente-a
- ◯ Vicepresidente-a
- ◯ Secretario-a
- ◯ Vocal

9. **Numero de casos tratados en CEAS durante los cinco últimos años**

_____

10. **Número de casos tratados en el CEAS durante los cinco años en los que usted ha sido ponente**

_____

11. **Formación en bioética**
*Marca solo un óvalo.*

- ◯ Ninguna
- ◯ Pregrado
- ◯ Cursos posgrado
- ◯ Master o Experto Universitario
- ◯ Otra: .....
- ◯ Otro: _____

12. **Número de publicaciones relacionadas con la bioética realizadas en los últimos cinco años**

_____

13. **Número de comunicaciones o ponencias relacionadas con la bioética presentadas a congreso o jornadas científicas en los últimos cinco años**

_____

14. **Tiempo dedicado a su formación en bioética**
*Marca solo un óvalo.*

- ◯ > 20 horas mensuales
- ◯ De 5 a 20 horas mensuales
- ◯ < 5 horas mensuales

15. **¿Participa como docente en los cursos de formación que realiza el CEAS al que usted pertenece?**
*Marca solo un óvalo.*

- ◯ Si
- ◯ No

16. **¿Participa como docente en otros cursos de formación en bioética?**
*Marca solo un óvalo.*

- ◯ Si
- ◯ No

17. **¿Como enfermera-o que significa para usted formar parte del CEAS?**

_____

_____

_____

18. **En su opinión y en relación con su experiencia como miembro del CEAS ¿Qué aportaciones realizan las enfermeras -os a los CEAS?**

_____

_____

_____

_____

19. **En su opinión serían mejorables estas aportaciones**
*Marca solo un óvalo.*

- ◯ No, creo que están bien
- ◯ Sí. En este caso conteste a la pregunta siguiente

20. **¿Qué mejoras propondría para mejorar las aportaciones de las enfermeras-os en los CEAS?**

_____

_____

_____

_____

21. **¿Cuantas enfermeras-os hay en su CEAS?**

_____

22. **¿Cuantos médicos hay en su CEAS?**

_____

23. **¿Cual es el número total de miembros de su CEAS?**

_____

24. **Tipo de CEAS**
*Marca solo un óvalo.*

- ◯ Local
- ◯ Multicéntrico

25. **¿Desea añadir algo más?**

_____

_____

conocimiento ENFERMERO
Revista cientifica del CODEM
ISSN 2605-3152

CODEM
Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

# Evolución de la formación en violencia de pareja hacia la mujer de los profesionales sanitarios

**Ana Belén Arredondo Provecho**

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Humanidades. Doctora en Ciencias de la Salud

Sexto premio. III Premios de Investigación CODEM 2019

**Cómo citar este artículo:** Arredondo Provecho, A.B., Evolución de la formación en violencia de pareja hacia la mujer de los profesionales sanitarios. Conocimiento Enfermero 5 (2019): 17-36.

**RESUMEN**

La violencia de pareja hacia la mujer representa un problema relevante de salud pública. Causa consecuencias en la salud, por ello nos planteamos como objetivos conocer la evolución de la formación de los profesionales sanitarios; identificar los formados; comparar el nivel de conocimiento, opiniones, barreras organizativas y propuestas de mejora.

**Material y método.** Se revisaron los datos referentes a la formación sanitaria. Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Los datos se recogieron en un Excel diseñado para el estudio. Para el análisis estadístico se utilizaron el SPSS 17 y el STATA 12.

**Resultados.** La evolución de la formación de los profesionales sanitarios representa entre el 3-4%. Los profesionales más formados fueron los de atención primaria, seguidos de especializada. En la encuesta, la tasa de respuesta fue del 15% en el último año frente al 60%. El 50.9% creen que no hay consenso en la actuación; el 20% conocen el protocolo de actuación.

**Discusión.** Los profesionales sanitarios a día de hoy tienen una formación escasa en VPM. Cada vez están más concienciados, tienen menos estereotipos y más herramientas de intervención, pero es necesario que las conozcan y las apliquen en el día a día asistencial.

**Palabras clave:** violencia de género; salud pública; violencia de pareja; personal de salud.

## Evolution of training in partner violence towards women of healthcare professionals

**ABSTRACT**

Partner violence against women represents one of the problems of most relevant public health. It causes health consequences, so the objective is to know the evolution of training in Violence of Partners towards Women of health professionals; identify who have trained; compare the level of knowledge, opinions, organizational barriers and proposals for improvement.

**Material and method.** The data referring to the training of the health professionals. A descriptive cross-section study was carried out in the Hospital Universitario Fundación Alcorcón. The data collection was done in an Excel spreadsheet designed for the study. For the statistical analysis, SPSS 17 and STATA 12 were used.

**Results.** The evolution of the training of health professionals represents between 3-4%. Primary care professionals were the most trained, followed by specialized care centres. Regarding the results of the survey, the response rate in 2016 was 15% compared to 60% in 2008. 50.9% believed that there is no consensus in the performance; 20% know the protocol of action.

**Discussion.** Today's healthcare professionals have little training in VPM. Every day they are more aware, they have fewer stereotypes and more tools to intervene, but it is necessary they are known and applied in day to day care.

**Keywords:** gender-based violence; public health; intimate partner violence; health personnel.

**Este artículo está disponible en:** https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/83

## Introducción

La violencia de pareja hacia la mujer está presente en todos los países y se presenta indistintamente en todas las culturas, clases sociales, edades, niveles de educación, categorías económicas y grupos étnicos. Ninguna sociedad puede jactarse de estar libre de ella. Las dimensiones globales del fenómeno son alarmantes [1].

Representa una de las violaciones de los derechos humanos más extendida, que niega a mujeres y niñas la igualdad, seguridad, dignidad, autoestima y el derecho a gozar de las libertades fundamentales. Además, supone un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz que marcan las declaraciones internacionales de los derechos humanos [2].

Es un azote ubicuo que desgarra el tejido comunitario y amenaza la vida, la salud y la felicidad de todos nosotros. Una proporción considerable del coste de la violencia, no solo entendido en términos económicos, corresponde a su repercusión en la salud de la víctima y a la carga que impone a las instituciones sanitarias [3].

No se conoce la magnitud real del problema, ya que las investigaciones que se han llevado a cabo se han realizado a través de encuestas poblacionales o indirectamente mediante indicadores como los datos de mortalidad, denuncias, uso de los recursos disponibles, condenas y órdenes de protección por esta causa.

Un estudio realizado a nivel mundial en 35 países concluye que entre el 10% y el 52% de las mujeres había sufrido maltrato físico por parte de su pareja o expareja en algún momento de su vida, y entre el 10% y el 30% había sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja [4].

Según el informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizado a través de una revisión sistemática mediante compilación de la evidencia en la literatura revisada por pares hasta 2008 e incluyéndose estudios de datos primarios de encuestas a mujeres mayores de 15 años que representan todas las regiones del mundo, el 30% de las mujeres, que alguna vez han tenido pareja, han experimentado violencia física o sexual por parte de él. El 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la VPM. Siendo variables los porcentajes de esta violencia entre el 23% y el 47% en las diferentes regiones del mundo, aunque no se ha incluido en el estudio la violencia psicológica por falta de acuerdo sobre las medidas estándar para valorarla. [5].

En lo que concierne a la Unión Europea, los resultados reflejan que el 22% de las mujeres que han tenido una relación de pareja con un hombre ha experimentado violencia física o sexual por su parte. El 43% de este número de mujeres ha sufrido alguna forma de violencia psicológica por parte de su actual pareja masculina o una anterior. Las cifras de prevalencia varían en los distintos países de un 32% en Finlandia, 27% en Noruega, 25% en Alemania [6].

En España, para conocer la magnitud del problema se han realizado cinco macroencuestas dirigidas a mujeres de 18 o más años, cada cuatro años. En concreto, se han llevado a cabo en los años 1999, 2002, 2006 , 2011 y 2015 [7].

En la primera encuesta (1999), el 12.4% de las mujeres entrevistadas reunieron los requisitos establecidos en la definición de maltrato y el 4,2% fueron autoclasificadas como maltratadas en el último año. En la segunda (2002), los porcentajes que se obtuvieron como resultado para estas mismas cuestiones fueron del 11,1% y 4%; y en la tercera (2006), 9,6% y 3,6% respectivamente. Además, el 63,8%, el 67,7% y el 70,4% de ellas declaran que estas situaciones se venían produciendo desde hacía más de cinco años. En el año 2011 fue del 10,9%, un porcentaje que equivaldría a más de 2.150.000 mujeres [8].

La encuesta más reciente introdujo cambios respecto a las anteriores. Se entrevistó, por primera vez, a mujeres desde los 16 años, se mejoró la metodología y se empleó un nuevo cuestionario adaptado a las directrices internacionales marcadas por la Organización de las Naciones Unidas y la Unión Europea. Esto permitió sacar a la luz nuevos casos de violencia contra la mujer que habían permanecido ocultos en las encuestas anteriores. También permitió comparar los datos con los que se obtuvieron en el contexto de la Unión Europea [9].

En ella, el 12,5% del total de mujeres residentes en España de 16 o más años declara haber sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas o exparejas en algún momento de su vida, frente al 22% de la Unión Europea [9]. En concreto, el 10,3% ha sufrido violencia física, frente al 20% de la UE; el 8,1% ha sufrido violencia sexual, fren-

te al 7% que se aprecia en el contexto europeo. El 25,4%, violencia psicológica de control –como impedirle que vea a otras personas o vaya a determinados sitios–, frente al 35% de la UE. El 21,9% de las mujeres españolas ha experimentado violencia psicológica emocional –como insultos o amenazas–, frente al 32% que se aprecia en el contexto europeo. El 10,8%, violencia económica, frente al 12% de la UE. Asimismo, el 85,2% de las víctimas de violencia física, el 94% de las de violencia sexual y el 95,4% de las de violencia psicológica emocional, manifiesta que los hechos violentos se suelen producir en más de una ocasión. Por otro lado, el 13% de las mujeres ha tenido miedo de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida y el 2,9% afirma haber sentido miedo de manera constante.

Hay un dato esperanzador, el 77,60% de las mujeres declaran que han conseguido salir de su situación de maltrato, frente al 72,48% que lo habían hecho en la encuesta anterior.

El 22,36% de estas mujeres acudieron al sistema sanitario para solicitar ayuda , frente al 29,22% a psicólogos o psiquiatras. No podemos olvidarnos de los menores, ya que el 63,6% de las mujeres afirman que sus hijos/as presenciaron o escucharon estos episodios de violencia.

En la Comunidad de Madrid [10] se han realizado tres encuestas poblacionales a mujeres entre 18 y 70 años para medir la magnitud y el impacto en la salud de la VPM en los años 2004, 2009 y 2014. La evolución de la prevalencia con un IC del 95%, ha sido 10,1% (8,8-11,4), con la participación de 2.136 mujeres; de 12% (10,8-13,2) en 2.835 y 7,6% (6,7-8,6) en 2.992 encuestadas.

De la encuesta de 2014 se obtiene que el 2,2% ha experimentado violencia física y el 1,5%, violencia sexual. En esta última encuesta, dentro de la violencia psicológica, los comportamientos más frecuentes fueron las críticas o la desvalorización, el silencio, desprecio, control y los insultos, los cuales se presentaron con una frecuencia cercana al 50%. El 2,8% (IC 95%: 2,2-3,4) refirieron alguna conducta de acoso o control a través de medios electrónico.

En los últimos años, ha aumentado el número de estudios destinados a la estimación de las consecuencias de estas situaciones para la salud de las mujeres, tanto en nuestro país como en los de nuestro entorno y en EE.UU.

Las conclusiones generales, que se pueden extraer de estos trabajos, son que la VPM aumenta el riesgo de mala salud a la vez que empeora la percepción de esta y que los daños físicos y psicológicos aparecen tanto a corto como a medio y largo plazo [11,12,13].

Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid [14] sobre la magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios, basado en información que proporcionaron las víctimas, concluye que presentan peor salud autopercibida y mayor morbilidad crónica, por lo que necesitan utilizar los servicios sanitarios con mayor frecuencia. Además, refieren más accidentes en el último año, mayor número de consultas por problemas de estado de ánimo y superior déficit de descanso que las mujeres sin situación de violencia. Por ello, son fundamentales para la detección y abordaje de estos casos.

Según los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el año 2018 cuarenta y siete mujeres han sido asesinadas por su pareja o expareja y 3 menores han resultado víctimas de este tipo de violencia [15,16].

Si en algo coincide la comunidad científica internacional es en la necesidad de proporcionar una respuesta multisectorial coordinada para prevenir y tratar la VPM [13,17,18].

La Organización de las Naciones Unidas define la violencia de pareja hacia la mujer (VPM) como: "todo acto de violencia basado en la pertenencia al género femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada" [19].

En el contexto español, los términos "violencia de pareja hacia la mujer" y "violencia de género" son completamente equivalentes. El artículo 1.1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 29 de diciembre, establece que es: "[L]a violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia" [20].

Las situaciones de violencia sobre la mujer afec-

tan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia [20,21]. Para reflejar esta realidad, en España, recientemente se modificó el sistema de protección a la infancia y a la adolescencia que incluye a los menores como víctimas directas de la VG [22,23].

Tal es la envergadura del problema, que el día 24 de julio del año 2017, en España se firma un Pacto de Estado contra la violencia de género. Los esfuerzos que se están llevando a cabo para combatir la VPM son esenciales, por eso es importante que la normativa refleje el empeño por acabar con esta lacra para la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la VPM como un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales, suponen pérdidas, a veces irreparables, en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres y de sus hijas e hijos. Por ello, la ha declarado como una prioridad de salud pública en todo el mundo de proporciones epidémicas [11].

El sistema sanitario juega un papel importante a la hora de abordar este problema que requiere una intervención multisectorial y multidisciplinar. Desde una perspectiva de salud pública, tan importante como que existan unos protocolos de intervención y abordaje de la VPM es el hecho de que existan programas sólidos de prevención y servicios de apoyo legales y sociales bien coordinados [18,19,20,21]. Los servicios sanitarios cuentan con profesionales de diferentes disciplinas (enfermería, medicina, trabajo social, psicología, matronas, fisioterapeutas, etc.) que han de coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de las diversas problemáticas a las que pretende dar respuesta el sistema sanitario, haciendo posible la intervención desde un Modelo de Atención Integral a la Salud [18,24].

En muchas ocasiones, se requiere de intervenciones interdisciplinarias con profesionales que no siempre se encuentran en el mismo centro sanitario, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones.

En este sentido, es de gran relevancia el papel de las/os trabajadores sociales entre cuyas tareas se encuentra la investigación de factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, la valoración psicosocial, la elaboración de un proyecto de intervención integral y la derivación y coordinación con otras instituciones y profesionales dentro y fuera del sistema sanitario. Así como su participación en el seguimiento y derivación de las mujeres y, en su caso, de sus hijas/os.

Los profesionales de la salud son, a menudo, el primer punto de contacto para las personas que logran sobrevivir a esta violencia. Por lo tanto, ocupan un lugar privilegiado, no solo para identificar los casos y prestar la asistencia sanitaria adecuada a cada situación, sino también para orientarlas y derivarlas a otros recursos que consideren convenientes para su recuperación. Incluye los recursos que se encuentran fuera del sistema sanitario, como programas específicos o puntos municipales de violencia [25].

Numerosas normativas internacionales hacen referencia a la importancia de la formación de los profesionales sanitarios para intervenir de manera coordinada y multidisciplinar en estas situaciones.

En España su importancia queda recogida en La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género[20].

Como hemos podido comprobar, el sector sanitario ha desempeñado siempre un papel fundamental respecto a la detección y atención de la VPM y ha intentado, en todo momento, ayudar y ofrecer soluciones en los centros sanitarios de cualquier rincón del mundo. Asimismo, se han puesto en práctica numerosos protocolos y políticas de carácter preventivo, asistencial, de formación y de reconocimiento de violencia contra las mujeres, en función de los instrumentos jurídicos nacionales disponibles en esta materia.

A pesar de todas las iniciativas descritas, los profesionales sanitarios manifiestan tener dificultades para detectar la VPM y actuar frente a esta [26,27].

Algunos organismos internacionales han puesto de manifiesto, en numerosas ocasiones, la necesidad de una capacitación efectiva de los profesionales para abordar este problema de salud [28,29], a pesar de lo cual, la bibliografía acerca del grado de formación y de la capacitación de profesionales de la salud en esta materia es relativamente escasa.

## Objetivos

- Conocer la evolución de la formación en VPM de los profesionales sanitarios en España y en la Comunidad de Madrid.
- Identificar el número de profesionales sanitarios en total y por nivel asistencial que han acudido a la formación impartida sobre violencia de pareja hacia la mujer.
- Comparar el nivel de conocimientos, las opiniones y las propuestas de mejora que plantean los profesionales del Hospital Universitario Fundación Alcorcón en los años 2008 y 2016.

## Material y método

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en bases de datos nacionales e internacionales. Se han revisado también las tesis doctorales sobre el tema de los últimos 5 años. Se ha creado una alerta con los descriptores recomendados por la terminología Mesh y DECS para mantener actualizada la bibliografía hasta concluir el estudio**.**

Para estudiar la situación de la formación de los profesionales sanitarios se han revisado los Informes de Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para los años desde el 1998 al 2000 y 2006; del Consejo General del Poder Judicial, para los años del 2001 al 2014 y de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, para el resto.

Los datos referidos a la formación, se recogen desde el año 2004, que es cuando comienzan a aparecer en los informes citados de forma global en los primeros y luego más detallados, hasta el 2016, que es el último año que están publicados.

Para comparar el nivel de conocimientos, las opiniones y describir las propuestas de mejora que plantean los profesionales del HUFA se han realizado dos estudios descriptivos transversales mediante una encuesta anónima y voluntaria realizada en el año 2008 y repetida en el año 2016. La primera fue dirigida a profesionales que trabajaban en urgencias, obstetricia, pediatría, psiquiatría y directivos y se distribuyó en papel. La segunda a toda la organización y se utilizó una plataforma de acceso on-line (SurveyMonkey). Se tomó de un estudio similar realizado por Siendones et al. [30]. Se modificó mediante el consenso de varios profesionales de la salud con experiencia en formación sobre VPM, para adaptarlo a los objetivos del estudio. Se muestra en el anexo 1.

Consta de 33 preguntas. Las 26 primeras van dirigidas a contestar los objetivos planteados, las 5 siguientes corresponden a los datos sociodemográficos de los profesionales encuestados y las 2 últimas tienen que ver con la formación. Dentro de las 26 primeras se analizan 3 cuestiones:

A. El nivel de conocimientos que tienen los profesionales sobre el tema. Tras 4 preguntas iniciales referidas a los casos detectados, cómo se actuó y si conocían los recursos del hospital para actuar (preguntas 1-4), se realiza un test de conocimientos con 10 preguntas (5-11, 14-16), valorando conceptos, importancia del problema, factores relacionados con la violencia de pareja hacia la mujer y aspectos legales. Se utilizan preguntas cerradas de respuesta única a elegir entre 2 o más opciones y 2 preguntas abiertas (5 y 8).
B. Las opiniones y las barreras de actitud que detectan los profesionales al trabajar estos casos. Se analizan pautas de actuación (preguntas 18 y 19) y opiniones (preguntas 12, 13, 17, 20, 21 y 22) frente a la VPM, mediante preguntas cerradas con varias respuestas. También se valoran las funciones y cómo aumentar el grado de concienciación de los compañeros mediante preguntas abiertas (23 y 24).
C. Las barreras organizativas y las propuestas de mejora mediante preguntas abiertas (25 y 26).

Para el análisis de datos, la descripción de las variables cualitativas se realizó con frecuencias absolutas y relativas. Las cuantitativas se describen mediante media y desviación típica, cuartiles, mínimo y máximo. Para analizar las diferencias en las respuestas entre los profesionales con y sin formación se utilizan el test chi cuadrado o el test exacto de Fisher. Para comparar el nivel de conocimiento se aplica el test no paramétrico U de Mann Whitney. Los intervalos de confianza al 95% se calculan por el método exacto. Todos los test se consideran bilaterales y estadísticamente significativos con p-valores menores de .05. Para el análisis estadístico se utilizan los programas SPSS 17 y STATA 12.

## Resultados

La formación de los profesionales sanitarios sobre VPM comienza a registrarse en España en el año 2004. En la CAM desde el año 2005 ya forma parte de la Estrategia general elaborada por la Comisión Técnica para la Coordinación de las Acciones de Salud frente a la Violencia de Pareja hacia las Mujeres. Se plantean acciones formativas Centralizadas desde la Agencia Laín Entralgo en colaboración con las Direcciones Generales implicadas. Además, para su diseño se sigue el "Documento Técnico 122: Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres".

Los datos del año 2005 de la CAM, no aparecen reflejados en los informes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad hasta junio que se unen a los del año 2006, por ello en este estudio se han tomado de los expuestos por la Agencia Laín Entralgo en las Jornadas técnicas sobre VPM organizada por la Comisión Técnica "Análisis de la experiencia de formación de profesionales sanitarios en violencia de género en la Comunidad de Madrid" y disponibles en intranet: www.saluda.salud.madrid.org.

Esta formación se complementó con los cursos de formador de formadores que impartió para todas las CCAA la Escuela Nacional de Sanidad, también sirvieron para establecer redes entre profesionales.

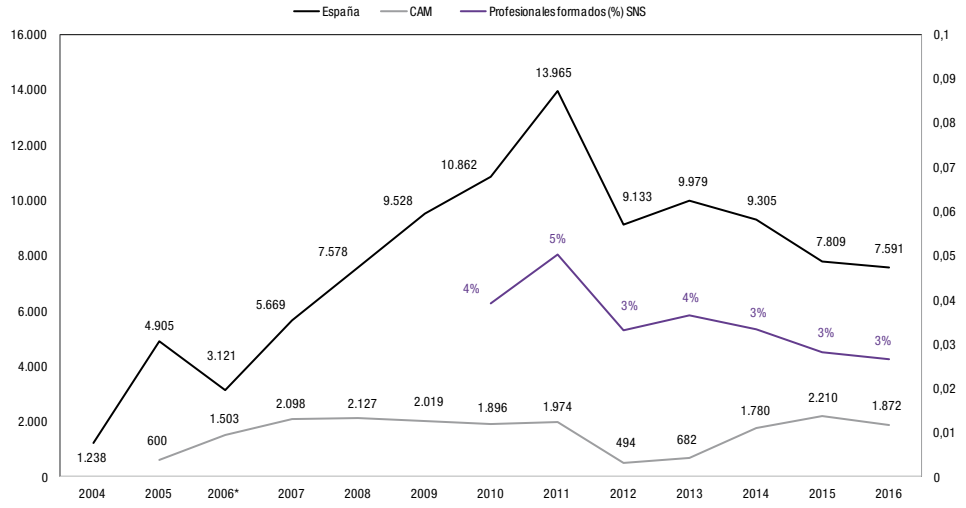
A nivel nacional, se observa un claro aumento desde el año 2006 en el número de profesionales que asisten a la formación, mientras que en la CAM se mantiene. A partir del año 2011 se reduce de manera notable el número de profesionales formados a nivel nacional y autonómico. El porcentaje de profesionales formados en el Sistema Nacional de Salud es pequeño en torno al 3-4%, sin cambios a lo largo del tiempo, como se muestra (Figura 1).

Si analizamos el número de profesionales sanitarios que han recibido formación, vemos que los que más han participado son los de Atención Primaria, seguidos de Atención Especializada, destacando los que trabajan en los servicios de urgencias como los que menos formación han recibido (Figura 2).

Si comparamos los datos de la encuesta del año 2008 con los de año 2016 de los profesionales de atención especializada del Hospital Universitario Fundación Alcorcón hospital obtenemos los siguientes resultados:

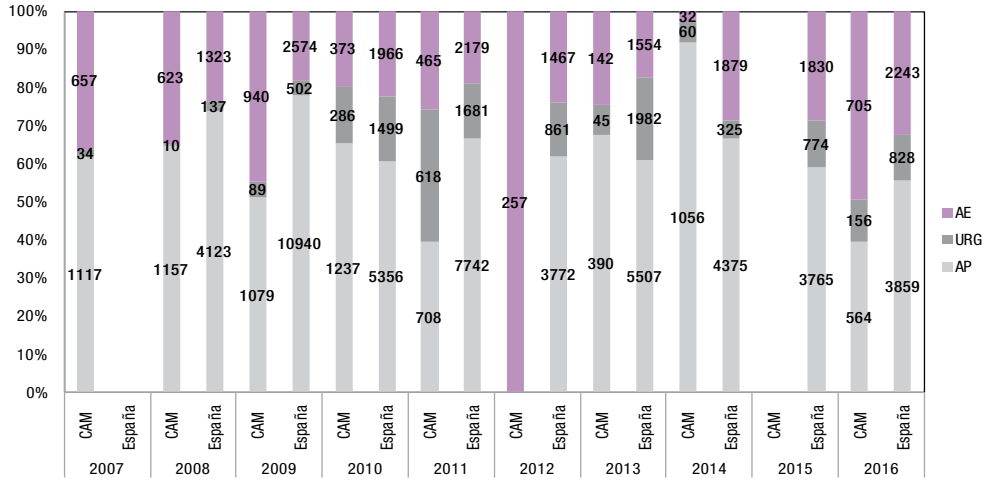
Respecto al nivel de conocimiento hay diferencias estadísticamente significativas en 3 de las 10 preguntas, como se observa en la tabla 1 y en la figura 3.

**Figura 1.** Profesionales que se han formado en España y en la CAM.




Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes de Violencia de Género del Ministerio de Sanidad. *Los datos del 2006 son del 30 de junio del 2005 al 31 de diciembre de 2006. Los datos del 2005 hasta junio de la CAM, se han tomado de los presentados por la Agencia Laín Entralgo en la Jornada Técnica: "Análisis de la experiencia de formación de profesionales sanitarios en violencia de género en la Comunidad de Madrid". Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016.

**Figura 2.** Total de profesionales con formación por nivel asistencial en España y en la CAM.




Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Violencia de Genero del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

**Tabla 1.** Nivel de conocimiento de los profesionales 2008-2016.

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | | 2008 N=88 | 2016 N=235 | p-valor |
|---|---|---|---|---|
| P5. Crees que el significado de "Violencia doméstica; Malos Tratos; Violencia de género" es el mismo o crees que hay diferencias entre ellos | Hay diferencias | 56 (65,1%) | 89 (38,4%) | <0,001 |
| | Son similares | 30 (34,9%) | 143 (61,6%) | |
| | NC* | 2 (2,3%) | 3 (1,3%) | |
| P6. Piensas que la violencia doméstica en nuestra sociedad es un problema: | Algo frecuente y poco frecuente | 12 (13,6%) | 36 (15,3%) | 0,705 |
| | Muy frecuente y bastante frecuente | 76 (86,4%) | 199 (84,7%) | |
| P7. Crees que la mayoría de las/los pacientes que la sufren: | Comunican su situación | 3 (3,5%) | 3 (1,3%) | 0,193 |
| | Pasan desapercibidas | 82 (96,5%) | 232 (98,7%) | |
| | NC* | 3 (3,4%) | | |
| P8. ¿Sabes lo que es el fenómeno "iceberg" en la violencia doméstica? | No | 62 (71,3%) | 118 (51,1%) | 0,001 |
| | Sí | 25 (28,7%) | 113 (48,9%) | |
| | NC* | 1 (1,1%) | 4 (1,7%) | |
| P9. ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados con los medios actuales? | 10%-70% | 73 (86,9%) | 186 (84,5%) | 0,604 |
| | 70%-90% | 11 (13,1%) | 34 (15,5%) | |
| | NC* | 4 (4,5%) | 15 (6,4%) | |
| P10. Sabrías ordenar de más a menos frecuentes los tipos de violencia (un 1 para el más frecuente y un 3 para el menos frecuente): | No | 28 (31,8%) | 157 (66,8%) | <0,001 |
| | Sí | 60 (68,2%) | 78 (33,2%) | |
| P11. Se asocia más la violencia doméstica a clases sociales: | Altas o bajas | 40 (45,5%) | 111 (47,6%) | 0,726 |
| | Las dos por igual | 48 (54,5%) | 122 (52.4%) | |
| | NC* | | 2 (0,9%) | |
| P14. ¿Cuál de estos tres factores crees que influye más en que existan malos tratos en nuestro medio? | Nivel sociocultural/nivel socioeconómico bajo | 49 (58,3%) | 129 (57,8%) | 0,939 |
| | En trámite de separación o divorcio | 35 (41,7%) | 94 (42,2%) | |
| | NC* | 4 (4,5%) | 12 (5,1%) | |

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | | 2008 N=88 | 2016 N=235 | p-valor |
|---|---|---|---|---|
| P15. Conoces las repercusiones legales que se pueden derivar de no declarar un caso evidente de violencia doméstica | No | 77 (87,5%) | 187 (80,3%) | 0,13 |
| | Sí | 11 (12,5%) | 46 (19,7%) | |
| | NC* | | 2 (0,9%) | |
| P16. Conoces las obligaciones legales de los sanitarios ante la mera sospecha de un caso de violencia doméstica | No | 55 (62,5%) | 133 (56,8%) | 0,358 |
| | Sí | 33 (37,5%) | 101 (43,2%) | |
| | NC* | | 1 (0,4%) | |
| Conocimiento | N | 75 | 204 | 0,273 |
| | Media ± Desviación | 5,07 ± 1,63 | 4,79 ± 1,72 | |
| | Mediana (p25-p75) | 5 (4-6) | 5 (4-6) | |
| | Rango | 2-9 | 1-9 | |

**Figura 3.** Resumen de conocimiento de los profesionales 2008-2016.

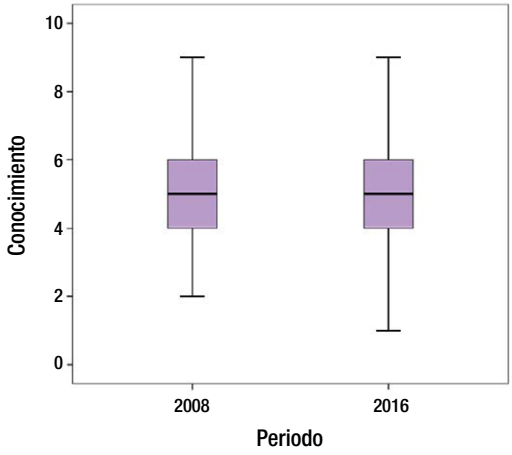



**Figura 4.** Resumen de conocimiento por categoría profesional 2008-2016.

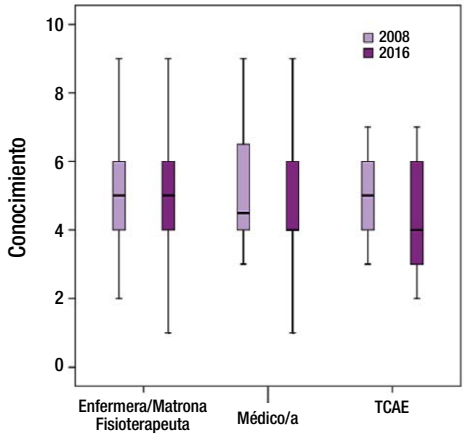



**Tabla 2.** Nivel de conocimiento por categoría profesional 2008-2016.

| CONOCIMIENTO | | 2008 | 2016 | p-valor |
|---|---|---|---|---|
| Enfermera/Matron-a/Fisioterapeuta | N | 25 | 83 | 0,431 |
| | Media ± Desviación | 5,2 ± 6,5 | 4,87 ± 6 | |
| | Mediana (p25-p75) | 4 (9-5) | 4 (9-5) | |
| | Rango | 1,98-2 | 1,68-1 | |
| Médico/a | N | 16 | 67 | 0,763 |
| | Media ± Desviación | 5,19 ± 6,75 | 4,96 ± 6 | |
| | Mediana (p25-p75) | 4 (9-4,5) | 4 (9-4) | |
| | Rango | 1,91-3 | 1,79-1 | |
| TCAE | N | 24 | 17 | 0,763 |
| | Media ± Desviación | 4,88 ± 6 | 4,41 ± 6 | |
| | Mediana (p25-p75) | 4 (7-5) | 3 (7-4) | |
| | Rango | 1,3-3 | 1,77-2 | |

El nivel de conocimientos se mantiene similar en ambos años, como muestra la figura 3.

Por categoría profesional, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los años comparados, como muestra la tabla 2 y se resume en la figura 4.

Respecto a la opiniones de los profesionales que respondieron a la encuesta, se resumen en la tabla 3.

**Tabla 3.** Opinión de los profesionales aspectos generales de la temática 2008-2016.

| OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES | | 2008 N=88 | 2016 N=235 | p-valor |
|---|---|---|---|---|
| P12. Según tu opinión, las mujeres que sufren maltrato con más frecuencia son: | Amas de casa o Mujeres sin estudios o Extranjeras | 24 (27,3%) | 45 (19,2%) | 0,117 |
| | Cualquier tipo de mujer | 64 (72,7%) | 189 (80,8%) | |
| | NC* | | 1 (0,4%) | |
| P13. Habitualmente el maltratador es un hombre: | Bebedor o Consumidor de drogas o En paro | 24 (27,3%) | 31 (13,4%) | 0,003 |
| | Como otro cualquiera | 64 (72,7%) | 200 (86,6%) | |
| | NC* | | 4 (1,7%) | |
| P17. ¿Crees que es importante el problema? | Algo importante/Poco importante | 1 (1,1%) | 1 (0,4%) | 0,005 |
| | Muy importante/Bastante importante | 87 (98,9%) | 233 (99,6%) | |
| | NC* | | 1 (0,4%) | |
| P20. ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia doméstica? | No | 57 (68,7%) | 115 (50,9%) | 0,000 |
| | Sí | 26 (31,3%) | 111 (49,1%) | |
| | NC* | 5 (5,7%) | 9 (3,8%) | |
| P21. A la hora de identificar y solucionar este problema, crees que es un asunto mas de la/los | Policía o Jueces o Psicólogos o Trabajadores sociales o Sanitarios | 6 (6,9%) | 5 (2,2%) | 0,001 |
| | Todos | 81 (93,1%) | 226 (97,8%) | |
| | NC* | 1 (1,1%) | 4 (1,7%) | |
| P22. ¿Cuál de estas opiniones cree que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección? | Mal | 18 (20,5%) | 185 (79,7%) | <0,001 |
| | Bien | 70 (79,5%) | 47 (20,3%) | |
| | NC* | | 3 (1,3%) | |

* Porcentajes calculados sobre el total de encuestados, el resto se calculan sobre el total de casos válidos.

**Tabla 4.** Actuación de los profesionales 2008-2016.

| PAUTAS DE ACTUACIÓN | | 2008 N=88 | 2016 N=235 | p-valor |
|---|---|---|---|---|
| P2. ¿Ha detectado en alguna ocasión durante el desempeño de su trabajo algún caso de violencia de pareja hacia la mujer? | No | 53 (60,2%) | 177 (75,3%) | 0,008 |
| | Sí | 35 (39,8%) | 58 (24,7%) | |
| P2. ¿Cuántos casos habrás visto en los últimos tres meses durante tu jornada laboral? | 1-3 | 25 (71,4%) | 18 (85,7%) | 0,245 |
| | 4-6 | 5 (14,3%) | | |
| | 7 o más | 5 (14,3%) | 3 (14,3%) | |

| PAUTAS DE ACTUACIÓN | | 2008 N=88 | 2016 N=235 | p-valor |
|---|---|---|---|---|
| P18. En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante para diagnosticar estos casos: | Siempre o normalmente no | 45 (51,7%) | 85 (37,8%) | 0,025 |
| | Siempre o normalmente sí | 42 (48,3%) | 140 (62,2%) | |
| | NC* | 1 (1,1%) | 10 (4,3%) | |
| P19. En tu trabajo, ante un/a paciente con lesiones físicas, te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un maltrato | No | 37 (43,5%) | 69 (31,7%) | 0,051 |
| | Sí | 48 (56,5%) | 149 (68,3%) | |
| | NC* | 3 (13,4%) | 17 (7,2%) | |

**Tabla 5.** Opinión de los profesionales aspectos organizativos en la detección 2008-2016.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| P25. Crees que hay problemas organizativos o estructurales en tu trabajo que impiden diagnosticar estos casos | No | 33 (42,9%) | 115 (57,5%) | 0,029 |
| | Sí | 44 (57,1%) | 85 (42,5%) | |
| ¿Por qué? | Falta de formación e información del personal | 25 (30,9%) | 15 (17,6%) | 0,047 |
| | Estamos en una sociedad pasiva. Si no te toca de cerca no se hace nada | | 1 (1,2%) | |
| | Demasiada burocracia | | 2 (2,4%) | |
| | La mujer niega los hechos | | 1 (1,2%) | |
| | Falta de comunicación con la paciente | | 3 (3,5%) | |
| | Aspectos jurídicos. Ley de protección de datos | | 1 (1,2%) | |
| | Desconocimiento de recursos | | 10 (11,8%) | |
| | Desconocimiento del protocolo y coordinación entre profesionales | 17 (21%) | 27 (31,8%) | 0,116 |
| | Alta presión asistencial | 14 (17,3%) | 30 (35,3%) | 0,009 |

**Tabla 6.** Propuestas de mejora organizativa de los profesionales en la detección 2008-2016.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Si pudiera cambiar la organización funcional de su lugar de trabajo, ¿qué haría o cambiaría para mejorar la capacidad de detección de mujeres que sufren violencia de pareja? | Mayor tiempo disponible para los pacientes | 19 (23,5%) | 12 (5,1%) | <0,001 |
| | Lograr mayor coordinación interdisciplinar | 17 (21%) | 6 (2,6%) | <0,001 |
| | Más trabajadores sociales y presencia de psicólogo | 7 (8,6%) | 6 (2,6%) | 0,025 |
| | Condiciones que propicien la intimidad. No preencia del agresor | 6 (7,4%) | 8 (3,4%) | 0,205 |
| | Problema de concienciación e implicación | 5 (6,2%) | 1 (0,4%) | 0,005 |
| | Partes de lesiones específicos. Burocracia | 3 (3,7%) | 1 (0,4%) | 0,053 |
| | Formulario de notificación | 1 (1,2%) | 1 (0,4%) | 0,448 |
| | Informar a AP | 2 (2,5%) | 1 (0,4%) | 0,163 |
| | Suficiente personal | | 3 (1,3%) | |
| | Formación | | 16 (6,8%) | |
| | Guía breve. Coordinación | | 4 (1,7%) | |

**Tabla 7.** Propuestas de mejora en la concienciación de los profesionales. 2008-2016.

| PROPUESTAS DE MEJORA | | 2008 N=88 | 2016 N=235 | p-valor |
|---|---|---|---|---|
| P23. ¿Cuáles cree que son las principales funciones de los profesionales del Hospital en este problema? | Identificar y detectar precozmente los posibles casos | 63 (76,8%) | 105 (44,7%) | <0,001 |
| | Escuchar, dar confianza y apoyo, informar, asesorar, derivar a otros | 47 (57,3%) | 38 (16,2%) | <0,001 |
| | Poner en conocimiento de las autoridades, denunciar | 26 (31,7%) | 33 (14%) | <0,001 |
| | Comunicación y coordinación con otros profesionales | | 23 (9,8%) | |
| | Tratar lesiones físicas y apoyo psicológico | | 19 (8,1%) | |
| | Protocolo de protección | | 15 (6,4%) | |
| | Derivar a Servicios Sociales y psicólogos | | 7 (3%) | |
| | Formarse para detectarlo y ponerlo en manos de quien corresponda | | 6 (2,6%) | |
| | Educar desde la edad pediátrica y adolescentes para prevenir estos | | 5 (2,1%) | |
| Si quisiera modificar el comportamiento de los sanitarios, aumentando su grado de concienciación, ¿con qué tres razonamientos lo haría? | Es un problema que puede afectar a cualquier persona. Tenemos una | 32 (39,5%) | 35 (14,9%) | <0,001 |
| | Alto coste | | 1 (0,4%) | |
| | Problema frecuente y grave. Necesidad de cambio | | 33 (14%) | |
| | Impide mostrar su valía en la sociedad machista a la que pertenecemos | | 18 (7,7%) | |
| | Mejorar la coordinación con las autoridades competentes | | 8 (3,4%) | |
| | Formación específica y conocer el protocolo de actuación | | 20 (8,5%) | |
| | Es un problema de salud. Tenemos obligación como profesionales | 29 (35,8%) | 56 (23,8%) | 0,036 |
| | Desamparo de las mujeres y muerte evitable | | 3 (1,3%) | |
| | Concienciarse y responsabilizarse | | 43 (18,3%) | |
| | Es un problema social importante | 13 (16%) | 12 (5,1%) | 0,002 |
| | Conocer protocolo de actuación | | 8 (3,4%) | |
| | Nuestra actuación puede salvar vidas | 1 (1,2%) | 15 (6,4%) | 0,08 |

Las actuaciones llevadas a cabo se resumen en la tabla 4.

Los profesionales en ambos años creen que hay problemas organizativos y citan algunos, como muestra la tabla 5. Nos dan algunas pistas que favorecerían la detección de casos de violencia como muestra la tabla 6. Plantean algunas propuestas de mejora, que se muestran en la tabla 7.

## Discusión

Desde la puesta en marcha de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en España y de la Ley específica de la Comunidad de Madrid, se están llevando a cabo planes formativos dirigidos a los profesionales sanitarios, sin embargo, aún son escasos los profesionales sa-

nitarios que tienen formación. Ésta está relacionada con un mayor nivel de detección de casos y con una correcta intervención como muestran algunos estudios previos [31-34].

Además la violencia de pareja hacia la mujer aumenta el riesgo de mala salud a la vez que empeora la percepción de esta y los daños físicos o psicológicos aparecen tanto a corto, como a medio o largo plazo [24, 35-39]. A mayor duración e intensidad de la violencia, mayor gravedad de los síntomas [40]. De las mujeres que refieren haber sufrido lesiones por esta causa, el 12,6% recibieron asistencia sanitaria en urgencias ambulatorias u hospitalarias y refieren mayor morbilidad y por tanto, mayor utilización de los recursos sanitarios [35,39]. Los servicios sanitarios son la primera institución a la que acude la mujer por esta causa, por lo tanto deberíamos abordar estos casos minuciosamente y de manera individualizada, poniendo a disposición de la mujer el recurso más idóneo, teniendo en cuenta la fase de cambio en la que se encuentra [24]. Para poder intervenir adecuadamente es clave la formación de los profesionales sanitarios como refleja este estudio y otros previos ya citados en el texto. Los profesionales sanitarios deben de conocer los protocolos de actuación y los recursos específicos con los que puede contar la mujer para asesorarla correctamente.

Tanto en España como en la CAM, los profesionales que más asistieron a actividades de formación fueron los de atención primaria, seguidos de los de atención especializada y los que menos fueron los de los servicios de urgencias. Por lo tanto es prioritario implementar los planes de formación continuada particularmente en atención especializada y en urgencias.

La investigación publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2015, identifica un porcentaje más elevado de profesionales con formación específica. Revela que el 60,3% de las doctoras y el 49,7% de los doctores de atención primaria tienen algún tipo de formación en VPM. El hecho de haberla recibido y tener más experiencia se relacionó con una mayor probabilidad de diagnosticar a una víctima de VPM [41]. Sin embargo, como este estudio está centrado en atención primaria, no aporta información sobre la formación del resto de servicios sanitarios, ni sobre otros profesionales como los de enfermería, quienes también se encuentran implicados en la atención a estas víctimas.

Nuestro estudio también pone de manifiesto que son los profesionales de AP los que más formación han recibido y concreta que las actividades realizadas con más frecuencia son las de sensibilización, los profesionales que más participan son los de enfermería, en contraposición con el estudio referido anteriormente [41] y tal cómo manifiesta el Consejo interterritorial [42].

Solo unos pocos profesionales aplican las guías y protocolos puestos en marcha para facilitar la práctica clínica [43], en este estudio, el 80% no conocían el protocolo de actuación del hospital. Los factores asociados a mayores niveles de detección de violencia de género en los/as profesionales fueron haber recibido formación, así como la confianza en la propia habilidad para detectar dichas situaciones, como muestran otros estudios [33, 34, 36].

Con el paso del tiempo, disponen de más herramientas de intervención, pero es imprescindible que las conozcan para que las puedan aplicarlas. En el año 2016, e de los profesionales que han respondido a la encuesta, saben que hay un protocolo de actuación, pero lo conocen el 20%, en contraposición con el 55,3% de atención primaria que si conocían las de su comunidad autónoma y el 33% había leído el protocolo común de actuación sanitaria [35]. Tres cuartas partes de personal de los servicios de urgencias (76%), desconocen la existencia del protocolo de actuación [37].

Cabe destacar los estudios que relacionan la detección de casos con el hecho de haber recibido formación específica y conocer el protocolo de actuación. Así, la investigación de Valdés et al [27] publicada en 2016, realizada con profesionales de enfermería que trabajan en atención primaria, afirma que tener un nivel alto de conocimiento influye en la realización del diagnóstico diferencial ante lesiones físicas y en una mayor aplicación del protocolo, pero no en la detección de forma significativa. Además, explican que la baja detección (29%) se relaciona con bajo conocimiento, autopercepción baja del conocimiento, falta de formación y la falta de aplicación del protocolo. Igualmente, otro estudio realizado en 2014 [44] afirma que el conocimiento de los protocolos de actuación y el haber recibido formación específica está significativamente relacionado con la detección de casos. Sin embargo, en este estudio, el 26% de los profesionales sanitarios encuestados, no hizo nada cuando la detectó y un 5% pensaba que no es su competencia.

De cara a mejorar la coordinación entre los profesionales implicados, independientemente de la institución a la que pertenezcan, se debería plantear una formación básica conjunta. Su objetivo es homogeneizar criterios claros de intervención favoreciendo la elaboración de protocolos conjuntos multidisciplinares de actuación.

Esto es un reto de futuro, pues no es fácil poner en marcha y coordinar este tipo de actividad por la complejidad de las instituciones implicadas, pero sería fundamental para garantizar la seguridad de la víctima y no revictimizarla.

De hecho, el 98% de los profesionales piensan que este problema se solucionaría entre todos los implicados, pero que no hay consenso en la actuación. Difundir las herramientas puestas en marcha, tanto a nivel de la comunidad como del hospital estudiado, podrían favorecer la homogeneización de las actuaciones en el ámbito sanitario y garantizar una atención integral y de calidad complementaria a la que realizan otras instituciones implicadas.

El sector sanitario es ideal para contribuir a los esfuerzos de prevención debido a la colaboración multisectorial que lo caracteriza [17, 18].

Según los resultados de este estudio debería implementarse la formación en todos los niveles asistenciales, pero particularmente en Atención especializada y en urgencias. A pesar de las actividades formativas que se están llevando a cabo desde la administración pública, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que un amplio número de profesionales carecen de esta formación específica. Por tanto, resulta necesaria la continuidad de estos procesos formativos junto con la colaboración de otras entidades responsables como son los colegios profesionales.

Por otra parte, debería incluirse de manera oficial en las universidades de Enfermería, Medicina, Trabajo social, Derecho, Psicología, Magisterio, además de formar parte de los programas de acogida en los hospitales tanto para los residentes como para los trabajadores de nueva incorporación.

Hay que plantear la formación buscando estrategias que realmente lleguen al profesional, como realizarla en los lugares asistenciales y en los turnos de trabajo para facilitar su participación, buscando momentos de menos carga asistencial.

No debemos olvidar que la falta de conocimiento, habilidades e información sobre los servicios de apoyo existentes, también puede poner en riesgo la seguridad, la vida y el bienestar de estas pacientes [25]. Plantear un seguimiento y evaluación de las intervenciones realizadas permitirían mejorar la calidad del trabajo [25].

Pocos estudios se han realizado sobre el efecto de la formación en las intervenciones y esto sería muy interesante para plantear actividades formativas que sean capaces de llegar al terreno asistencial. En este sentido, es muy novedoso el taller que planteamos el año pasado utilizando el aprendizaje experiencial, pero aún no hemos medido el impacto. Estamos trabajando en ello.

Se hace imprescindible evaluar el plan de formación en atención especializada con el fin de adaptar la formación a las necesidades reales y cambiantes que van teniendo los profesionales para intervenir en esta problemática.

Como último apunte sobre las recomendaciones en lo referente a la formación de profesionales, se destaca que es fundamental recibir un *feedback* de los casos que se han tratado y que se lleve un análisis de ellos desde un enfoque multidisciplinar. Plantear una evaluación nos puede ayudar a conocer las dificultades que encuentran los profesionales y que podríamos resolver con los recursos y las herramientas puestas en marcha. Adoptar estas modificaciones resulta una tarea compleja debido a la enorme cantidad de hospitales que tiene la Comunidad de Madrid, pero realizable.

Para que el modelo sea posible, es necesario que exista un proceso de formación continua de los profesionales. Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud [11], la formación debería centrarse en aspectos sobre prevención, detección precoz y, como también coincide el Ministerio de Sanidad español, la atención integral a la mujer y a los menores que viven estas situaciones.

Sin embargo, desde la puesta en marcha de los planes de formación se han llevado a cabo pocas evaluaciones sobre la formación que se imparte en el contexto de la atención especializada. En España, el gobierno Balear evaluó las iniciativas que se han hecho en su territorio [31] y en la Comunidad de Madrid se ha realizado una evaluación intermedia en Atención Primaria [36], pero sería interesante evaluar las acciones formativas de etención especializada y urgencias.

## Limitaciones

Hay que tener en cuenta que se ha estudiado sólo la formación en los profesionales sanitarios y para dar una respuesta multidisciplinar y coordinada como se requiere, falta conocer la formación en el resto de profesionales que intervienen en esta problemática.

Me refiero a los profesionales que intervienen en los puntos municipales de violencia, en programas específicos de intervención, en los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado y en los juzgados especializados en violencia de género.

Tampoco se ha valorado en los trabajadores sociales que son claves en la coordinación y asignación de recursos disponibles.

Todos estos profesionales, además de intervenir con las personas afectadas, pueden emitir informes sobre la afectación de la mujer, si llega a denunciar la situación y el/la Juez/a lo solicita. Resultando claves para que la mujer esté bien asesorada y acompañada antes de tomar una decisión.

## Conclusiones

La intervención en los casos de Violencia de Pareja hacia la Mujer, debe ser exquisita en todo momento y, especialmente, en la primera intervención, ya que de esta actuación deriva que la mujer se plantee abandonar la situación en la que se encuentra. Se ha trabajado mucho en la elaboración de guías y protocolos de actuación como herramientas que faciliten a los profesionales la detección e intervención, el reto está en que las conozcan y las utilicen en su tarea diaria. La formación podría implementar la detección, mejorar la intervención y la coordinación interinstitucional de forma que podríamos garantizar la seguridad de las mujeres que la padecen y de la de las personas que conviven en el hogar. Se hace imprescindible implementar y evaluar las intervenciones formativas, analizarlas y adaptarlas a las necesidades reales que manifiestan los profesionales. Sería fundamental incluirla, como una materia más en la formación universitaria, tanto en pregrado como en postgrado, particularmente en ciencias de la salud, ciencias sociales y derecho.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF. La violencia doméstica contra mujeres y niñas. Innocenti Dig [Internet] 2000 [citado 2017 ago 1];(no 6). Available from: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6s.pdf
2. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York: Naciones Unidas; 1996.
3. Miller TR, Cohen MA, Rossman SB. Victim Costs of Violent Crime and Resulting Injuries. Health Aff (Millwood) 1993;12(4):186-97.
4. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. The Lancet 2008;371(9619):1165-72.
5. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2013.
6. Jaspard M, ENVEFF É. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. Paris Doc Fr 2003.
7. Red2Red Grupo, Pernas Riaño B. El estado de la cuestión en el estudio de la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2011.
8. Sigma Dos, S. A. III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres [Internet]. Madrid: Instituto de la mujer; 2006 [citado 2017 ago 3]. Available from: http://www.usc.es/export9/sites/webinstitucional/gl/servizos/oix/descargas/IIImacroencuesta.2006.IM.pdf
9. Unión Europea, editor. Violence against women: an EU-wide survey ; main results. Luxemburg: Publications Office of the EU; 2014.
10. Pichiule M, Gandarillas A, Ordobás M, Sonego M, Zorrilla B, Pires M, et al. Violencia de pareja hacia las mujeres: 3o Encuesta para el estudio de la magnitud, tendencia e impacto en salud en la Comunidad de

Madrid, 2014 [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria.; 2014 [citado 2017 ago 1]. Available from: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DVPM+19112014+definitivo+_2_.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196413&ssbinary=true

11. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Resolución WHA49.25. [Internet]. Ginebra, Suiza: 1996 [citado 2017 ago 1]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
12. De Miguel Luken V de. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones; 2015.
13. Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
14. Lasheras Lozano L, Pires Alcaide M, Zorrilla Torras B, Sánchez Gómez LM, Seoane Pascual L, Morant Ginestar C. Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 2008.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Fichas de víctimas mortales por violencia de género [Internet]. 2017a [citado 2017 mar 30]; Available from: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Fichas de menores víctimas mortales [Internet]. 2017b [citado 2017 mar 30];Available from: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/home.htm
17. Organización Mundial de la Salud. World Health Assembly Resolution on Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-en.pdf
18. López Rodríguez RM, Peláez Moya S. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones; 2012.
19. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. 1993 [citado 2017 ago 1]. Available from: http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104
20. Cortes Generales. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género [Internet]. 2004 [citado 2017 ago 1]. Available from: https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf
21. Asamblea de Madrid. Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid [Internet]. 2005 [citado 2017 ago 1]. Available from: https://www.boe.es/boe/dias/2006/03/02/pdfs/A08515-08526.pdf
22. Moreno-Torres Sánchez J. Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Guía para profesionales y agentes sociales. [Internet]. Málaga: Save the Children; 2015 [citado 2017 ago 1]. Available from: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/modificacion_del_sistema_de_proteccion_a_la_infancia_y_a_la_adolescencia.pdf
23. Cortes Generales. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia [Internet]. 2015 [citado 2017 ago 2]. Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222
24. Polo Usaola C, Romero Claver I, Pires Alcaide M, García Delgado C, Arredondo Provecho A, Muñoz Cano M, et al. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria; 2010 [citado 2017 ago 1]. Available from: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017023.pdf
25. UNFPA, WAVE. Strengthening Health System Responses to Genderbased Violence in Eastern Europe and Central Asia: A Resource Package [Internet]. Estambul: UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia; 2014 [citado 2017 ago 24]. Available from: http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-EN.pdf

26. Arredondo Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. Rev Esp Salud Pública 2012; 86:85-99.
27. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Aten Primaria 2016; 48(10): 623-31.
28. UNFPA, WAVE. Strengthening Health System Responses to Genderbased Violence in Eastern Europe and Central Asia: A Resource Package [Internet]. Estambul: UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia; 2014 [citado 2017 ago 24]. Available from: http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-EN.pdf
29. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening Women for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings [Internet]. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [citado 2017 ago 15]. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007007.pub3
30. Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias 2002;14(5):224-32.
31. Carmona Franco A, Pou Navarro T. Evaluación de la atención sanitaria especializada ante la violencia de género en las Islas Baleares. Palma de Mallorca: Govern de les IIles Balears. Conselleria de Salut i Consum; 2010.
32. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gac Sanit 2008; 22: 7-10.
33. Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Ramis Palmer MC. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. Clínica Salud 2008; 19: 59-81.
34. Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to Screening for Domestic Violence. J Gen Intern Med 2002; 17(2): 112-6.
35. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. Gac Sanit 2012; 26(5): 483-9.
36. García Riolobos C, Pires Alcaide M, Lasheras Lozano ML, Abad Revilla A, Duro Martínez JC, Sánchez Suárez JL. Línea estratégica de formación continuada de profesionales de atención primaria sobre violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: 2008.
37. Larrauri Barandela MA, Rodríguez Alonso E, Castro Feijóo TM, Ojea Montes B, Blanco Gómez MA. Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. Rev Páginasenferurgcom 2010; II(7): 36-45.
38. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. Gac Sanit 2014;28(2):102-8.
39. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence Against Women from Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain. Womens Health Issues 2011; 21(5): 400-6.
40. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors Influencing Identification of and Response to Intimate Partner Violence: A Survey of Physicians and Nurses. BMC Public Health [Internet] 2007 [citado 2017 ago 2]; 7(1). Available from: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-12
41. Meneses Falcón C, Marcos Marcos J, Díaz Arjona M, Santos Álvarez C, Parra Almoguera JA, Rey Pérez de Pîpaón M, et al. La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y Propuestas [Internet]. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2015. Available from: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primaria_VG.pdf
42. Comisión contra la Violencia de Género, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe Violencia de Género 2013 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones.; 2013. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/01-INFORME_VG_2013.pdf

43. Salmona M. Comprendre les conséquences psychotraumatiques des violences [Internet]. 2015 [citado 2017 ago 4];Available from: https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/2015Comprendre_les_consequences_psychotraumatiques_des_violences-Cahors-Albi-Rodez.pdf
44. Alcaraz CL, Roche FP, Hernández MT, Meseguer CB, Rodríguez JDP, Esparza AO. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Rev Enferm UFSM [Internet] 2014 [citado 2017 ago 26]; 4(1). Available from: http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/11010

## ANEXO 1. Encuesta sobre sensibilización de los profesionales de atención especializada en Violencia de Pareja Hacia la Mujer[1].

1. ¿Conoces algún caso de violencia de pareja hacia la mujer en tu entorno?
   ☐ Sí ☐ No
2. ¿Has detectado en alguna ocasión durante el desempeño de tu trabajo algún caso de violencia de pareja hacia la mujer?
   ☐ Sí ☐ No
   En caso afirmativo ¿cuántos casos has visto en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral? Nº ……
   ¿Cómo actuó?
   ☐ Inició protocolo de malos tratos ☐ Abrió parte de lesiones
   ☐ Derivó a otro profesional ☐ No hizo nada
   En caso de no abordar el problema ¿cuáles son los motivos?
   ☐ No tengo la formación necesaria ☐ Me preocupa ser llamado/a para testificar
   ☐ No es mi competencia ☐ No tengo tiempo suficiente ☐ Otros ……
3. ¿Sabías que en tu hospital existe una Comisión contra la Violencia de Pareja hacia la Mujer?
   ☐ Sí, ya lo sabía ☐ NO, es la primera noticia que tengo del tema
4. ¿Existe un protocolo de actuación para la atención sanitaria a estas pacientes en tu hospital?
   ☐ Sí ☐ No
   4.1. En caso de existir ¿lo conoces?
   ☐ Sí ☐ No
5. ¿Crees que el significado de "violencia de pareja hacia la mujer"; "malos tratos" y "violencia de género" es el mismo o crees que hay diferencias entre ellos?
   ☐ Son similares los tres ☐ Hay diferencias (explícalo) ……
6. Piensas que la violencia de pareja hacia la mujer en nuestra sociedad es un problema:
   ☐ Muy frecuente ☐ Bastante frecuente ☐ Algo frecuente ☐ Poco frecuente
7. ¿Crees que la mayoría de las pacientes que la sufren?:
   ☐ Comunican su situación ☐ Pasan desapercibidas
8. ¿Sabes lo que es el fenómeno "Iceberg" en la violencia de pareja hacia la mujer?
   ☐ No SÍ (explícalo) ……
9. ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados habitualmente?
   ☐ 10 – 30% ☐ 30 – 50% ☐ 50 – 70% ☐ 70 – 90%
10. ¿Sabrías ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia de pareja hacia la mujer? (un 1 para el más frecuente y un 3 para el menos frecuente):
    Físico …… Psicológico …… Sexual ……
11. La violencia de pareja hacia la mujer se asocia más a clases sociales:
    ☐ Altas ☐ Bajas ☐ Las dos por igual
12. Según tu opinión, las mujeres que sufren violencia de pareja hacia la mujer con más frecuencia son:
    ☐ Amas de casa ☐ Mujeres sin estudios ☐ Extranjeras ☐ Cualquier tipo de mujer

[1] Modificada a partir de la utilizada en el estudio de Siendones Castillo R. et al. Violencia doméstica y profesionales sanitarios.

13. Habitualmente el maltratador es un hombre:
    ☐ Bebedor ☐ Consumidor de drogas ☐ En paro ☐ "Como otro cualquiera"
14. ¿Cuál de estos tres factores crees que influye más en que exista violencia de pareja hacia la mujer en nuestro medio?
    ☐ Nivel sociocultural bajo ☐ Estar en trámites de separación/divorcio
    ☐ Nivel socioeconómico bajo
15. ¿Conoces las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia de pareja hacia la mujer?
    ☐ Sí ☐ No
16. ¿Conoces las obligaciones legales de los sanitarios ante la mera sospecha de un caso de violencia de pareja hacia la mujer?
    ☐ Sí ☐ No
17. ¿Crees que es importante el problema de la violencia de pareja hacia la mujer?
    ☐ Muy importante ☐ Bastante importante
    ☐ Algo importante ☐ Poco importante
18. En tu trabajo habitual ¿mantienes una actitud expectante para diagnosticar estos casos?
    ☐ Siempre sí ☐ Normalmente sí ☐ Normalmente no ☐ Siempre no
19. En tu trabajo, ante una paciente con lesiones físicas, ¿te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un caso de violencia de pareja hacia la mujer?
    ☐ Siempre sí ☐ Normalmente sí ☐ Normalmente no ☐ Siempre no
20. ¿Crees que hay consenso en la actuación de todos los profesionales que participan en la atención de la mujer víctima de violencia de pareja?
    ☐ Siempre sí ☐ Normalmente sí ☐ Normalmente no ☐ Siempre no
21. A la hora de identificar y solucionar este problema ¿quién crees que debería ocuparse del asunto?:
    ☐ Policía ☐ Jueces ☐ Psicólogos ☐ Trabajadores sociales
    ☐ Sanitarios ☐ Todos
22. ¿Cuál de estas opiniones crees que se adapta más a la situación actual de este problema, en relación con la infradetección? (elija una opción):
    A. Creo que las pacientes que sufren violencia de pareja deberían insistir más, tener una postura más firme y solicitar más la ayuda de la sociedad.
    B. Creo que es necesario seguir mejorando los sistemas de detección y la coordinación entre los distintos estamentos y profesionales implicados.
    C. Estas pacientes piensan que su problema no tiene solución y que la sociedad no las respalda. Creo que ellas necesitarían cambiar este concepto erróneo y deberían darse cuenta de las posibilidades que existen.
    D. Creo que las pacientes que sufren violencia de pareja no disponen todavía de las facilidades necesarias y precisan más ayuda.
23. ¿Cuáles crees que son las principales funciones de los profesionales del hospital en el tratamiento de este problema?

    ……
24. Si quisieras modificar el comportamiento de los sanitarios, aumentando su grado de concienciación, ¿con qué 3 razonamientos lo harías?

    ……

25. ¿Crees que hay problemas organizativos o estructurales en tu trabajo que impiden diagnosticar estos casos?
    ☐ No ☐ Sí ¿por qué? .....
26. Si pudieras cambiar la organización funcional de tu lugar de trabajo ¿qué harías o cambiarías para mejorar la capacidad de detección de mujeres que sufren violencia de pareja?
    ……
    ……
27. Categoría profesional a la que perteneces:
    ☐ Enfermería ☐ Auxiliar de Enfermería ☐ Médico/a ☐ Matrona
    ☐ Fisioterapeuta ☐ Trabajo social ☐ Celador/a ☐ Auxiliar administrativo/a
    ☐ Otras (especificar cuál) …….....
28. Desempeñas tus funciones en:
    ☐ Urgencias ☐ Hospitalización ☐ Servicios especiales ☐ Dirección
    ☐ Consultas ☐ Otros (especificar cuál) …….....
29. Sexo:
    ☐ Hombre ☐ Mujer
30. Edad: …….. Años de experiencia profesional ……..
31. Estado civil:
    ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a-divorciado/a ☐ Otros
32. ¿Has realizado algún curso de formación sobre violencia de pareja hacia la mujer?
    ☐ Sí ☐ No
33. ¿De cuántas horas aproximadamente?
    .....……

Los datos de la encuesta se contestan de forma anónima, pero sus resultados se podrán difundir públicamente.

Muchas gracias por su participación.

conocimiento ENFERMERO
Revista científica del CODEM
ISSN 2605-3152

CODEM
Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

# Terapia asistida con animales en pacientes con trastorno del espectro autista: cuidados de enfermería

**Andrea Fernández López**

Grado en Enfermería
Escuela Universitaria de Enfermería de la Cruz Roja Española

**Fecha de recepción:** 11/03/2019. **Fecha de aceptación:** 20/06/2019. **Fecha de publicación:** 31/07/2019.

**Cómo citar este artículo:** Fernández López, A., Terapia asistida con animales en pacientes con trastorno del espectro autista: cuidados de enfermería. Conocimiento Enfermero 5 (2019): 37-50.

**RESUMEN**

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno de incidencia creciente, etiología desconocida y sin tratamiento concluyente, por lo que se está investigando acerca de distintas terapias que complementen a los tratamientos tradicionales. El fin de esta revisión bibliográfica es describir una de estas terapias complementarias, la Terapia Asistida con Animales, y conocer las diferencias entre las especies más utilizadas y sus beneficios en pacientes autistas. Actualmente la enfermera tiene un papel poco protagonista en estas terapias, pero cada vez más instituciones tanto en España como en el extranjero están poniendo en práctica la Terapia Asistida con Animales.

**Palabras clave:** Terapia Asistida con Animales; terapias complementarias; Trastorno del Espectro Autista; enfermeros; Enfermería.

## Animal assisted therapy in autism spectrum disorder patients: nursing care

**ABSTRACT**

Autism Spectrum Disorder is a disorder with an increasing incidence, unknown etiology and without conclusive treatment, so different therapies are being investigated to complement traditional treatments. The aim of this bibliographic review is to describe one of the complementary therapies, Animal Assisted Therapy, and to find out the differences between the most common species and their benefits in autistic patients. Currently nurses have a little protagonist role in these therpies, but more and more institutions both in Spain and abroad are practicing Animal Assisted Therapy.

**Keywords:** Animal Assisted Therapy; faciliated therapy; pet therapy; complementary therapies; Autism Spectrum Disorder; nurses; nursing.

**Este artículo está disponible en:** https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/67

## Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) se caracteriza por un grave déficit del desarrollo, que afecta a la capacidad cerebral que se encarga de desarrollar las habilidades de socialización y comunicación, y por patrones repetitivos y restringidos de conductas. Además, estos síntomas deben estar presentes desde la primera infancia [1, 2].

Según la OMS, se estima que 1 de cada 160 niños tiene un TEA. Esto representa una cifra media, ya que la prevalencia varía entre diferentes estudios: por ejemplo, en el DSM-5 estiman que la cifra se acerca al 1% de la población. Igualmente hay que tener en cuenta que no se disponen de datos de muchos países no desarrollados. Aun así, según estudios epidemiológicos de los últimos 50 años, parece que la prevalencia de TEA ha aumentado [1, 3].

Las variaciones en la prevalencia se pueden explicar debido a que hay estudios que indican que el TEA es un trastorno con una incidencia creciente,

a que se ha producido un cambio en los criterios diagnósticos, a que ahora hay un mayor conocimiento de la sintomatología o que en la actualidad han mejorado los métodos de detección del trastorno [4].

El DSM-5 también estima que los TEA son más frecuentes en hombres, lo que es confirmado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) que afirma que estos trastornos son cuatro veces más frecuentes en hombres que en mujeres [1, 5].

En cuanto a las causas que puedan producir el TEA, la evidencia científica demuestra que existen muchos factores, tanto genéticos como ambientales; aunque se debe reconocer que la mayoría de los estudios se centran en las causas biológicas. Además, y debido a que no es un trastorno con manifestaciones clínicas complejas, diversas investigaciones sugieren la existencia de una etiología multifactorial [6]. Por ejemplo, hace unos años, ciertos estudios afirmaban que el TEA estaba relacionado con algunas vacunas infantiles; pero la posterior revisión de estos estudios ha confirmado que eran erróneos [3]. También se sospecha de otras causas como infecciones maternas en el embarazo, la presencia de algunos anticuerpos maternos y el consumo de fármacos o la presencia de agentes tóxicos durante el embarazo; pero hacen falta más estudios para determinar si estos factores son significativos como causas del TEA [7].

Pese a la etiología multifactorial que defienden diversos estudios, muchos afirman que hay una clara influencia genética en el TEA. Las investigaciones en gemelos monocigóticos muestran que existe una correlación de entre un 70 y 90%, mientras que en los gemelos dicigóticos esta concordancia se da en menos de un 10%. Igualmente, hay investigaciones que alegan que en familias con un hijo autista existe un 5% de probabilidades de que este caso se repita, lo que supone 100 veces más que en la población general [8].

Asimismo, no se deben dejar de tener en cuenta las enfermedades asociadas que el TEA puede implicar. Por ejemplo, la discapacidad intelectual (DI) se produce en un 45% de los casos, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se da en un 28-44%, los tics en un 14-38%, los trastornos del lenguaje tienen una proporción variable y las anormalidades motoras se dan, por lo menos, en un 79% de los casos. De igual manera, estos pacientes tienen más probabilidad de padecer epilepsia, problemas gastrointestinales o inmunológicos, alteraciones del sueño y problemas psiquiátricos como ansiedad, depresión o trastornos de la personalidad [9].

Por otra parte, se debe tratar el cambio de definición que se produjo en el caso del trastorno autista por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA). El cambio más notable fue que el Trastorno Autista del DSM-IV pasó a denominarse Trastorno del Espectro Autista en el DSM-V, y en él se incluyeron el síndrome de Asperger, el Trastorno desintegrativo infantil y el Trastorno generalizado del desarrollo (TGD) no especificado.

Otro de los cambios producidos fue que, mientras que en el DSM-IV la definición de autismo estaba basada en tres síntomas (deficiencias en la interacción social, déficits en la comunicación y patrones de conducta restrictivos y repetitivos), en el DSM-V solo se encuentran dos categorías de síntomas (las deficiencias en la comunicación y la interacción social, y los compor-

**Tabla 1**. Diferencias en la definición de trastorno autista.

| DSM IV | DSM V |
|---|---|
| Trastorno Autista | Trastorno del Espectro Autista (TEA) |
| No tiene subcategorías | En el se incluyen:<br>– Síndrome de Asperger<br>– Trastorno desintegrativo infantil<br>– Trastorno generalizado del desarrollo no especificado |
| Tres síntomas:<br>1. Déficits en la interaccion social<br>2. Déficits en la comunicación<br>3. Comportamientos restrictivos y repetitivos | Dos síntomas:<br>1. Déficits en la comunicación e interacción social<br>2. Comportamientos restrictivos y repetitivos |
| Aparece antes de los tres años | Aparece en la primera infancia |

tamientos restrictivos y repetitivos). Esto es debido a que las deficiencias en la comunicación e interacción social se encuentran combinadas en una sola categoría.

Para terminar, el último de los cambios producidos fue la edad de aparición del trastorno, que en el DSM-IV lo fechaban anterior a los 3 años, mientras que en el DSM-V se especifica que los síntomas deben aparecer en la primera infancia, aunque pueden no manifestarse hasta más adelante. (Tabla 1)

Respecto a la sintomatología de este trastorno, las primeras manifestaciones clínicas que pueden notar los padres de niños con TEA son la escasez de contacto visual, que no reaccionan cuando se les llama por su nombre o que no señalan los objetos que les interesan. Cuando estos niños se van haciendo más mayores aparecen anomalías más evidentes como la inexistencia de interacción con los demás, la falta de interés por compartir, o una escasa demostración de emociones y excesiva independencia. Además, cuando comienzan en el colegio es notable la falta de interacción con sus compañeros [1, 10].

Igualmente pueden presentar movimientos repetitivos y algunas anomalías sensoriales como hiper o hiposensibilidad [1].

Otro de los signos que suelen aparecer es la reiteración de determinados hábitos y la dificultad en cambiar sus rutinas. Por lo que respecta al lenguaje, pueden aparecer alteraciones como la ecolalia, la repetición de frases o un lenguaje con una entonación poco natural. De igual modo, el lenguaje no verbal también puede ser extraño debido a las dificultades que demuestran en enlazar el lenguaje verbal con los gestos y la expresión facial [1, 10].

Junto a estas características, la presencia de alteraciones en el sueño, problemas de conducta, hiperactividad y trastornos alimentarios son también factores estudiados como potenciales fuentes de estrés en los familiares de las personas con autismo. Por consiguiente, hay que destacar los estudios sobre el impacto del TEA en la familia. Estas investigaciones han demostrado de qué manera la alteración del desarrollo social, la comunicación, y la inflexibilidad en los patrones de conducta e intereses afectan a la dinámica familiar [11].

El impacto que sufren tras el diagnóstico influye sobre la calidad de vida de todos los integrantes del núcleo familiar, así como en los niveles de responsabilidad, madurez y recursos; y en las relaciones con otros grupos o familias [12].

Como se verá reflejado en los resultados del trabajo, el trastorno del espectro autista (TEA) es una enfermedad sin un tratamiento concluyente. Como tratamiento más habitual se combinan psicofármacos con otras terapias y programas conductuales, de educación y aprendizaje. Sin embargo, los pacientes con TEA presentan comportamientos que suelen interferir con esos programas educativos y de aprendizaje [2, 6].

Los psicofármacos más utilizados actualmente son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los neurolépticos. Por ejemplo, la risperidona (ISRS) se utiliza en niños con TEA de entre 5 y 16 años que presentan irritabilidad o comportamientos agresivos; y el haloperidol (neuroléptico) se emplea para mejorar el aprendizaje y favorecer la atención de estos niños [2, 13].

Debido a la necesidad de buscar nuevos tratamientos que se añadan a la utilización de psicofármacos, se está investigando en otros campos acerca de distintas terapias [14]. Estudios recientes indican que las terapias complementarias, aquellas que se suman a los tratamientos formales y deben mostrar su eficacia, disminuyen la gravedad de las conductas repetitivas y mejoran la atención de pacientes con TEA [5, 14].

Para concluir, a la vista de los datos obtenidos en la búsqueda bibliográfica parece que, pese a que el TEA es un trastorno muy estudiado, tiene una etiología todavía desconocida y una incidencia creciente, lo que puede estar debido a una mejor detección o al cambio que se ha producido en la definición del trastorno. También, y debido a las manifestaciones clínicas, comorbilidad y carácter crónico que presenta este trastorno, no se puede obviar el coste social y familiar que conlleva. Por todo esto, es una enfermedad compleja en el que los profesionales de enfermería podrían tener un papel relevante.

Por último, y como concluyen diversos estudios, no existe un tratamiento único para el TEA, por lo que es necesario estudiar nuevas terapias para tratar este trastorno. La terapia en la que me he centrado es la Terapia Asistida con Animales (TAA), la cual según gran cantidad de estudios está demostrando ser un buen complemento a los fármacos como tratamiento de distintos trastornos, como por ejemplo el TEA.

La revisión bibliográfica pretende conocer las terapias con animales en el tratamiento del trastorno del espectro autista (TEA) y el papel de la enfermera en la aplicación de estas terapias.

## Objetivos

**Objetivo general:** Conocer las terapias con animales en el tratamiento del trastorno del espectro autista (TEA).

**Objetivos específicos:**

- Describir las principales terapias con animales y los beneficios de su implantación en pacientes con TEA.
- Comparar los diferentes tipos de terapias con animales en el tratamiento del TEA.
- Conocer la situación en España de la terapia asistida con animales.
- Conocer el papel de la enfermera en el uso de las terapias con animales en estos pacientes.

## Metodología

La modalidad de trabajo elegida es la revisión narrativa.

La estrategia metodológica general consistirá en una búsqueda de información que se realizará en las principales bases de datos bibliográficas, tanto nacionales (CUIDEN, ENFISPO, IBECS, IME) como internacionales (PubMed, Psycinfo, Google Scholar), y en los repositorios (Dialnet).

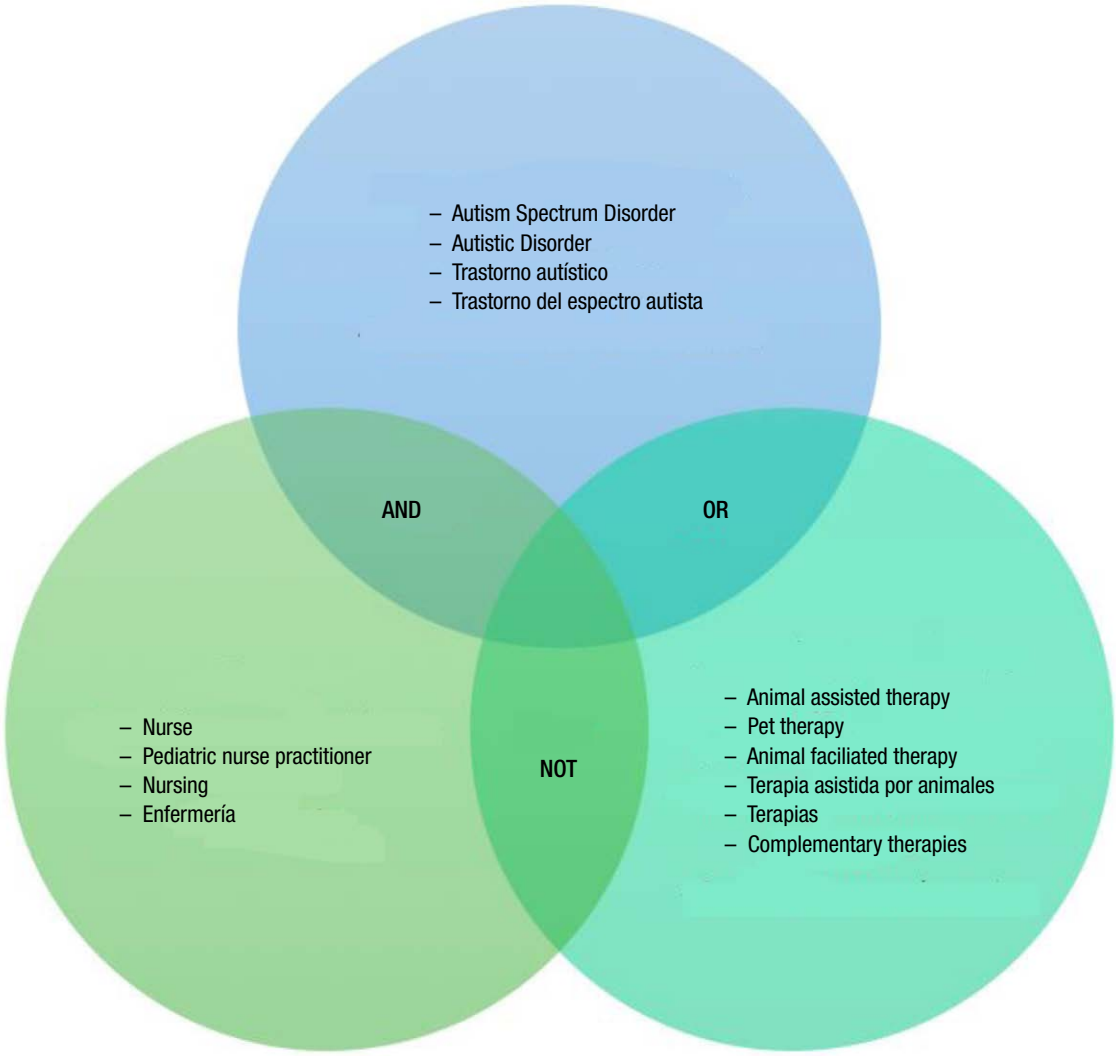
Se realizó una primera búsqueda utilizando lenguaje libre en las bases de datos nacionales. En estas búsquedas se utilizaron las palabras clave "autismo", "terapias", "terapias con animales" y "enfermería", teniendo en cuenta sus sinónimos, las distintas grafías y las formas en singular y plural. Tras esta búsqueda solo se encontraron resultados en CUIDEN y ENFISPO, mientras que en el resto de las bases de datos nacionales hubo silencio documental. De estas búsquedas se seleccionaron un total de 8 artículos.

Posteriormente se realizó otra búsqueda utilizando lenguaje libre en bases de datos internacionales, en las que se obtuvo un mayor número de resultados. En este caso, las palabras clave utilizadas fueron "autism" "therapy", "animal assisted therapy" y "nurse". La base de datos internacional que aportó más resultados a la realización de esta revisión bibliográfica fue PubMed, en la que se combinaron las palabras clave con los operadores booleanos y se seleccionaron 16 artículos. También se realizó una búsqueda en Goo-

**Tabla 2.** Descriptores de búsqueda utilizados.

| Tesauros | Palabra | Español | Inglés |
|---|---|---|---|
| MeSH | Autism | | – Autism Spectrum Disorder<br>– Autistic Disorder |
| | Animal Assisted therapy | | – Animal assisted therapy<br>– Pet therapy<br>– Animal faciliated therapy |
| | Complementary therapy | | – Complementary therapies |
| | Nurse | | – Nurse<br>– Pedriatric Nurse Practitioner |
| DeCS | Autismo | Trastorno autístico | Autistic Disorder |
| | Trastorno del espectro autista | Trastorno del espectro autista | Autism spectrum disorder |
| | Terapias | Terapias | Therapies |
| | Enfermería | Enfermería | Nursing |
| | Terapia asistida por animales | Terapia asistida por animales | Animal assisted Therapy |

**Figura 1.** Operadores booleanos utilizados.




gle Scholar, de la cual se seleccionaron 7 artículos para esta revisión.

Durante la realización de estas búsquedas se tuvo en cuenta que todas las palabras clave debían aparecer en el campo "Título" y que los artículos seleccionados debían haber sido publicados en los últimos 10 años. Además, las palabras clave de esas búsquedas estuvieron combinadas entre sí mediante la utilización de operadores booleanos (Y, O, NO, AND, OR, NOT), los que permitieron aumentar o disminuir la cantidad de resultados de la búsqueda.

Las búsquedas en lenguaje controlado son más precisas y hay que conocer los términos (descriptores) que utiliza cada base de datos. Par ello se consultó a los tesauros MeSH y DeCS:

El tesauro MeSH es el que se utiliza para realizar búsquedas en PubMed, y se consultaron los términos "autism", "animal assited therapy", "complementary therapy", y "nurse".

En cambio, para las búsquedas en español se consultó al tesauro DeCS por los términos "autismo", "trastorno del espectro autista", "terapias", "enfermería", y "terapia asistida por animales". (Tabla 2)

De las búsquedas en lenguaje controlado se seleccionó un menor número de artículos, 4 en bases de datos nacionales y 10 en bases de datos internacionales. En estas búsquedas también se utilizaron los operadores booleanos y así evitar el silencio documental. (Figura 1)

En total se realizó una revisión de 45 artículos para la elaboración de este trabajo, de los cuales 33

**Tabla 3.** Listado de artículos seleccionados para la revisión.

| Estudio | Localización | Año | Tipo de estudio | Participantes | Duración |
|---|---|---|---|---|---|
| Arce Arias CC. | Costa Rica | 2016 | Revisión sistemática | — | — |
| Alcantud Marín F. | Valencia (España) | 2016 | Revisión sistemática | — | — |
| Arróniz Pérez ML. | Alicante (España) | 2017 | Revisión sistemática | — | — |
| Ramírez M. | España | 2011 | Revisión sistemática | — | — |
| Amaral DG. | Estados Unidos | 2017 | Revisión sistemática | — | — |
| Varela González DM. | España | 2011 | Revisión sistemática | — | — |
| Lai MC. | Estados Unidos | 2013 | Revisión sistemática | — | — |
| Esparza Moreno A. | México | 2016 | Revisión sistemática | — | — |
| Cande I. | Murcia (España) | 2012 | Protocolo | — | — |
| Martínez González AE. | Alicante (España) | 2017 | Estudio analítico | 233 | No conocida |
| Martínez Abellán R. | Madrid (España) | 2008 | Revisión sistemática | — | — |
| Cabra Martínez CA. | Colombia | 2012 | Revisión sistemática | — | — |
| O'Haire ME. | Australia | 2013 | Revisión sistemática | — | — |
| Muñoz Lasa S. | Madrid (España) | 2013 | Revisión sistemática | — | — |
| Martos Montes R. | Jaén (España) | 2015 | Revisión sistemática | — | — |
| Lundqvist M. | Suecia | 2017 | Revisión sistemática | — | — |
| Burgoyne L. | Irlanda | 2014 | Estudio analítico | 221 | 6 meses |
| Berry A. | Italia | 2013 | Revisión sistemática | — | — |
| Paredes Ramos P. | Méjico | 2012 | Revisión sistemática | — | — |
| Silva K. | Portugal | 2011 | Estudio analítico | 1 | No conocida |
| Llambias C. | Canadá | 2016 | Estudio analítico | 7 | 6 meses |
| Tabares C. | Badajoz (España) | 2014 | Revisión sistemática | — | — |
| Pajuelo C. | Badajoz (España) | 2009 | Revisión sistemática | — | — |
| Steiner H. | Hungría | 2015 | Estudio analítico | 26 | 6 meses |
| Pelegrina Bonel AM. | Granada (España) | 2015 | Protocolo | — | — |
| Lanning BA. | Estados Unidos | 2014 | Revisión sistemática | 25 | 12 semanas |
| Harris A. | Reino Unido | 2017 | Estudio analítico | 26 | 7 semanas |
| Borgi M. | Italia | 2016 | Revisión sistemática | 28 | 6 meses |
| Delgado Fernández R. | España | 2015 | Revisión sistemática | — | — |
| Tulay Koca T. | Turquía | 2016 | Revisión sistemática | — | — |
| Gabriels RL. | Estados Unidos | 2015 | Revisión sistemática | — | — |
| Malcom R. | Reino Unido | 2017 | Revisión sistemática | — | — |
| Fiksdal BL. | Estados Unidos | 2012 | Revisión sistemática | — | — |
| Bin MadYusof MS. | Singapur | 2012 | Estudio analítico | 15 | 1 año |
| Salgueiro E. | Portugal | 2012 | Estudio analítico | 10 | 42 semanas |
| Cai Y. | Estados Unidos | 2013 | Revisión sistemática | — | — |
| Siewertsen C. | Estados Unidos | 2015 | Revisión sistemática | — | — |
| Eaton Hoagwood K. | Estados Unidos | 2017 | Revisión sistemática | — | — |
| Benedito Monleón MC. | España | 2017 | Revisión sistemática | — | — |
| Schuurmans L. | Holanda | 2016 | Revisión sistemática | — | — |
| Cirulli F. | Italia | 2011 | Estudio analítico | — | — |
| Scorzato I. | Italia | 2017 | Revisión sistemática | 39 | 18 meses |

fueron encontrados en bases de datos internacionales y 12 en bases de datos nacionales. (Tabla 3)

Por último, los criterios de inclusión aplicados a la búsqueda fueron aquellos artículos escritos a partir del año 2008, artículos que hubieran sido escritos en lengua española o inglesa, artículos que tratasen sobre el TEA y aquellos que tratasen sobre las terapias con animales.

Por el contrario, los criterios de exclusión de la búsqueda fueron aquellos artículos que tuvieran más de 10 años, los que hubieran sido escritos en idiomas distintos al español o inglés, aquellos artículos que tratasen sobre otro tipo de trastornos generalizados del desarrollo, y artículos que tratasen sobre terapias alternativas distintas de las terapias con animales.

## Resultados

La Terapia Asistida con Animales (TAA) es un método de cuidados en el que un terapeuta, con ayuda o en presencia de algún animal, fomenta una mejora en la salud de pacientes con distintos trastornos, como por ejemplo el TEA. Este tipo de terapias surgieron como disciplina a mediados del siglo XIX, y al principio, los estudios existentes sobre animales y sus efectos terapéuticos se basaban en interacciones casuales o en el placer asociado al cuidado de mascotas [15]. Poco a poco la Terapia Asistida con Animales va tomando forma como disciplina científica y cada vez hay más estudios que contribuyen a demostrar los beneficios de estas terapias [15, 16].

La relación con animales ayuda a aumentar la autoestima y a satisfacer algunas de las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes. También, debido a la relación que espontáneamente muchas personas desarrollan con los animales, se muestra una importante reducción del estrés. Además de establecer reacciones afectivas con los animales, estos son agentes de motivación y de refuerzo para pacientes con discapacidades psíquicas. Asimismo, los pacientes, al crear un vínculo con el animal, establecen un sentimiento de seguridad y confianza con ellos, lo que se puede trasladar de forma progresiva a su entorno [17, 18].

Las especies más utilizadas para llevar a cabo estas terapias son los perros, los caballos y los delfines.

### Terapia asistida con perros

Los perros son los animales de compañía más comunes y es la especie más utilizada en el bienestar de las personas, por lo que no debe sorprendernos que sean una de las opciones más populares para las terapias asistidas con animales. Tienen gran habilidad para interpretar las emociones de las personas y además tienen un comportamiento que se interpreta como amigable, por lo que son una buena elección como animales terapéuticos [19].

El TEA es una de las áreas donde las intervenciones con animales han tenido mayor éxito, y en el caso de intervenciones asistidas por perros, se ha demostrado que proporcionan mecanismos para mejorar el funcionamiento social y comportamental de estos pacientes [20]. Varios estudios afirman la reducción de la ansiedad y el estrés en pacientes con TEA tras la introducción de perros asistenciales en las familias [21].

En este tipo de pacientes, Paredes Ramos et al describen que el perro se utiliza para dos tipos de labores: los perros de terapia, que son los que consiguen impulsar los efectos educativos, sociales y de comunicación de los pacientes al sumarse a los tratamientos tradicionales; y los perros de servicio, aquellos entrenados para actuar ante cualquier problema que tengan los niños con TEA y sus familias [22].

Numerosas investigaciones confirman que, tanto si el perro interviene de forma activa o no en las terapias, los niños con TEA muestran un aumento del comportamiento social, y una disminución del estrés y los comportamientos estereotipados. En cambio, cuando el animal interviene activamente, el número de ocasiones en las que el paciente obedece al terapeuta aumenta significativamente. Asimismo, se ha demostrado que, en compañía de un perro, estos pacientes sonríen más, muestran más contacto visual y permiten en mayor medida el contacto físico. Además, se suelen disminuir los comportamientos negativos como los insultos, la repetición de actos o la agresividad. Por tanto, la asistencia de este animal durante las sesiones influye en el triunfo de las terapias e impulsa el progreso de los niños con TEA [21, 22].

Respecto a los perros de servicio, los niños con TEA que conviven con uno de estos animales mejoran sus habilidades sociales y de comunicación, al igual que progresan en el manejo de sus crisis.

Al principio, la función de estos perros era caminar atados al cuerpo de los niños y ejercer de freno, pero posteriormente les pueden ayudar en tareas como recoger los juguetes o incluso actuar si se muestran agresivos o se aíslan [20, 22].

Diversos estudios tratan sobre los beneficios y complicaciones que produce la introducción de perros asistenciales en las familias. Se pueden encontrar beneficios físicos y de seguridad, que se centran en como los perros mantienen seguro al niño mientras ayudan a los padres; y beneficios relacionales, que se centran en el vínculo que se establece entre el niño con TEA y su perro. De igual modo, los padres destacan la labor de estos perros en el control de las fugas y a la hora de calmar y dar seguridad a estos niños. En cuanto a las complicaciones que se producen, resaltan los cambios que han de hacerse en la vida y costumbres de estas familias; o que, en ocasiones, los niños no conectan como se espera con los animales [20].

Asimismo, distintos autores confirman que, con la presencia de un perro, se disminuyen los comportamientos negativos de niños con TEA (como los comportamientos y comentarios agresivos o la repetición de actos). Por tanto, existen bastantes investigaciones que consideran a las intervenciones con perros como una terapia que, sumada a los tratamientos actuales del TEA, potencia el desarrollo de las personas que lo padecen [22, 23].

## Terapia asistida por caballos

La Terapia Asistida con Caballos es una actividad que implica el tratamiento de enfermedades con la ayuda del caballo. El terapeuta, con ayuda de un caballo, se encarga de rehabilitar y fortalecer tanto física como psicológicamente a pacientes con diferentes patologías. Además, estas terapias incluyen tanto actividades sobre el caballo como tareas al lado del animal, las cuales irán orientadas a su cuidado y a establecer un vínculo con el mismo [24, 25].

La hipoterapia o equinoterapia es una disciplina utilizada como tratamiento complementario y que se sirve del movimiento del paso del caballo para estimular al paciente, el cual responde de manera física y emocional; por lo que estas intervenciones producen una mejora a nivel cognitivo, comunicativo y de personalidad. Este tipo de terapia resulta útil para reducir la ansiedad, modificar problemas de conducta, impulsar la confianza, la socialización y aumentar la autoestima de los pacientes que se someten a ella [25-28].

En pacientes con TEA la equinoterapia mejora la coordinación motora, la orientación, la atención y la concentración. También adquieren autonomía y mejoran en las relaciones sociales y el lenguaje. Además, se ha comprobado que los pacientes que asisten a estas terapias obedecen en más ocasiones, aumenta su capacidad de autocontrol y se potencia su relajación. Los caballos especialmente parece que reducen la ansiedad en niños autistas, con lo cual mejoran su calidad de vida y bienestar integral [24, 28-31].

Un gran número de autores afirman que, gracias al paso suave y rítmico del caballo, los niños con TEA potencian su seguridad, confianza y autoaceptación. Asimismo, el paseo a caballo, a través del movimiento rítmico y repetitivo que en el jinete produce un movimiento similar a los que se generan en la pelvis al andar, desarrolla el tono muscular, la postura y la coordinación de estos pacientes [28, 30, 32, 33]. (Figura 2)

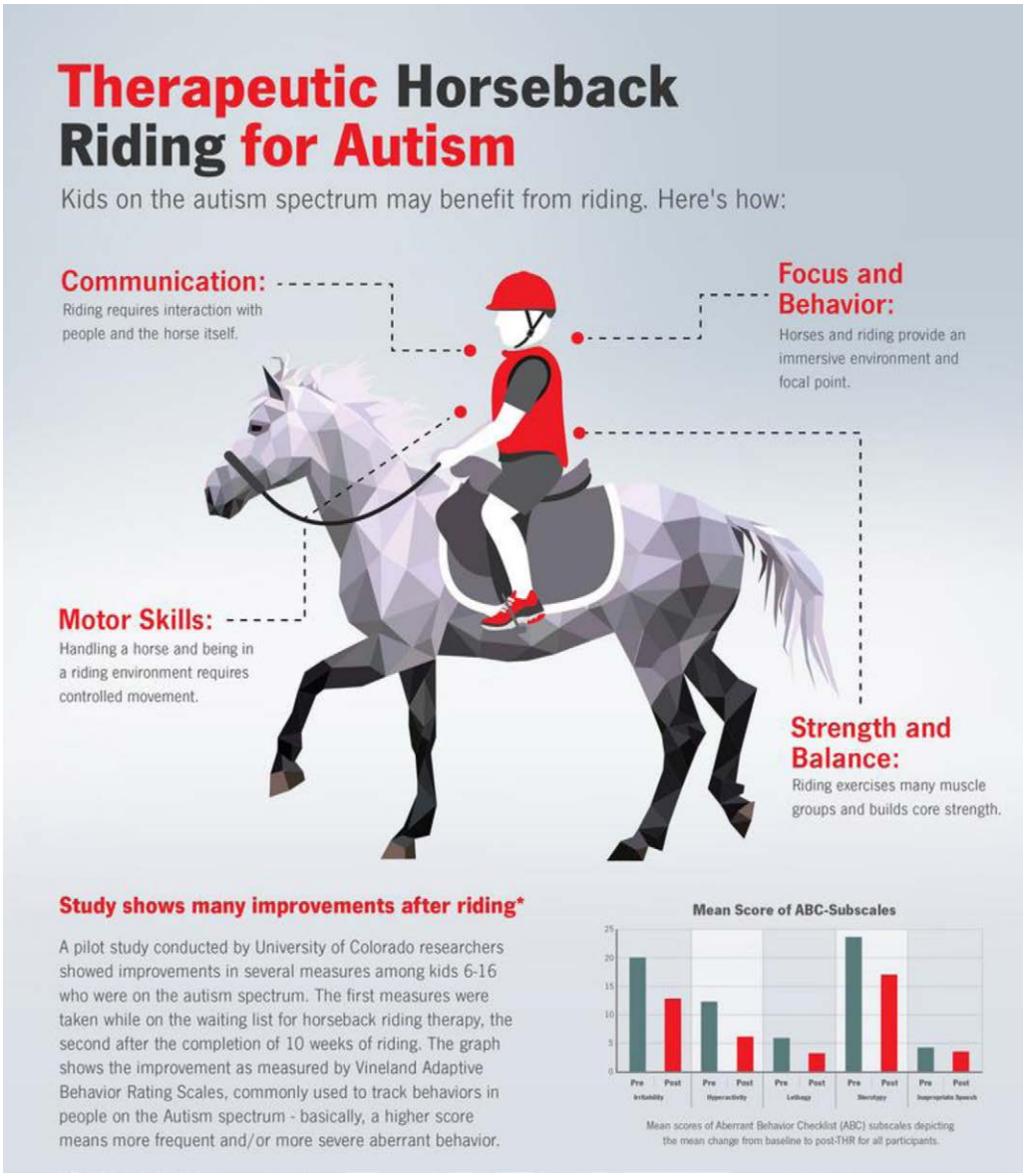
Los niños con TEA responden positivamente estableciendo un vínculo con el caballo que le ayudará tanto a nivel cognitivo como comunicativo y, al montarlo, se generará en ellos una sensación de seguridad que estimulará la confianza en sí mismo. Varios estudios demuestran que, después de las sesiones con caballos, los niños con TEA mostraban buenos resultados en aspectos como la socialización o la comunicación no verbal [28, 32].

Recientes investigaciones afirman que montar a caballo y trabajar junto al animal involucra una atención por parte de estos pacientes que puede servir para mejorar sus problemas sociales, de comunicación, en el desarrollo cognitivo y la concentración. Este animal produce en el paciente estímulos sensoriales que impulsan su desarrollo psicomotor y su adaptación afectiva al entorno [28, 32, 34].

Además, es muy importante el papel de la familia, la cual ve que tras el inicio de esta terapia hay menos momentos de depresión, ansiedad, agresión e hiperactividad en estos niños [32, 35].

Como conclusión, la equinoterapia es un buen complemento para la rehabilitación de niños autistas, y los ejercicios y juegos que realizan están encaminados a trabajar las áreas emocionales y sociales (32).

**Figura 2.** Terapia asistida por caballos.




Fuente: Gabriels RL, Agnew JA, Holt KD, Schoffner A, Zhaoxing P, Ruzzano S, et al. Pilot study measuring the effects of therapeutic horseback riding on school – age children and adolescents with autism spectrum disorders. Res Autism Spectr Disord. 2012; 6 (2): 578-588. [Acceso el 25 de marzo de 2018] Disponible en: http://www.ehlertpowersports.com/2004/09/08/the-benefits-of-horseback-riding-for-kids-with-autism/

## Terapia asistida con delfines

La terapia asistida con delfines se ha utilizado con el objetivo de tratar a pacientes con discapacidades tanto físicas como mentales durante, al menos, 25 años. Esta terapia implica que el paciente se introduzca en una piscina, donde tiene la posibilidad de nadar y jugar con delfines [36, 37]. El objetivo principal de estas terapias es mejorar los síntomas comportamentales de los pacientes mediante la utilización de delfines, lo que se sumaría a los tratamientos más tradicionales [36].

Hay muchas variantes de la terapia asistida por delfines, que van desde que el paciente se quede mirando al animal hasta que se encargue de cuidarlo, le toque o nade con él. Distintos terapeutas difieren en cómo interactúan humanos y delfines, por lo que no concretan qué terapia es más adecua-

da para cada tipo de paciente. La duración y frecuencia de las sesiones también depende del programa: algunas duran 2 horas o solamente unos 10-30 minutos; y se pueden prolongar durante una semana, mientras que otras se alargan durante un mes [36].

La elección de delfines para programas con niños autistas está basada en varios factores: la imagen positiva que tiene la población de estos animales (amigables, inteligentes, comunicativos...), la facilidad para entrenarlos, su actitud cooperativa y juguetona, que aceptan el contacto físico (permiten que los toquen, que los abracen o besen), que no tienen una expresión amenazante, su piel suave y sus movimientos delicados. Todos estos factores ayudan en el establecimiento de relaciones con personas, y tienen efectos terapéuticos en los niños [37, 38].

Las primeras sesiones de esta terapia se basarían en actividades fuera de las piscinas (viendo videos de delfines y escuchando audios de los sonidos que estos animales emiten) para así preparar a los pacientes para el encuentro con delfines reales. En las sesiones siguientes pasan tiempo fuera de la piscina realizando actividades como pintar al delfín mientras nada, mirándolos o enseñándoles trucos. Las siguientes sesiones suelen estar dedicadas a introducirse junto a los delfines en la piscina [39].

Los beneficios de estas terapias en los niños autistas incluyen una mejora en la atención, un aumento en la conciencia de lo que les rodea, una mejora en las habilidades motoras y en la comunicación no verbal, como, por ejemplo, en la utilización de gestos con las manos [38]. Además, algunos estudios sugieren que los silbidos emitidos por los delfines producen cambios en los niños con TEA similares a los de la musicoterapia e influyen significativamente en el contacto y comunicación social de estos niños [37].

Desgraciadamente, esta terapia no está disponible o se la puede permitir todo el mundo. Además, existen riesgos al meter a niños débiles en el agua para la terapia con animales, que pese a estar entrenados, poseen una gran fuerza y pueden herir a los participantes [39].

Por todos los beneficios que aporta esta terapia, podemos considerarla una buena opción para complementar los tratamientos formales de patologías como el TEA [37-39].

## Análisis de la situación en España y papel de la enfermera

Las intervenciones asistidas por animales (IAA), dentro de las cuales se encuentra la Terapia Asistida con Animales (TAA), se han extendido en Europa, América y Oceanía, aunque la mayor parte de los estudios sobre el tema se han realizado en Estados Unidos. Los animales más utilizados en estas intervenciones son los caballos y los perros, aunque también se encuentran investigaciones sobre el uso de delfines como terapia [34, 36, 40, 41]. Además, los mejores hospitales pediátricos de Estados Unidos cuentan con programas de intervenciones asistidas con perros [42].

Sin embargo, en Europa cada vez más estudios tratan sobre la implantación de las IAA. Por ejemplo, en el Reino Unido se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre los beneficios de la equinoterapia en personas con autismo [20, 30, 35]. En cambio, en los Países Bajos, los estudios sobre las IAA se han realizado en diversos ámbitos como, por ejemplo, las residencias de ancianos. En este caso, el perro es el animal más utilizado [43]. Otros de los países donde se está investigando sobre los beneficios de las terapias asistidas con animales son Italia, donde destacan las intervenciones con perros [21, 44, 45], y Portugal [23, 38].

Respecto a España, hay entidades dedicadas a la IAA en todas las Comunidades Autónomas, aunque la gran mayoría se encuentran en Madrid, Cataluña y Andalucía. El perfil de los trabajadores de estas organizaciones es, según Martos Montes et al, y por orden de frecuencia: adiestramiento animal, psicología, educación, terapia ocupacional, trabajo social, veterinaria, fisioterapia y enfermería. De igual manera, la mayoría de los profesionales implicados en la IAA cuentan con una formación específica en estas intervenciones [18, 42].

La especie animal más utilizada en España es el perro, seguido del caballo y los animales de granja; mientras que los animales acuáticos se utilizan de forma minoritaria [17, 18]. Al igual que en otros países europeos, en España existe un interés creciente en la IAA; pero, en contraposición, son muy pocas las entidades que en nuestro país realizan estas intervenciones enfocadas a estudios de investigación. Esto puede deberse a que la mayor parte de las entidades dedicadas a las IAA son privadas o a su financiación [18].

La introducción de animales en los hospitales españoles es complicada, lo que hace que la puesta en práctica de las IAA en el ámbito hospitalario sea difícil. Sin embargo, existen experiencias de IAA en hospitales como en el Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), el Hospital de Torrejón de Ardoz (Madrid), el Hospital de Villalba (Madrid), El Hospital Teresa Herrera (A Coruña) o el Hospital Gregorio Marañón (Madrid) [18, 42]. Por ejemplo, el Hospital Sant Joan de Déu cuenta con una Unidad Funcional de Intervenciones Asistidas por Perros. Los perros que componen el equipo han sido adiestrados desde sus primeras semanas de vida y se someten periódicamente a rigurosos protocolos sanitarios [46].

Tras una amplia revisión de artículos sobre el papel de la enfermera en las Terapias Asistidas con Animales, se han obtenido escasos resultados. Entre ellos destaca el estudio de Martos Montes et al que muestra que en España los profesionales de enfermería se dedican minoritariamente a estas terapias, y el que describe las intervenciones que se llevan a cabo en el Hospital Sant Joan de Déu por parte de la Unidad Funcional de Intervenciones Asistidas por Perros [18, 46].

Por otra parte, el Nursing Interventions Classification (NIC), un sistema de clasificación estandarizada que describe las actividades que se realizan como parte de la práctica enfermera, incluye la intervención "Terapia Asistida con Animales" (código 4320) y la define como "utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación". Con esta intervención, se muestra que la enfermera puede tener un papel importante en la práctica de la terapia asistida con animales [47].

Por último, el profesional que quiera dedicarse a las TAA debe tener una serie de competencias como saber seleccionar y entrenar a sus animales o buscar especialistas que se encarguen de ello, y conocer las diferentes modalidades terapéuticas que va a utilizar antes de introducir en ellas a los animales. Asimismo, debe determinar la estructura de cada sesión y tener algunos conocimientos de psicología para establecer el tipo de técnica psicológica que incorporará a cada proceso asistencial [42].

Para terminar, a los pocos días de dejar cerrado el trabajo, se publicó que en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid) se iba a llevar a cabo un programa de terapia asistida con perros como tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Este programa, que cuenta con la colaboración de la Universidad Rey Juan Carlos, se compone de dieciocho sesiones semanales, en las cuales habrá tres grupos de cinco adolescentes de entre 13 y 17 años que estén tratándose en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del hospital. Con esto se abre una puerta a que la enfermera pueda llegar a tener un papel más relevante en estas terapias dentro de los hospitales de nuestro país [48, 49].

## Análisis y discusión

Actualmente, la enfermera no tiene un papel protagonista en las terapias asistidas con animales, pero sí que puede enfocar su labor en una serie de funciones para minimizar los efectos psicoemocionales tanto del paciente como de su familia.

Uno de los temas hacia los que la enfermera puede dedicarse es el desarrollo de guías o protocolos sobre la aplicación de estas terapias en pacientes con diversos trastornos como, por ejemplo, el TEA.

Asimismo, puede dedicarse a la evaluación de las sesiones a las que se someten los pacientes y a la investigación de qué tipo de terapia es más beneficiosa para cada patología.

El profesional de enfermería también puede enfocarse en enseñar los beneficios y la aplicación práctica de las terapias a los familiares de los pacientes que se someten a ellas. Además, puede centrarse en enseñarles cómo reforzar en casa todo lo aprendido durante las sesiones.

Su labor también puede estar encaminada hacia los temas de higiene y vacunación de los animales que se dedican a estas terapias. Este trabajo lo puede realizar junto a los veterinarios o adiestradores que se encarguen del cuidado de los mismos. Igualmente, la enfermera podría dedicarse a la revisión periódica de la salud de los pacientes que se someten a las terapias con animales.

Además, la enfermera puede comportarse como guía o figura de apoyo durante el proceso, o acompañar al paciente que se someta a ella. Para ello debe tener conocimientos sobre las técnicas de entrenamiento, las intervenciones terapéuticas más comunes y las habilidades psicológicas necesarias para el desarrollo de las terapias con animales.

## Conclusiones

1) La terapia asistida con animales es un método que consigue aumentar la autoestima, reducir el estrés y satisfacer algunas de las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes con TEA que se someten a ellas.
2) El trastorno del espectro autista es una de las áreas donde las terapias asistidas con animales han tenido mayor éxito.
3) Los animales más utilizados para la realización de estas terapias son el perro, el caballo y el delfín.
4) En España cada vez hay más entidades dedicadas a las terapias asistidas con animales y, en el caso de nuestro país, el animal más utilizado es el perro.
5) Algunos hospitales españoles están poniendo en marcha programas de intervención asistida con animales, como es el caso del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona).
6) En la actualidad, los profesionales de enfermería se dedican minoritariamente a estas terapias pese a que en el NIC se recoge como una de las intervenciones que la enfermera puede poner en práctica.
7) En nuestro país la enfermera tiene un papel poco protagonista, por tanto, su función puede estar encaminada a desarrollar guías y protocolos sobre la aplicación de estas técnicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). 5ª ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
2. Arce Arias CC, Mora Hernández LA, Mora Hernández GA. Trastornos del espectro autista. Rev méd Costa Rica. 2016; 73 (621): 773-779.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Trastornos del espectro autista [Sede web]. OMS; 2017 [actualizado en abril de 2017; acceso el 28 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/
4. Alcantud Marín F, Alonso Esteban Y, Mata Iturralde S. Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual [revista en Internet]. 1 oct 2016 [acceso el 7 de febrero de 2018]; 47 (4): 7-26. Disponible en: http://revistas.usal.es/index.php/0210-1696/article/view/17127
5. Arróniz Pérez ML, Bencomo-Pérez R. Alternativas de tratamiento en los trastornos del espectro autista: una revisión bibliográfica entre 2000 y 2016. Rev Psicol Clin Niños Adolesc. 2017.
6. Ramírez M. Autismo infantil. Atención enfermera en urgencias pediátricas. Rev Presencia. 2011; 7(13).
7. Amaral, DG. Examining the causes of autism. Cerebrum. 2017; 1-12.
8. Varela González DM, Ruiz García M, Vela Arnieva M, Munive Baez L, Hernández Antúnez BG. Conceptos actuales sobre la etiología del autismo. Acta Pediatr Mex. 2011; 32 (4): 213-222.
9. Lai MC, Lombardo MV, Chakrabarti B, Baron-Cohen S. Subgrouping the autism "spectrum": reflections on DSM-5. PLoS Biol. 2013; 11 (4): 1-15.
10. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Trastornos del espectro autista (TEA) [Sede web]. Atlanta: CDC; 2016 [actualizada en junio de 2016; acceso el 10 de febrero de 2018]. Disponible en: https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/signs.html
11. Esparza Moreno A, Puigdellivol I. Prevención y diagnóstico temprano del autismo en trabajo conjunto: secretaría de salud y secretaría de educación, en durando México. R. Psicol Educ. 2016; 1839-1846.
12. Cande I, Garrido F, Leal M, Navarro J, Tortosa F. Protocolo de Coordinación de las Actuaciones Educativas y Sanitarias para la Detección e Intervención Temprana en los Trastornos del Espectro Autista (TEA) [monografía en internet]. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social, Servicio Murciano de Salud, Subdirección General de Salud Mental; 2012 [acceso el 10 de febrero de 2018]. Disponible en: http://equipoautismotgdmurcia.es/protocolo%20de%20actuaciones%20educativas%20y%20sanitarias%20con%20tea.pdf
13. Martínez-González AE, Piqueras Rodríguez JA. Conductas repetitivas en personas con trastornos del espectro autista: Relación con los antecedentes familiares y el tratamiento farmacológico. Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva. 2017; 10 (1): 199-210.

14. Martínez Abellán R. La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. Indivisa, Bol Est Invest. 2008; 1 (1): 117-144.
15. Cabra Martínez CA. Terapia asistida con animales: efectos positivos en la salud humana. Journal of agriculture and animal sciences. 2012; 1 (2): 32-44.
16. O'Haire ME. Animal – assisted intervention for autism spectrum disorder: a systematic literature review. J Autism Dev Disord. 2013; 43 (7): 1606-1622.
17. Muñoz Lasa S, Máximo Bocanegra N, Valero Alcaide R, Atín Arratibel MA, Varela Donoso E, Ferriero G. Intervenciones asistidas por animales en neurorrehabilitación: una revisión de la literatura más reciente. Neurologia. 2013; 30 (1): 1-7.
18. Martos Montes R, Ordóñez Pérez D, De la Fuente Hidalgo I, Martos Luque R, García Viedma MR. Intervención asistida con animales (IAA): análisis de la situación en España. Escr psicol. 2015; 8 (3): 1-10.
19. Lundqvist M, Carlsson P, Sjödahl R, Theodorsson E, Levin LA. Patient benefit of dog – assisted interventions in health care: a systematic review. BMC Complement Altern Med. 2017; 17 (1): 1-12.
20. Burgoyne L, Dowling L, Fitzgerald A, Connolly M, Browne JP, Perry IJ. Parents perspectives on the value of assistance dogs for children with autism spectrum disorder: a cross – sectional study. BMJ Open. 2014; 4 (6): 1-10.
21. Berry A, Borgi M, Francia N, Alleva E, Cirulli F. Use of assistance and therapy dogs for children with autism spectrum disorders: a critical review of the current evidence. J Altern Complement Med. 2013; 19 (2): 73-80.
22. Paredes-Ramos P, Pérez-Pouchoulén M, García-Bañuelos P, Martínez Conde R, Rioux M, Manzo J, et al. El uso del perro en el tratamiento del espectro autista. Revista Eneurobiologia. 2012; 3 (6).
23. Silva K, Correira R, Lima M, Magalhaes A, de Sousa L. Can dogs prime autistic children for therapy? Evidence from a single case study. J Altern Complement Med. 2011; 17 (7): 655-659.
24. Llambias C, Magill-Evans J, Smith V, Warren S. Equine – assisted occupational therapy: increasing engagement for children with autism spectrum disorder. Am J Occup Ther. 2016; 70 (6): 1-9.
25. Tabares C, Vicente F, Sánchez S, Alejo S, Cubero J. Cambios hormonales por efecto de la terapia asistida con caballos en personas autistas. Campo abierto. 2014; 33 (1): 37-46.
26. Pajuelo C, García A, López M, Guerrero E, Rubio JC, Moreno JM. La terapia ecuestre como instrumento de mejora de las capacidades de adaptación en alumnos con trastornos de espectro autista. J Educ Develop Psycol. 2009; 3 (1): 183-191.
27. Steiner H, Kertesz Zs. Effects of therapeutic horse riding on gait cycle parameters and some aspects of behavior of children with autism. Acta Psycol Hung. 2015; 102 (3): 324-335.
28. Pelegrina Bonel AM, Jiménez Vinuesa NS, Bueno Cardona JM. Equinoterapia para personas con autismo. Rev Paraninfo Digital. 2015; 2 (22): 1-5.
29. Lanning BA, Matyastik Baier ME, Ivey-Hatz J, Krenek N, Tubbs JD. Effects of equine assisted activities on autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2014; 44 (8): 1897-1907.
30. Harris A, Williams JM. The impact of a horse riding intervention on the social functioning of children with autism spectrum disorder. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2017; 14 (7): 1-19.
31. Borgi M, Loliva D, Cerino S, Chiarotti F, Venerosi A, Bramini M, et al. Effectiveness of s standardized equine – assisted therapy program for children with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord. 2016; 46 (1): 1-9.
32. Delgado Fernández R, Sánchez Gómez B. Influencia de la equinoterpia en el tratamiento de niños autistas de 5 a 7 años. MediCiego. 2015; 21 (3): 1-13.
33. Tulay Koca T, Ataseven H. What is hippotherapy? The indications and effectiveness of hippotherapy. North Clin Istanbul. 2016; 2 (3): 247-252.
34. Gabriels RL, Pan Z, Dechant B, Agnew JA, Brim N, Mesibov G. Randomized controlled trial of therapeutic horseback riding in children and adolescents with autism spectrum disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015; 54 (7): 541-549.
35. Malcom R, Ecks S, Pickersgill M. 'It just opens up their world': autism, empathy, and the therapeutic effects of equine interactions. Anthropol Med. 2017: 1-15.
36. Fiksdal BL, Houlihan D, Barnes AC. Dolphin – assisted therapy: claims versus evidence. Autism Res Treat. 2012: 1-7.

37. Bin MdYusof MS, Hwee Chia NK. Dolphin encounter for special children (desc) program: effectiveness of dolphin – assisted therapy for children with autism. Int J Spec Educ. 2012; 27 (3): 54-67.
38. Salgueiro E, Nunes L, Barros A, Maroco J, Salgueiro AI, dos Santos ME. Effects of a dolphin interaction programo n children with autism spectrum disorders – an exploratory research. BMC Res Notes. 2012; 5 (1): 199.
39. Cai Y, Chia NK, Thalmann D, Kee, NK, Zheng J, Thalmann N. Design and development of a virtual dolphinarium for children with autism. IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng. 2013; 21 (2): 208-17.
40. Siewertsen C, French E, Teramoto M. Autism Spectrum Disorder and Pet Therapy. Adv Mind Body Med. 2015; 29 (2): 22-25.
41. Eaton Hoagwood K, Acri M, Peth-Pierce R. Animal – assisted therapies for youth with or at risk for mental health problems. A systematic review. Appl Dev Sci. 2017; 21 (1): 1-13.
42. Benedito Monleón MC, Caballero Martínez V, López Andreu JA. Terapia asistida con perros en niños y adolescentes. Rev Esp Pediatr. 2017; 73 (2): 79-84.
43. Schuurmans L, Enders-Slegers MJ, Verheggen T, Schols J. Animal – assisted interventions in Dutch nursing homes: a survey. J Am Med Dir Assoc. 2016; 17 (7): 637-653.
44. Cirulli F, Borgi M, Berry A, Francia N, Alleva E. Animal – assisted interventions as innovative tolos for mental health. Ann Ist Super Sanita. 2011; 47 (4): 341-348.
45. Scorzato I, Zaninotto L, Romano M, Menardi C, Carvedon L, Pegoraro A, et al. Effects of dog – assisted therapy on communication and basic social skills of adults with intellectual disabilities: a pilot study. Intellect Dev Disabil. 2017; 55 (3): 125-139.
46. Nursing and dog assisted therapy. Rev ROL Enferm. 2015; 38 (10): 712.
47. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elservier; 2009.
48. ABC. Perros contra la anorexia y la bulimia en el Hospital del Niño Jesús [Sede Web]. Madrid: Sara Medialdea; 2018 [actualizado el 16 de marzo de 2018; acceso el 23 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.abc.es/espana/madrid/abci-perros-contra-anorexia-y-bulimia-hospital-nino-jesus-201803160143_noticia.html
49. Universidad Rey Juan Carlos. El mejor amigo del hombre, contra los trastornos alimenticios [Sede Web]. Madrid: Laura Susín Ascaso; 2018 [actualizado el 16 de marzo de 2018; acceso el 23 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.urjc.es/todas-las-noticias-de-actualidad/3124-el-mejor-amigo-del-hombre-contra-los-trastornos-alimenticios

conocimiento ENFERMERO
Revista cientifica del CODEM
ISSN 2605-3152

CODEM
Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

# Errores de medicación en el ejercicio de enfermería

**Mª Georgina Domínguez Menéndez[1], Yolanda García Álvarez[2], Gemma García Candás[3]**

[1] Grado en Enfermería. SESPA, Hospital Universitario de Cabueñes
[2] Grado en Enfermería. SESPA
[3] Grado en Enfermería. SESPA

**Fecha de recepción:** 25/03/2019. **Fecha de aceptación:** 04/07/2019. **Fecha de publicación:** 31/07/2019.

**Cómo citar este artículo:** Domínguez Menéndez, G., García Álvarez, Y., García Candás, G., Errores de medicación en el ejercicio de enfermería. Conocimiento Enfermero 5 (2019): 51-62.

**RESUMEN**

**Introducción.** Los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, son cada vez más comunes, siendo la octava causa de muerte según publicaciones americanas, por encima de las causadas por los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el SIDA. Estudios realizados en España reflejan una relevancia similar.

**Objetivo.** Conocer la incidencia de errores de medicación en el ejercicio de enfermería.

**Metodología.** Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes fuentes de información científica y posterior lectura crítica de los documentos seleccionados.

**Desarrollo.** En España la administración de medicamentos corresponde a las enfermeras y es por esto que dentro de los numerosos errores de medicación (EM) que se pueden producir, un gran número los comete este grupo de profesionales, siendo muy importante que entiendan el porqué de los errores. Para que se puedan reducir los errores al nivel más bajo posible, es importante que se defina lo que es un error, se reconozcan las causas, la importancia de informarlos y analizarlos.

**Discusión.** Se observa un acuerdo generalizado sobre la necesidad de invertir en formación continua.

**Conclusiones.** Sin duda enfermería, destaca en la preparación y administración de medicamentos, sin embargo, no se puede olvidar que la preparación y administración de medicamentos es la última de las diversas fases del proceso de administración de medicamentos, donde otros profesionales de salud participan.

**Palabras clave:** errores de medicación; enfermería; incidencia; educación continua.

## Errors of medication in the nursing exercise

**ABSTRACT**

**Introduction.** Adverse events related to health care are increasingly common, being the eighth cause of death according to American publications, above those caused by traffic accidents, breast cancer or AIDS. Studies conducted in Spain reflect a similar relevance.

**Objective.** To know the incidence of medication errors in nursing practice.

**Methodology.** A bibliographic search was carried out in different sources of scientific information and subsequent critical reading of the selected documents.

**Development.** In Spain the administration of medicines corresponds to the nurses and that is why among the numerous medication errors (MS) that can be produced, a large number are committed by this group of professionals, being very important that they understand why the mistakes. In order to reduce errors to the lowest possible level, it is important to define what is an error, recognize the causes, the importance of informing and analyzing them.

**Discussion.** There is a generalized agreement on the need to invest in continuing education.

**Conclusions.** Without a doubt nursing, stands out in the preparation and administration of medicines, however, it can not be forgotten that the preparation and administration of medications is the last of the various phases of the medication administration process, where other health professionals participate.

**Keywords:** medication errors; nursing; incidence; continuing education.

**Este artículo está disponible en:** https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/69

## 1. Introducción

Los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, son cada vez más comunes, siendo la octava causa de muerte según publicaciones americanas, por encima de las causadas por los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el SIDA. Estudios realizados en España reflejan una relevancia similar [1].

En España la administración de medicamentos corresponde a las enfermeras y es por esto que dentro de los numerosos errores de medicación (EM) que se pueden producir, un gran número los comete este grupo de profesionales, siendo muy importante que entiendan el porqué de los errores [1-5].

Para que se puedan reducir los errores al nivel más bajo posible, es importante que se defina lo que es un error, se reconozcan las causas, la importancia de informarlos y analizarlos [2].

Los EM son definidos por el "*National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention*" como: "cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización." [4,6]

Los EM constituyen un tema prioritario para los sistemas sanitarios porque conllevan un grave problema en la seguridad del paciente. Sin embargo, los hospitales españoles presentan un amplio margen de mejora en el sistema de utilización de medicamentos [3,4].

El sistema de utilización de medicamentos es cada vez más complejo y en los medicamentos de alto riesgo se añade una mayor probabilidad de producir daño. A nivel individual los hospitales deben conocer sus fallos para poder implementar medidas mediante un abordaje multidisciplinar y lograr que se lleven a la práctica [3,7].

Por otro lado, los errores de medicación cuando se producen pueden tener dimensiones importantes e imponer costos relevantes al sistema de salud, pues pueden causar efectos dañinos como reacciones adversas, lesiones temporales o permanentes y hasta la muerte; además de poder producir importantes repercusiones económicas y sociales [4,7,8].

Para su detección, diferentes trabajos apuntan a la observación directa como el método más fiable [1].

Múltiples son los procesos de utilización de medicamentos en los que pueden ocurrir errores y, a su vez, estos pueden tener múltiples naturalezas o factores causales, pero no cabe duda que uno importante es la capacidad de los profesionales de conocer los medicamentos a fin de realizar un uso seguro de los mismos [9].

Esta capacidad no puede depender únicamente de la memoria, de la costumbre o de la experiencia propia o de los compañeros sino que ha de estar apoyada en recursos y formación que permitan resolver las dudas que en diferentes formas y momentos de la vida profesional y la atención al usuario surgen [9].

El Programa de Seguridad del Paciente, antigua Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, fue creado en 2004 por la Organización Mundial de Salud (OMS) con el objetivo de coordinar, difundir y acelerar las mejoras respecto a la seguridad de los pacientes. Entre retos y proyectos propuestos por el programa, la investigación toma fuerza por la necesidad de datos científicos que van desde el reconocimiento de los problemas hasta las propuestas y evaluación de estrategias de reducción y prevención de los daños sufridos por los pacientes en la atención de salud.

De acuerdo a la OMS, las prioridades de los países en desarrollo es la generación de conocimientos suficientes para la reducción de los riesgos [5].

Las evidencias demuestran que mayoritariamente estos errores ocurren en las fases de preparación y administración de medicamentos, que son de exclusiva responsabilidad del profesional de Enfermería y comprende un tema importante cuando se piensa en una atención de calidad y libre de riesgos.

La seguridad del paciente es, hoy en día, una de las principales preocupaciones de las Autoridades Sanitarias, tanto autonómicas como nacionales e internacionales [5].

Por ello, las Comunidades Autónomas (CC. AA) lo incluyen como uno de sus principales objetivos en su Plan de Calidad para el Sistema Na-

cional de Salud, dentro del apartado de excelencia clínica.

En el proceso habitual de la práctica clínica, el modelo farmacoterapéutico incluye etapas de prescripción, validación, dispensación y administración del fármaco al paciente, todo este proceso se realiza por diversos profesionales en colaboración.

Además está ampliamente documentado que el uso de medicamentos es especialmente complejo, sobre todo en el entorno hospitalario, dada la gravedad del paciente ingresado y los fármacos utilizados [6].

Debido a la elevada incidencia de los EM documentados, han sido numerosos los estudios que han tratado de cuantificar estos errores, prescripción (6,8-22,4%), transcripción (9,3-32,6%) y administración (8,6-82%), observándose que el porcentaje más elevado es en la administración [4,6,10], sin embargo otros estudios reflejan que el más frecuente es el de prescripción [11].

En este contexto, la tecnología actual brinda la oportunidad de minimizar estos EM mediante la eliminación de eventos asociados y relacionados con la transcripción manuscrita de los informes u órdenes médicas. Esto se consigue a través de la Prescripción Electrónica Asistida [6,8,11].

## 2. Objetivos

**Objetivo general:** Conocer la incidencia de errores de medicación en el ejercicio de enfermería.

**Objetivos específicos:**

- Unificar el concepto de error de medicación.
- Explicar causas de los errores de medicación en el ejercicio de enfermería.
- Describir las consecuencias de los errores de medicación en el ejercicio de enfermería.
- Revisar la formación que se imparte a los profesionales enfermeros sobre errores de medicación.

## 3. Metodología

Para la realización de este trabajo se hace una búsqueda bibliográfica en diversas fuentes de datos. La búsqueda principal se ha realizado en los meses de mayo-junio de 2018.

Se comenzó con una búsqueda con lenguaje libre, "errores de medicación en enfermería", en Google Académico, recuperándose documentos que han servido de ayuda para definir los objetivos del trabajo, y así poder orientar mejor la búsqueda bibliográfica, que se realizaría de forma más específica posteriormente.

A partir de las palabras libres sobre el tema, se buscaron Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs) y términos MeSH, siendo seleccionados los siguientes:

- DeCs: Errores de medicación, enfermería, incidencia, educación continua.
- MeSH: Medication Errors, nursing, Incidence, Education, Continuing.
- Lenguaje libre relacionado con el tema: causas errores de medicación en enfermería, consecuencias errores de medicación en enfermería, formación sobre errores de medicación en enfermería.

Los documentos utilizados se obtuvieron de las bases de datos Lilacs, Cuiden, Scielo y Pubmed. Además se ha buscado en La Biblioteca Cochrane Plus y Dialnet. Por último, se ha buscado información en las páginas Web de organismos oficiales internacionales como Organización Mundial de la Salud (OMS); nacionales, como el Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Sanidad, Políticas sociales e Igualdad de España.

La búsqueda se ha realizado de forma similar en las distintas bases de datos, utilizando las palabras clave seleccionadas, combinándolas con los booleanos (AND y NOT), y acotando la búsqueda en función de los documentos recuperados.

Como limitadores se utilizó el idioma español, inglés y portugués y como filtros cronológicos se seleccionaron documentos con un rango máximo de 5 años.

Como criterios de inclusión se priorizaron trabajos con orientación sanitaria y que se ciñesen más a los objetivos del trabajo. Como criterios de exclusión se descartó todos los documentos que no fueran de ámbito sanitario, todo lo referente a errores médicos y a patologías concretas.

Como el número de documentos seleccionados era elevado, se procedió a ordenarlos y clasificarlos según los distintos aspectos del tema a estudio al que se referían, y se comenzó a priorizar

los más adaptados a los objetivos del trabajo, analizando el tipo de publicación, autores y contenido. También se señalaron los documentos de los que solo se había recuperado el resumen y podían ser de utilidad, para intentar recuperarlos a texto completo.

Después de esta selección, se volvió a realizar una nueva búsqueda sobre los aspectos de los que se había obtenido menos información.

Posteriormente, se comenzó a hacer una nueva lectura de los documentos más rigurosa; elaborando una ficha de cada uno de ellos donde se recogían datos como: tema, autor, año de publicación, tipo de trabajo publicado, prestigio de la revista donde se ha publicado y el contenido que podría ser de utilidad para el desarrollo del trabajo.

En la tabla 1 que se adjunta, se resume la búsqueda y los resultados obtenidos, en ella solo se reflejan las búsquedas en las que se han recuperado documentos útiles o relacionados con los objetivos planteados en el trabajo, donde los limitadores y los criterios de inclusión y exclusión para acotar la búsqueda, son los mencionados anteriormente.

En la tabla 2 se refleja un listado de los trabajos utilizados en el estudio con sus características.

**Tabla 1.** Tabla resumen de búsqueda bibliográfica.

| FECHA DE BÚSQUEDA | SITIO DE BÚSQUEDA | TÉRMINOS UTILIZADOS | DOCUMENTOS RECUPERADOS | DOCUMENTOS UTILIZADOS |
|---|---|---|---|---|
| MAYO 2018 | DIALNET | Errores de medicación AND enfermería | 57 | 8 |
| | | Errores de medicación AND incidencia | 73 | 5 |
| | | Errores de medicación AND educación continua | 6 | 1 |
| JUNIO 2018 | CUIDEN, LILACS Y LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS | NO RECUPERADOS DOCUMENTOS RELEVANTES. | | |
| | PUBMED (5 years and full text)/ MEDLINE PLUS | medication errors AND nursing AND incidence | 43 | 1 |
| | SCIELO | Errores de medicación AND enfermería | 9 | 1 |

**Tabla 2.** Características de los trabajos utilizados.

| TÍTULO | TIPO DE ESTUDIO | AUTOR | AÑO | LOCALIZACIÓN | PARTICIPANTES | DURACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Error de medicación en un hospital universitario: percepción y factores relacionados | Estudio cualitativo, de campo. Descriptiva. | Santi T, Lúcia Colomé Beck C, Marion da Silva R, Gollner Zeitoune RC, Zancan Tonel J, Martins do Reis DA. | 2011 | Brasil | Trabajadores de enfermería en clínica quirúrgica de un hospital universitario del sur de Brasil. 47 trabajadores de enfermería (10 enfermeros, 11 auxiliares de enfermería, 26 técnicos en enfermería). | 2 meses |
| Análisis y evaluación de resultados tras la implantación de un programa de prescripción electrónica asistida en un hospital de tercer nivel | Estudio retrospectivo | Gómez De Rueda F, Tena Sempere ME, Del Moral-Alcázar MC, Barbero Hernández MJ, Rodríguez Sanz MJ, Horno Ureña F | 2016 | Granada | Revisaron las historias clínicas electrónicas de prescripción, describiendo los errores de medicación detectados y el número de intervenciones farmacéuticas realizadas. | 5 Meses |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Anticiparse al error. Dudas y recursos sobre fármacos en Castilla y León | Estudio descriptivo. Mediante encuesta "ad hoc" distribuida por redes sociales correo electrónico y en dos hospitales y una residencia del sistema público de Castilla y León | Meijome Sánchez XM. | 2013 | Castilla y León | La muestra se calculó sobre una población de 9.000 enfermeras en la comunidad autónoma | 6 Meses |
| Perspectivas de las enfermeras iraníes sobre los factores que influyen en los errores de medicación | Estudio cualitativo. | Pazokian M, Mansoureh Zagheri Tafreshi, Rassouli M. | 2013 | Irán | 20 enfermeras (n = 20) con al menos 2 a 10s de experiencia clínica trabajando en un gran hospital universitario. | 4 Meses |
| Errores de administración de medicamentos en los servicios de urgencia hospitalarios | Estudio descriptivo transversal | González Gómez S | 2014 | Cantabria | Analiza una muestra de 627 administraciones realizadas en las distintas áreas de atención del Servicio de Urgencias del Hospital Valdecilla, en distintas franjas horarias, meses del año y días de la semana | 1año (2009) |
| Proyecto de seguridad farmacoterapéutica. Prevención de errores de medicación en pacientes pediátricos hospitalizados | Estudio prospectivo | Bosch Peligero M. | 2016 | Barcelona | 5152 pacientes ingresados en un hospital terciario de referencia. | 28 meses |
| Evaluación de los errores de medicación notificados antes y después de la implantación de un sistema informatizado de prescripción/validación/preparación/administración en oncohematología. Impacto sobre la calidad del proceso asistencial y seguridad de los pacientes | Estudio descriptivo. Encuesta. Sistema de notificación voluntaria de incidentes | Creus Baró N. | 2014 | Barcelona | Personal del Hospital Clinic de Barcelona. | 3 años (entre enero 2003 y marzo 2006) |

## 4. Resultados

A raíz de la publicación To Err is Human (1999), en los últimos diez años la seguridad del paciente ha llegado a ser una prioridad clave para las organizaciones sanitarias. Los EM suceden en todo el proceso farmacoterapéutico y constituyen un claro problema sanitario, en el que la población infantil adquiere especial relevancia, ya que el riesgo de sufrir un efecto adverso por un error de medicación es mayor que en adultos. Sin embargo, todavía existe un alto grado de desconocimiento, por la

falta de estandarización en las definiciones y terminología utilizada en la bibliografía disponible [12].

## 4.1. Definición de error de medicación y otros conceptos relacionados

Actualmente la definición de EM más comúnmente aceptada es la dada por el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention que los define como "cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a un uso inapropiado de los medicamentos cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas e incluyen los fallos en prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos" [12].

En esta definición hay tres aspectos a destacar. Por un lado, está la prevención, de lo que se deriva la necesidad de establecer estrategias anticipativas. Y por otro lado, es que "no todos los errores causan daño", de hecho, la mayoría de ellos no llegan a desencadenar efectos perjudiciales a los pacientes; por último, se recalca que "cualquier fallo que se produzca en alguno de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos" [12].

La Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria define el error de medicación como "cualquier evento evitable que puede causar o inducir el uso inapropiado de medicamento o perjudicar al paciente en cuanto que el medicamento está bajo control del profesional de salud, paciente o consumidor" [13].

**Acontecimientos adversos por medicamentos**

"Cualquier daño grave o leve causado por el uso terapéutico (incluyendo la falta de uso) de un medicamento".

Los acontecimientos adversos se pueden clasificar en dos tipos según sus posibilidades de prevención [12]:

- Acontecimientos adversos por medicamentos prevenibles: son aquellos causados por errores de medicación. Suponen, por tanto, daño y error.
- Acontecimientos adversos por medicamentos no prevenibles: son aquellos que se originan a pesar del uso apropiado de los medicamentos (daño sin error) y se corresponden con las denominadas reacciones adversas a medicamentos.

**Acontecimiento adverso potencial**

"Es un error de medicación grave que podría haber causado un daño, pero que no lo llegó a originar, bien por suerte o bien porque fue interceptado antes de que llegara al paciente".

El análisis de los acontecimientos adversos por medicamentos potenciales es útil porque permite identificar tanto los puntos donde falla el sistema y se desencadenan los errores, como los puntos donde funciona y los errores se consiguen interceptar y evitar [12].

## 4.2. Tipos de errores de medicación

La clasificación de los tipos de errores de medicación ha ido variando a lo largo de los años y el número de categorías de EM ha ido en aumento a medida que se completaban las clasificaciones previas.

En 1998 se publicó la primera taxonomía de EM con el objetivo de proporcionar una clasificación estructurada en 13 tipos para su análisis y registro. En España, en el año 2000, bajo la coordinación del ISMP-España, el grupo de trabajo Ruiz-Jarabo adaptó esa clasificación a la práctica del sistema sanitario español para estandarizar la detección, análisis, clasificación y registro de los errores, y que consiguiera comparar o compartir la información procedente de distintos ámbitos y centros. Posteriormente, en 2008, el mismo grupo actualizó la clasificación de EM en la que se establecieron 15 categorías expuestas en la tabla 3 [12].

La clasificación de Ruiz-Jarabo puede ayudar a determinar la repercusión clínica del error gracias a una escala de fácil comprensión que diferencia si el error ha llegado al paciente o si se ha detectado de manera previa a la administración del medicamento. De este modo, se establece la gravedad clínica del error según las categorías expuestas en la tabla 4 [12].

**Tabla 3.** Clasificación de errores de medicación [12].

| | |
|---|---|
| 1. Medicamento erróneo | • Selección inapropiada del medicamento<br>• Medicamento no indicado/apropiado para el diagnóstico que se pretende tratar<br>• Historia previa de alergia o efecto adverso similar con el mismo medicamento o con otros similares<br>• Medicamento contraindicado<br>• Medicamento inapropiado para el paciente por su edad, situación clínica o patología subyacente<br>• Duplicidad terapéutica<br>• Medicamento innecesario<br>• Transcripción/dispensación/administración de un medicamento diferente al prescrito |
| 2. Omisión de dosis o de medicamento | • Falta de prescripción de un medicamento necesario<br>• Omisión en la transcripción<br>• Omisión en la dispensación<br>• Omisión en la administración |
| 3. Dosis incorrecta | • Dosis mayor<br>• Dosis menor<br>• Dosis extra |
| 4. Frecuencia de administración errónea | |
| 5. Forma farmacéutica errónea | |
| 6. Error de preparación, manipulación y/o acondicionamiento | |
| 7. Técnica de administración incorrecta | |
| 8. Vía de administración errónea | |
| 9. Velocidad de administración errónea | |
| 10. Hora de administración incorrecta | |
| 11. Paciente equivocado | |
| 12. Duración del tratamiento incorrecta | • Duración mayor<br>• Duración menor |
| 13. Monitorización insuficiente del tratamiento | • Falta de revisión clínica<br>• Falta de controles analíticos<br>• Interacción medicamento-medicamento<br>• Interacción medicamento-alimento |
| 14. Medicamento deteriorado | |
| 15. Falta de cumplimiento por el paciente | |

**Tabla 4.** Gravedad clínica de los errores de medicación [12].

| | |
|---|---|
| 1. Error potencial | Categoría A: circunstancias o incidentes con capacidad de causar error |
| 2. Error sin daño | Categoría B: el error se produjo, pero no llegó al paciente<br>Categoría C: el error alcanzó al paciente, pero no le causó daño<br>Categoría D: el error alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización |
| 3. Error con daño | Categoría E: el error causó daño temporal al paciente y precisó tratamiento o intervención<br>Categoría F: el error causó daño temporal al paciente y precisó ser hospitalizado o prolongó la hospitalización<br>Categoría G: el error causó daño permanente al paciente<br>Categoría H: el error comprometió la vida del paciente |
| 4. Error mortal | Categoría I: el error causó la muerte del paciente |

Los EM también son clasificados como errores de omisión intencional y no intencional y errores de autoridad intencional y no intencional [13]:

- Errores de omisión intencional involucran la falla de propósito al administrar un medicamento prescrito a un paciente que no debe recibirlo.
- Errores de omisión no intencional son los que ocurren cuando una medicación no prescrita es deliberadamente administrada a un paciente, mientras que el no intencional, es cuando un paciente, accidentalmente, recibe una medicación prescrita de forma incorrecta.

## 4.3. Enfermería y los errores de medicación

El Código de Ética de los Profesionales de Enfermería, debe prestar cuidados en salud libre de los daños causados por la impericia, negligencia e imprudencia. Para eso, el profesional debe buscar base teórica/práctica que contribuya sus actividades, perfeccionar sus conocimientos técnicos, científicos, éticos y culturales, en beneficio de la persona, familia y colectividad y del desarrollo de la profesión, estando prohibido administrar medicamentos sin conocer la acción de la droga y sin certificarse de los riesgos, todo ello contribuye a una buena calidad de asistencia [4,13].

En el ejercicio de la enfermería, la preparación y la administración de medicamentos es parte de la carga de trabajo, de esa manera, la clase profesional está sujeta a cometer errores [2,4,13,14].

Muchos de los errores son de registro. En el turno de mañana y noche se produjeron más errores que en el turno tarde. La mayoría de errores se cometen en las horas cercanas al cambio de turno. La antigüedad del personal de enfermería y el tipo de contrato no parecen influir en la comisión de errores, según algunos estudios [1].

En otros estudios, el personal de enfermería con menos años de experiencia profesional cometió más errores que los veteranos en la profesión. Por otro lado, el personal que lleva muchos años trabajando en un mismo servicio puede cometer más errores debido a un exceso de confianza [14].

En esta categoría es importante la comprensión de los profesionales sobre los criterios que caracterizan los EM. Como se comentó anteriormente, hay estudios que muestran el uso de diversos vocablos y significados diferentes para el mismo hecho ocurrido, lo que puede provocar confusión.

Los estudios mencionan que es necesario mejorar el conocimiento sobre este tema [2,13].

Se piensa que las instituciones deben desarrollar e implementar programas de educación centrados en los principios generales de seguridad del paciente y que incluyan informaciones sobre todos los tipos de posibles errores, como por ejemplo: error de prescripción, error de dispensación, error de horario, error de administración no autorizada de medicamento, error de dosis, error de presentación, error de preparación, error de administración, error con medicamentos caducados y error de seguimiento, etc [13].

### 4.3.1. Causas que dan origen al error

En esta categoría se evidencian las múltiples causas que conducen al EM. Es importante señalar que el error no siempre se origina en la actividad del profesional de enfermería, como se comentó anteriormente. Existen problemas de cuatro tipos: ausencia de concentración, forma farmacéutica, poca legibilidad y concentración dudosa [13].

Los trabajadores asocian el EM a causas multifactoriales y, como factores que influyen el error, citan la letra ilegible, charlas en la sala de medicación, sobrecarga de trabajo, falta de atención, falta de identificación del paciente, camilla, medicamento, hora y vía.

A partir de los datos es imprescindible que las organizaciones de salud implementen y utilicen protocolos relacionados al uso de fármacos y que eso sea pactado entre el equipo multiprofesional de forma a asegurar la seguridad del paciente4.

Se considera que el medicamento es un instrumento y que el enfermero debe estar comprometido con los resultados de su uso. Se debe garantizar un proceso más seguro en el manejo de los medicamentos [13].

Las muchas circunstancias que llevan a errores de horario, retraso, error en la manipulación de bombas de infusión continua y omisión en la administración de una medicación deben ser analizadas. Pueden ser causadas por falta de medicación en la unidad, un gran número de medicamentos

para administrar, muchos pacientes ingresados, demora en la dispensación, hasta un dimensionamiento inadecuado de personal [13].

La falta de identificación del paciente por enfermería es otra causa que puede estar relacionada con las fallas de comunicación y excesiva carga de trabajo, lo que compromete la atención de ese profesional. Siendo así, es necesaria la identificación del paciente para su seguridad, toda vez que pacientes con nombres parecidos, ingresados en una misma planta de hospitalización y que reciben un mismo medicamento, pero en dosis diferentes, pueden ser fácilmente confundidos, pasando a recibir una dosis inadecuada para su tratamiento [4].

En virtud de eso, la identificación del paciente en el momento de la administración de los medicamentos, confirmando su nombre, es de fundamental importancia para evitar esos errores. Además, el uso de pulseras de identificación y el código de barras en la administración de los medicamentos también son estrategias importantes para evitar ese tipo de error [4].

Los estudios dicen que las instituciones deben mantener ambientes seguros con disponibilidad de recursos humanos y físicos, como elementos necesarios para la prevención de futuros errores de medicación. Por ello, el uso de tecnología, con prescripciones y dispensaciones de medicamentos completamente automatizadas, se constituye en importante factor de reducción del número de errores [13].

Los estudios neonatales que cuantifican los EM son escasos. Las diferencias en la terminología utilizada complica las comparaciones [15].

### 4.3.2. Punición en la ocurrencia del error

En esta categoría, la punición es factor contribuyente para la notificación del error. Medidas administrativas como advertencia verbal, notificación de la ocurrencia, advertencia escrita y dimisión han sido tomadas como punición del profesional involucrado en el error.

La existencia del miedo a sufrir punición, la dimisión, el sentimiento de culpa y las inquietudes relacionadas con la gravedad del error pueden llevar al individuo involucrado a no notificar el error, estando el grado de penalización del profesional involucrado en relación con la gravedad de las lesiones corporales; además de eso, en algunos casos, puniciones aplicadas al profesional involucrado en el error son registradas en los documentos internos del profesional bajo custodia de la guardia del sector de administración de personal.

Sobre las medidas tomadas por la institución, los profesionales dicen estar de acuerdo mayoritariamente con estas decisiones, defienden también que el profesional debe responder por sus actos y actitudes mencionando el déficit de atención, conocimiento y poca concentración como algunos de los factores contribuyentes al EM.

Todavía se observa la defensa de la aplicación de medidas no punitivas, haciendo de ello una palanca para que los profesionales cuenten los errores, dándoles la oportunidad de revisión de los procesos de trabajo y con esto, mayor seguridad a la asistencia del paciente.

El enfoque de que actos inseguros, es un proceso mental de olvido y ausencia de atención, conduce a tratarlos con medidas disciplinares, culpa y humillación, siendo que el problema de este abordaje es que, focalizando al profesional como causa del error, se aíslan los actos inseguros del contexto sistémico, recayendo en patrones recurrentes.

Frente a esto, hay una necesidad de trabajar la implementación de otras estrategias sustitutivas a la punición, estrategias que busquen analizar la causa del error de medicación, con énfasis en la visión del proceso y no solamente en la persona, posibilitando la minimización real de dichas ocurrencias dentro de las instituciones de salud [13].

Los errores deben funcionar como herramientas para promoción de la calidad del servicio, impulsar cambios de cultura institucional y profesional, incentivar actitudes no punitivas, posibilitar la corrección de los puntos fallidos del sistema y garantizar mayor seguridad a los pacientes [4].

### 4.3.3. Formación continua para la reducción del EM

Se observa la importancia de estrategias de formación continua como factor de impacto en la reducción de ocurrencia de EM. Conocimiento insuficiente y poca experiencia también han sido identificados como factores contribuyentes, lo que apunta al factor humano como causante de los errores.

Estudios muestran la necesidad de uso de estrategias de educación en el área de farmacología, dirigidas a todo el equipo relacionado con la cadena de medicamentos dentro de las instituciones, siendo necesario el aprendizaje para evitar la reincidencia de los errores. Se sabe que el desarrollo de los profesionales, sobre EM, es una de las sugerencias más referidas como estrategia para cambiar la ocurrencia de ellos, seguida por redoblar la atención. En ese sentido, se refuerza la necesidad de invertir en la mejora de los procesos de trabajo, instituyéndose programas de desarrollo de los profesionales en ese tema, para posibilitar condiciones para minimizar al máximo de los EM [13].

También, es importante para evitar los EM, repasar siempre los cinco correctos: medicamento correcto, paciente correcto, dosis correcta, vía de administración correcta y horario correcto; hoy ya se puede encontrar la inclusión de otros cuatro correctos más [4,10].

Los nueve correctos para administración de medicamentos: paciente correcto, medicamento correcto, vía correcta, horario correcto, dosis correcta, registro correcto, acción correcta, forma correcta y respuesta correcta. Los nueve correctos no garantizan que los errores de administración no ocurran, pero seguirlos puede prevenir significativa parte de esos eventos, mejorando la seguridad y la calidad de la atención prestada al paciente durante el proceso de administración de medicamentos [4,10].

Las instituciones no suelen tener implementado un sistema de notificación de los EM, tampoco protocolos de dilución de medicamentos o rutinas descriptas sobre la preparación y la administración de los fármacos. Es importante, que esas acciones fuesen planificadas de manera conjunta entre los trabajadores y los gestores de la institución con el objetivo de minimizar la ocurrencia del error [4].

## 5. Discusión

Los resultados de los estudios suponen que las instituciones sanitarias deben tomar la iniciativa y la responsabilidad de enseñar el uso seguro de medicamentos durante la educación formal, así como en programas de educación continua planificados claramente para enfermeras [2,5,11].

Los resultados también muestran la importancia de planificar los programas educativos integrales y proporcionar feedback constructivo en un clima de aprendizaje favorable.

Todo ello se debería tener en cuenta por los gerentes, para que se reflexione libremente sobre los errores en la atención del paciente y se busque orientación para resolver problemas [16].

Es imprescindible que el equipo tenga una visión ampliada del sistema de medicación y de cada uno de sus procesos, dando garantías de seguridad y calidad del proceso que está bajo su responsabilidad, buscando información del flujo de sus actividades, problemas existentes con el ambiente, de los recursos humanos, conocimiento de fármacos, de las posibles interacciones medicamentosas, vías de administración y técnicas correctas de preparación y administración.

Muchas veces, la falta de atención al leer las prescripciones, el número insuficiente de profesionales, el cansancio, las prescripciones ilegibles o tachadas, la charla en el momento de la preparación/administración del medicamento son ocurrencias que predisponen al error [4].

También existen otros problemas como el ambiente, falta o falla en el entrenamiento, carencia de profesionales, fallas de comunicación, problemas en las políticas y procedimientos o incluso productos inadecuados utilizados en la medicación del paciente [4].

Es importante concienciar al trabajador en lo que se refiere a su participación en esa prevención, en el sentido de minimizar los EM, que suceden de un sistema de medicación fallido, y no adoptar medidas punitivas.

De esa forma, la existencia de protocolos y formularios para notificación, divulgación y monitoreo del error, también pueden posibilitar el desarrollo de medidas preventivas y aumentar la seguridad de los pacientes. Se recomiendan programas de capacitación profesional y de educación continuada, considerándose la necesidad constante de entrenamiento y actualización de conocimientos [4,11].

Sería interesante que en los hospitales se hiciera un esfuerzo por incluir períodos de adaptación de los profesionales de nueva incorporación, además de una la evaluación sobre la competencia en el manejo de medicación y la mitigación de las posibles deficiencias detectadas [9].

Por otro lado, se podría implementar como estrategias de mejora revisiones periódicas de los bo-

tiquines para mejorar el almacenamiento y conservación de medicamentos; y actualizaciones periódicas de las guías de administración de medicamentos por vía oral y parenteral en el hospital.

Las tasas de EM son generalmente consideradas uno de los mejores indicadores de calidad de un sistema de distribución de medicamentos. La utilización del método observacional debería extenderse de forma rutinaria a todos los servicios del hospital como garantía de calidad del proceso de utilización de medicamentos [14].

Sin duda enfermería, destaca en la preparación y administración de medicamentos, sin embargo, no se puede olvidar que la preparación y administración de medicamentos es la última de las diversas fases del proceso de administración de medicamentos, donde otros profesionales de salud como los médicos y farmacéuticos participan. Así que alianzas con otros profesionales posibilitan un entendimiento más sistémico del problema, facilitando los hallazgos respecto a los factores causales y consecuentes propuestas de intervención [5].

## 6. Conclusiones

- Se define EM como "cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a un uso inapropiado de los medicamentos cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas e incluyen los fallos en prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos".
- El factor más importante de errores de medicación es el insuficiente número de enfermeras.
- Sin duda enfermería, destaca en la preparación y administración de medicamentos, sin embargo, no se puede olvidar que la preparación y administración de medicamentos es la última de las diversas fases del proceso de administración de medicamentos, donde otros profesionales de salud participan.
- Se observa la defensa de la aplicación de medidas no punitivas, para que los profesionales cuenten los errores, dándoles la oportunidad de revisión de los procesos de trabajo y con esto conseguir mayor seguridad para el paciente.
- Se evidencia la necesidad de invertir en formación continua.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González Gómez S. Errores de administración de medicamentos en los servicios de urgencia hospitalarios [Tesis doctoral]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2014.
2. Branislava Brestovacki Svitlica, Simin D, Milutinovic D. Posibles causas de errores de medicación: percepciones de enfermeras serbias. Int nursing rev. 2017, 24(3): 442-9.
3. Diest Pina P, Altarribas Bolsa E. Mejora en el manejo de medicamentos de alto riesgo por profesionales de enfermería. Evidentia. 2017; 14 (1).
4. Santi T, Lúcia Colomé Beck C, Marion da Silva R, Gollner Zeitoune RC, Zancan Tonel J, Martins do Reis DA. Error de medicación en un hospital universitario, percepción y factores relacionados. Enferm global. 2014; 13 (3): 160-71.
5. Toffoletto MC, Canales Juan MA, Moreira Arce D, Ordenes Guerra A, Vergara Rodriguez CA. Errores en la preparación y administración de medicamentosuna revisión integradora de la Literatura Latinoamericana. Enfer global. 2015; 14(1): 350-60.
6. Gómez De Rueda F, Tena Sempere ME, Del Moral-Alcázar MC, Barbero Hernández MJ, Rodríguez Sanz MJ, Horno Ureña F. Análisis y evaluación de resultados tras la implantación de un programa de prescripción electrónica asistida en un hospital de tercer nivel. Ars Pharm. 2016; 57 (2).
7. Bosch Peligero M. Proyecto de seguridad farmacoterapéutica. Prevención de errores de medicación en pacientes pediátricos hospitalizados [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2016.
8. Creus Baró N. Evaluación de los errores de medicación notificados antes y después de la implantación de un sistema informatizado de prescripción/validación/preparación/administración en oncohematología. Impacto

sobre la calidad del proceso asistencial y seguridad de los pacientes [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2014.
9. Meijome Sánchez XM. Anticiparse al error, dudas y recursos sobre fármacos en Castilla y León. Rev ENE Enferm. 2015; (2).
10. Smeulers M, Verweij L, Maaskant JM, de Boer M, Krediet CT, Nieveen van Dijkum EJ, et al. Quality indicators for safe medication preparation and administration: a systematic review. PLoS One. 2015; 10(4).
11. Vilà de Muga M. Factores asociados a errores de medicación en un Servicio de Urgencias Pediátrico y estrategias de mejora [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2016.
12. Ruano Encinar M. Efectos de la prescripción electrónica asistida en pacientes pediátricos hospitalizados: evaluación de los errores de medicación [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2016.
13. Franco da Silva E, De Faveri F, Lorenzini E. Errores de medicación en el ejercicio de la enfermería, una revisión integrativa. Enferm global. 2014; 13(2): 330-7.
14. Pérez Díez C, Real Campaña JM, Noya Castro C, Andrés Paricio F, Abad Sazatornil MR, Povar Marco JB. Errores de medicación en un servicio de urgencias hospitalario: estudio de situación para mejorar la seguridad de los pacientes. Rev SEMES. 2017; 29 (6): 412-5.
15. López Giménez LR. Análisis de errores de medicación en una unidad de neonatología [Tesis doctoral]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2017.
16. Pazokian M, Mansoureh Zagheri Tafreshi, Rassouli M. Perspectivas de las enfermeras iraníes sobre los factores que influyen en los errores de medicación. Int nursing rev. 2014, 61 (2): 264-72.