

Neyda López Aguilar

Paloma Marqués Boira

**IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN
ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA: ESTADO ACTUAL, FACILITADORES Y
BARRERAS.**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Dirigido por: Dra. Leticia Bazo Hernández

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ENFERMERÍA

SEU DEL BAIX PENEDÉS, 2026

PRÓLOGO

“El cuidado es la esencia de la enfermería”

- Jean Watson -

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres y hermana, las personas más importantes de nuestra vida, por acompañarnos en cada paso que damos, por recordarnos cada día que rendirnos no es una opción y por creer en nosotras siempre.

A nuestros perros, por ser nuestra terapia cuando más lo necesitamos e inspirarnos en este trabajo.

A nuestras amigas de siempre, por acompañarnos a lo largo de todos estos años. Gracias por ser ese lugar al que siempre queremos volver.

Y a las nuevas amistades que han aparecido durante este camino, por compartir esta etapa con nosotras y por hacer que sentirnos en casa, incluso estando lejos, haya sido mucho más fácil.

A todas las personas que han participado en este estudio, por contribuir en nuestro aprendizaje y por ayudarnos a evolucionar hacia unos cuidados enfermeros más humanizados.

A nuestra tutora, la Dra. Leticia Bazo, por su dedicación constante, su seguimiento cercano y por conseguirnos contactos cruciales para el desarrollo de este proyecto. Su orientación y apoyo han sido fundamentales durante este proceso.

A nosotras mismas, por formar el mejor equipo cuando trabajamos juntas y estar siempre la una para la otra. Esto lo empezamos juntas y lo terminamos más unidas que nunca.

Y, sobre todo, a quienes ya no están y no han podido vernos cumplir nuestro sueño. Esperamos que estéis muy orgullosos de nosotras. Sabemos que nos cuidáis y guiáis desde el cielo. Este logro es por y para vosotros.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	10
2.1 GENERAL.....	11
2.2 ESPECÍFICOS.....	11
2.3 HIPÓTESIS.....	11
3. MARCO TEÓRICO.....	11
3.1 EL CÁNCER INFANTIL.....	12
3.1.1 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	12
3.1.2 TIPOS DE TUMORES MÁS FRECUENTES	12
3.1.3 ETIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS	13
3.1.4 EPIDEMIOLOGÍA	13
3.1.5 IMPACTO FÍSICO, PSÍQUICO Y EMOCIONAL EN NIÑOS Y FAMILIAS	13
3.2 ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO	14
3.2.1 ROL ENFERMERÍA	14
3.2.2 IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS HUMANIZADOS EN ENTORNOS ONCO PEDIÁTRICOS	15
3.2.3 MODELO DE CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON	15
3.2.4 INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS EN ATENCIÓN PEDIÁTRICA	16
3.3 LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES	17
3.3.1 DEFINICIÓN Y FUNDAMENTOS.....	17
3.3.2 TIPOS DE INTERVENCIONES ASISTIDAS CON ANIMALES	18
3.3.3 BENEFICIOS DEMOSTRADOS	19
3.3.4 ESCALAS DE VALORACIÓN	20
3.3.5 LIMITACIONES EXISTENTES	21
3.4 IMPLEMENTACIÓN EN HOSPITALES	22
3.4.1 REQUISITOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	22
3.4.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE ANIMALES, PROFESIONALES Y PACIENTES	23
3.4.3 MARCO NORMATIVO EN ESPAÑA	24
3.4.4 FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN	25

3.4.5 BARRERAS	26
4 METODOLOGÍA	27
4.1 TIPO DE ESTUDIO	27
4.2 PARTICIPANTES Y UNIDAD DE OBSERVACIÓN	28
4.3 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	31
4.4 CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS	32
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	34
5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
5.1 BENEFICIOS DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES	36
5.2 RIESGOS E INCONVENIENTES DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES	41
5.3 BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	43
5.4 FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN	45
5.5 ASPECTOS ÉTICO-LEGALES	48
5.6 HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO	49
5.7 PROPUESTAS DE MEJORA	51
6. CONCLUSIONES	53
7. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	54
8. BIBLIOGRAFÍA	57
9. ANNEXOS	64
ANEXO 1: MAPA DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES CON UNIDAD DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	64
ANEXO 2: MAPA DE LAS COMUNIDADES ENTREVISTADAS	65
ANEXO 3: GUION ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFESIONALES Y ASOCIACIONES	66
ANEXO 4: GUION ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A FAMILIAS	69

ANEXO 5: MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	71
ANEXO 6: CARTA DE INVITACIÓN A LOS PARTICIPANTES.....	73
ANEXO 7: HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE	75
ANEXO 8: MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE	80
ANEXO 9: ALGORITMO DE ACTUACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES.	83
ANEXO 10: CRONOGRAMA DEL TRABAJO	85
ANEXO 11: ORGANIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS	86
ANEXO 12: ENTREVISTA PS1	88
ANEXO 13: ENTREVISTA A1	109
ANEXO 14: ENTREVISTA PS2	120
ANEXO 15: ENTREVISTA PS3 Y PS4	133
ANEXO 16: ENTREVISTA PS5	150
ANEXO 17: ENTREVISTA PS6	164
ANEXO 18: ENTREVISTA A2.....	179
ANEXO 19: ENTREVISTA A3.....	193
ANEXO 20: ENTREVISTA PS7	204
ANEXO 21: ENTREVISTA F1	217
ANEXO 22: ENTREVISTA PS8	229
ANEXO 23: ENTREVISTA PS9	241
ANEXO 24: ENTREVISTA F2.....	256
ANEXO 25: ENTREVISTA PS10	268

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipos de intervenciones asistidas con animales y características principales. Elaboración propia a partir de Cavalli et al. (2020)	18
Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión para participar en la TAA. Elaboración propia	23
Tabla 3: Datos sociodemográficos de los profesionales. Elaboración propia.....	34
Tabla 4: Datos sociodemográficos de las familias. Elaboración propia.	35
Tabla 5: Datos sociodemográficos de las asociaciones. Elaboración propia.	35
Tabla 6: Análisis de las entrevistas: beneficios orgánicos. Elaboración propia.....	37
Tabla 7: Análisis de las entrevistas: beneficios emocionales. Elaboración propia.	37
Tabla 8: Análisis de las entrevistas: beneficios sociales. Elaboración propia.	39
Tabla 9: Análisis de las entrevistas: beneficios en la familia. Elaboración propia.	39
Tabla 10: Análisis de las entrevistas: riesgos e inconvenientes. Elaboración propia....	41
Tabla 11: Análisis de las entrevistas: barreras organizativas. Elaboración propia.....	43
Tabla 12: Análisis de las entrevistas: barreras económicas. Elaboración propia.	45
Tabla 13: Análisis de las entrevistas: barreras culturales. Elaboración propia.....	46
Tabla 14: Análisis de las entrevistas: facilitadores; Actitud y predisposición de los profesionales. Elaboración propia.....	48
Tabla 15: Análisis de las entrevistas: facilitadores; Recursos. Elaboración propia.	48
Tabla 16: Análisis de las entrevistas: facilitadores; Evidencia científica. Elaboración propia.....	49
Tabla 17: Análisis de las entrevistas: aspectos éticos. Elaboración propia.....	50
Tabla 18: Análisis de las entrevistas: protocolos de seguridad. Elaboración propia.	50
Tabla 19: Análisis de las entrevistas: humanización del cuidado. Elaboración propia..	52
Tabla 20: Análisis de las entrevistas: propuestas de mejora. Elaboración propia.....	54
Tabla 21: Organización de las entrevistas. Elaboración propia.	80

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Escalas para la evaluación de la eficacia de la terapia asistida con animales en oncología pediátrica. Elaboración propia a partir de Mahoney et al; (2024), Steff et al;(2024) y Jerez et al;(2016).	22
Ilustración 2: Diagrama del análisis y categorización. Elaboración propia	31
Ilustración 3: Mapa de los hospitales de España que tienen unidad de oncohematología pediátrica. Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). (2023). Informe estadístico del cáncer infantil en España, 1980–2023. Universitat de València.....	63
Ilustración 4: Mapa de las comunidades entrevistadas. Elaboración propia.	63
Ilustración 5: Algoritmo de actuación para la implementación de la TAA. Elaboración propia.	79
Ilustración 6: Cronograma del trabajo de final de grado. Elaboración propia.	80

RESUMEN

El cáncer infantil constituye un importante problema de salud por su impacto físico, emocional y social en los pacientes y sus familias. A pesar de los avances en supervivencia, los pacientes pediátricos continúan experimentando elevados niveles de ansiedad, dolor y aislamiento derivados tanto de la patología como del entorno hospitalario. En este contexto, la Terapia Asistida con Animales (TAA) surge como una intervención complementaria orientada a mejorar el bienestar integral y favorecer la humanización de los cuidados. El objetivo de este estudio es analizar el estado de implementación de la TAA en las unidades de oncología pediátrica en España, así como identificar los facilitadores y barreras para su integración en la práctica clínica.

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con enfoque interpretativo y aproximación fenomenológica. La muestra estuvo formada por 16 participantes, incluyendo profesionales sanitarios, miembros de asociaciones y familiares de pacientes de España. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y el análisis siguió el modelo de Taylor y Bogdan, empleando un proceso de codificación y categorización temática.

Los resultados evidencian beneficios multidimensionales: a nivel físico, se observó una reducción del estrés y mejora de parámetros fisiológicos; a nivel emocional, una disminución de la ansiedad y mejora del estado de ánimo; a nivel social, mayor interacción y adherencia al tratamiento; y a nivel familiar, reducción de la ansiedad y mejora de la experiencia hospitalaria. Entre los facilitadores destacan la actitud positiva de los profesionales y la evidencia científica emergente, mientras que las principales barreras incluyen la falta de regulación, la escasa formación, el temor a riesgos infecciosos y factores económicos.

En conclusión, la TAA es una intervención eficaz que contribuye a la humanización de los cuidados en oncología pediátrica. No obstante, su implementación sistemática requiere estrategias estructurales que favorezcan su integración definitiva en el sistema sanitario.

Palabras

clave:

Terapia Asistida con Animales; Oncología médica; Ansiedad; Calidad de vida; Cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Childhood cancer represents a major health issue due to its physical, emotional, and social impact on patients and their families. Despite advances in survival rates, pediatric patients continue to experience high levels of anxiety, pain, and isolation resulting from both the disease and the hospital environment. In this context, Animal-Assisted Therapy (AAT) has emerged as a complementary intervention aimed at improving overall well-being and promoting the humanization of care. The aim of this study is to analyze the current state of AAT implementation in pediatric oncology units in Spain, as well as to identify the facilitators and barriers to its integration into clinical practice.

A qualitative study with an interpretative and phenomenological approach was conducted. The sample consisted of 16 participants, including healthcare professionals, association members, and patients' relatives from Spain. Data collection was carried out through semi-structured interviews, and the analysis followed the Taylor and Bogdan model, using a process of coding and thematic categorization.

The results reveal multidimensional benefits: at the physical level, reduced stress and improved physiological parameters were observed; at the emotional level, decreased anxiety and improved mood; at the social level, greater interaction and treatment adherence; and at the family level, reduced anxiety and an improved hospital experience. Key facilitators included the positive attitude of healthcare professionals and emerging scientific evidence, while the main barriers involved the lack of regulation, limited training, concerns about infectious risks, and economic factors.

In conclusion, AAT is an effective intervention that contributes to the humanization of care in pediatric oncology. However, its systematic implementation requires structural strategies that support its full integration into the healthcare system.

Keywords:

Animal-Assisted Therapy; Medical Oncology; Anxiety; Quality of Life; Nursing Care.

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer infantil representa actualmente uno de los mayores desafíos de la pediatría, debido tanto a su impacto clínico como a sus repercusiones psicológicas, familiares y sociales. Esta enfermedad, que afecta a niños y adolescentes, se caracteriza por un desarrollo rápido y por la ausencia de factores de riesgo prevenibles, a diferencia de la patología en adultos. Esto no conlleva únicamente una carga sanitaria elevada, sino que también implica un fuerte impacto emocional para los pacientes y sus familias (OMS, 2025).

A nivel mundial, cada año se diagnostican alrededor de 400.000 casos en la población pediátrica, siendo la leucemia, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas los tipos más frecuentes. En España, la incidencia se sitúa en unos 1.100 casos anuales, con una supervivencia del 83,9% a los cinco años. Estas cifras reflejan el éxito de los avances terapéuticos actuales, pero también subrayan la necesidad de seguir optimizando la atención integral del paciente (RETI-SEHOP, 2024).

A pesar de los avances, el cáncer infantil sigue siendo una enfermedad de alta carga emocional y social. Los pacientes se enfrentan a niveles elevados de estrés, ansiedad, dolor y aislamiento, derivados tanto de la propia enfermedad como del entorno hospitalario. En este escenario, surge la necesidad de humanizar la asistencia para complementar los cuidados tradicionales. Bajo este enfoque, la Terapia Asistida con Animales (TAA) aparece como una intervención prometedora, capaz de mejorar el bienestar emocional y físico, además de facilitar la adaptación al proceso oncológico (Fornfeld et al., 2025).

La evidencia científica disponible subraya que la TAA¹ se implementa con éxito en ámbitos educativos y sanitarios, invitando al niño a participar activamente en su proceso de recuperación (Doan et al., 2023). En oncología pediátrica, se ha relacionado específicamente con la reducción del aislamiento social, la disminución del estrés y una mejor adherencia al tratamiento (Fornfeld et al., 2025). Asimismo, reporta beneficios fisiológicos, como la reducción de la frecuencia cardíaca y la mejora del estado anímico (Silva & Osó Rio, 2018). Cabe destacar que, siempre que se sigan protocolos sanitarios

¹ TAA: Terapia Asistida con Animales

y de higiene adecuados, esta intervención resulta segura y viable en el entorno hospitalario (Steff et al., 2024).

Los beneficios de la TAA se extienden más allá del paciente. Por un lado, las familias reportan una disminución de la ansiedad y una sensación de alivio compartido. Por otro lado, los profesionales sanitarios observan mejoras en el ambiente laboral, en la comunicación con los pacientes y en su propio bienestar emocional (Ugnow, 2019). Estas evidencias refuerzan la importancia de considerar la TAA como una herramienta valiosa dentro de las estrategias de humanización de la atención pediátrica.

La justificación de este trabajo reside en la necesidad de comprender por qué una intervención con un potencial tan ampliamente documentado aún no se ha integrado de forma sistemática en la práctica clínica del sistema sanitario español. Analizar los facilitadores y barreras percibidas por los profesionales puede contribuir a detectar limitaciones, orientar políticas institucionales y promover entornos hospitalarios más humanizados y centrados en la experiencia del niño y su familia.

A partir de esta necesidad surge la pregunta guía de la presente investigación: ¿Cuál es el estado de implementación de la Terapia Asistida con Animales como terapia complementaria en los hospitales con unidades de oncología pediátrica en España y cuáles son los facilitadores y barreras percibidos por los profesionales sanitarios para su implementación? Para responderla, se llevará a cabo un estudio cualitativo orientado a identificar los factores que condicionan la incorporación de la TAA en la práctica clínica y proponer mejoras que faciliten su futura integración en los servicios de oncología pediátrica.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 GENERAL

Analizar el estado de implementación, así como los facilitadores y barreras existentes para la implementación de la terapia asistida con animales como terapia complementaria en los hospitales con unidades de oncología pediátrica en España.

2.2 ESPECÍFICOS

- Explorar las percepciones y experiencias de los profesionales respecto al uso de la TAA en el entorno oncopediátrico.
- Identificar las condiciones organizativas y asistenciales que favorecen la integración de la TAA.
- Examinar la contribución de la TAA a la humanización del cuidado desde la perspectiva del modelo de cuidado humano de Jean Watson.
- Proponer líneas de mejora y recomendaciones basadas en los resultados obtenidos, orientados a facilitar la aplicación de la TAA en las unidades de oncología pediátrica.

2.3 HIPÓTESIS

Dado el diseño cualitativo exploratorio, no se plantea hipótesis formal.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 EL CÁNCER INFANTIL

3.1.1 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

El cáncer engloba un conjunto de enfermedades caracterizadas por la proliferación descontrolada de células anormales. Estas células presentan alteraciones que les permiten dividirse y crecer de manera continua, formar masas tumorales y diseminarse hacia otras partes del organismo. A diferencia de las células sanas, las cancerosas son capaces de evitar los mecanismos que regulan la proliferación celular y de evadir el sistema inmunitario (Romero-Romero et al., 2021).

En el ámbito pediátrico, el cáncer constituye una de las principales causas de mortalidad en la población infantil y adolescente. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cada año se diagnostican aproximadamente 400.000 casos en niños y adolescentes de entre 0 y 19 años (OMS, 2025).

A diferencia del cáncer en adultos, el infantil suele presentar una mejor respuesta al tratamiento, lo que se traduce en elevadas tasas de supervivencia cuando el diagnóstico y la intervención son precoces (Rodríguez et al., 2022).

3.1.2 TIPOS DE TUMORES MÁS FRECUENTES

Las neoplasias más frecuentes en la población infantil (0-14 años) son las leucemias, que representan aproximadamente el 28% de los diagnósticos. Se trata de enfermedades hematológicas caracterizadas por la proliferación descontrolada de células inmaduras en la médula ósea, siendo la leucemia linfoblástica la forma más común (Rodríguez et al., 2022).

Le siguen las neoplasias del sistema nervioso central (26%) y los linfomas (12%). Otros tipos menos frecuentes incluyen el neuroblastoma (6%), tumor de Wilms (nefroblastoma) (5%), rabdomiosarcoma (3%), tumores óseos (3%) y retinoblastoma (2%) (Rodríguez et al., 2022).

En adolescentes (15-19 años), la distribución varía, predominando los tumores óseos (24%), seguidos de linfomas (21%) y tumores del sistema nervioso central (15%) (Rodríguez et al., 2022).

3.1.3 ETIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS

La etiología del cáncer infantil es, en la mayoría de los casos, desconocida. A diferencia del cáncer en adultos, existen escasos factores relacionados con el estilo de vida (OMS, 2025; Rodríguez et al., 2022).

No obstante, se han identificado algunos factores asociados, como la edad, que influye en el tipo de tumor, y factores genéticos, incluyendo predisposiciones hereditarias, alteraciones en genes supresores y síndromes como el de Down. Asimismo, la exposición a radiaciones ionizantes y ciertos virus, como Epstein-Barr o VIH, se han relacionado con un mayor riesgo (OMS, 2025; Rodríguez et al., 2022).

3.1.4 EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial, según la OMS², se diagnostican alrededor de 400.000 casos anuales de cáncer infantil, con una supervivencia superior al 80% en países desarrollados e inferior al 30% en países con bajos ingresos, debido a las dificultades en el acceso al diagnóstico y tratamiento (OMS, 2025).

En España, la incidencia se mantiene estable, con aproximadamente 160 casos por millón de niños de 0 a 14 años. Los tipos más frecuentes son las leucemias, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas. La supervivencia a 5 años alcanza el 84%, reflejando la eficacia del sistema sanitario y de la atención sanitaria en el país (RETI-SEHOP, 2024).

3.1.5 IMPACTO FÍSICO, PSÍQUICO Y EMOCIONAL EN NIÑOS Y FAMILIAS

El cáncer infantil genera cambios significativos tanto en el niño como en su entorno, representando una situación altamente estresante debido a la incertidumbre y

² OMS: Organización Mundial de la Salud.

alteraciones que provoca en las rutinas familiares. Para los niños diagnosticados, la enfermedad supone enfrentarse a tratamientos invasivos, hospitalizaciones prolongadas e interrupciones en su vida cotidiana.

Diversos estudios señalan que, además del sufrimiento físico y emocional asociado al diagnóstico, muchos menores experimentan alteraciones del estado de ánimo, miedo, incertidumbre y cambios en la percepción de sí mismos (Anta, 2021).

El impacto de la enfermedad se extiende inevitablemente a los padres y cuidadores principales, quienes suelen presentar elevados niveles de angustia, ansiedad, sobrecarga emocional y estrés continuo (Carreño et al., 2017). La literatura destaca que esta carga está estrechamente vinculada con factores como la incertidumbre del pronóstico, las exigencias del tratamiento y la necesidad de reorganizar la vida para adaptarse a la nueva situación, generando una tensión constante que afecta tanto a su bienestar emocional como al funcionamiento de la dinámica familiar (Anta, 2021).

En este contexto, la atención psicosocial constituye un componente fundamental del abordaje del cáncer infantil. Se ha observado que el acompañamiento psicológico continuo, dirigido tanto a los niños como a sus familias, favorece la adaptación y promueve la participación del menor en su proceso de enfermedad (Anta, 2021).

3.2 ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO

3.2.1 ROL ENFERMERÍA

El cáncer constituye un diagnóstico de gran impacto, especialmente cuando se presenta en la edad pediátrica. Por ello, la atención a estos pacientes se encuentra regulada por protocolos hospitalarios específicos, en los que el personal de enfermería desempeña un papel fundamental al garantizar una atención integral, continua y adaptada a las necesidades individuales del niño y su familia. La enfermería actúa como referente asistencial, estableciendo una relación terapéutica basada en la confianza, la comunicación y el apoyo constante (Coveña Itriago, 2024).

Los pacientes pediátricos oncológicos suelen estar sometidos a largos periodos de hospitalización, lo que puede derivar en alteraciones físicas, emocionales y sociales, tanto en el niño como en su entorno familiar (Anta, 2021). En este contexto, el rol de

enfermería no se limita únicamente al cuidado clínico y al control de los efectos secundarios del tratamiento, sino que incluye el acompañamiento emocional, la detección precoz de necesidades psicosociales y la educación sanitaria, proporcionando seguridad y confort durante todo el proceso de enfermedad (Coveña Itriago, 2024).

Asimismo, el personal de enfermería desempeña un papel clave en la implementación de estrategias de humanización de los cuidados pediátricos, facilitando entornos más amables, promoviendo la participación del niño y de su familia en los cuidados y favoreciendo el afrontamiento de la enfermedad. Estos programas contribuyen a reducir el impacto de la hospitalización, mejorar la adaptación al tratamiento y potenciar el bienestar global del paciente pediátrico oncológico (Moro & González, 2022).

3.2.2 IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS HUMANIZADOS EN ENTORNOS ONCO PEDIÁTRICOS

La humanización de los cuidados en oncología pediátrica constituye un componente esencial dentro de la atención integral, en el cual el niño es percibido no solo como un paciente con una enfermedad, sino como una persona con necesidades emocionales, sociales y comunicativas que requieren un abordaje específico. La literatura resalta que la atención humanizada supone atender las necesidades y demandas del paciente no solo prestando atención a los cuidados técnicos, sino incorporando también elementos afectivos como la empatía, el respeto, la escucha activa y la comunicación. Su objetivo es favorecer un ambiente de confianza que mejore la experiencia hospitalaria y la calidad de vida de los pacientes oncológicos y de sus familias (Moro & González, 2022).

Este tipo de cuidados favorece que los pacientes se adapten mejor a la enfermedad y tratamientos, reduzcan el estrés y la ansiedad asociados a la hospitalización y fortalecen la relación terapéutica entre el niño, su familia y el equipo sanitario, contribuyendo así a una experiencia hospitalaria más positiva y a un mayor bienestar global (Cardoso et al., 2021; Moro & González, 2022).

3.2.3 MODELO DE CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

El modelo de cuidado humano desarrollado por Jean Watson constituye uno de los marcos teóricos más relevantes en enfermería, especialmente en el contexto de la humanización de los cuidados. Esta teoría sitúa el cuidado como el eje central de la práctica enfermera, entendiendo el cuidado como un proceso que trasciende la dimensión puramente física e incorpora aspectos emocionales, sociales y espirituales de la persona (Watson, 1999).

Watson plantea que el cuidado debe basarse en una relación terapéutica entre el profesional sanitario y el paciente, conocida como la relación transpersonal. Esta implica una conexión que favorece la confianza, la empatía y la comprensión, permitiendo atender al paciente de una manera integral. Por esto, el cuidado no se limita a la aplicación de técnicas y procedimientos, sino que incluye la presencia, la escucha activa y el acompañamiento emocional (Morrow, 2014).

Este modelo se estructura a través de los “*caring moments*”, orientando la práctica enfermera hacia valores como la compasión, el respeto por la dignidad humana, la promoción de la esperanza y la creación de un entorno de cuidado que favorezca el bienestar (Watson, 1999). Esto resulta relevante en el ámbito de la oncología pediátrica, donde los pacientes y sus familias se enfrentan a situaciones de alta carga emocional, incertidumbre y vulnerabilidad.

En este contexto, la humanización de los cuidados se convierte en un componente esencial de la atención, permitiendo abordar las necesidades emocionales y sociales del paciente. Por ello, la aplicación del modelo de Watson favorece la creación de entornos asistenciales más centrados en la persona, promoviendo una experiencia hospitalaria más positiva (Cara et al., 2011).

Además, este enfoque permite comprender la relevancia de las intervenciones complementarias, como la TAA, contribuyendo a fortalecer la relación terapéutica, mejorar el bienestar emocional y facilitar la adaptación del paciente al entorno hospitalario.

3.2.4 INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS EN ATENCIÓN PEDIÁTRICA

Ante la necesidad de humanizar la atención y optimizar la experiencia del niño durante su estancia hospitalaria, han surgido diversas terapias complementarias orientadas a reducir el impacto emocional de la enfermedad y del tratamiento.

La terapia de juego es una de las intervenciones más empleadas en el ámbito pediátrico. Su efectividad ha sido demostrada especialmente en pacientes con leucemia, ya que contribuye a disminuir la ansiedad, facilita la expresión emocional y mejora la cooperación durante la hospitalización. Diversas investigaciones evidencian que el juego permite a los menores manifestar sus sentimientos y afrontar el tratamiento desde un enfoque más comprensible y seguro (Ramdaniati et al., 2023).

Otra intervención ampliamente utilizada es la musicoterapia, cuya aplicación en oncología pediátrica ha demostrado beneficios en la reducción del estrés, la ansiedad y el sufrimiento durante los procedimientos clínicos. Esta técnica favorece la relajación emocional y contribuye a mejorar la calidad de vida de los niños sometidos a tratamientos prolongados e intensivos (da Silva Santa et al., 2021).

Asimismo, el yoga, destinado a la regulación respiratoria y emocional, ha mostrado efectos positivos en pacientes de edad pediátrica, promoviendo la relajación, el equilibrio emocional y una mayor sensación de bienestar en el entorno hospitalario (Fukuhara et al., 2020). De igual forma, la hipnosis se considera una técnica eficaz en el manejo del dolor y la ansiedad anticipatoria, otorgando al niño un mayor control sobre su experiencia emocional y fisiológica durante procedimientos dolorosos (Geagea et al., 2023).

En conjunto, estas intervenciones complementarias representan un gran apoyo al tratamiento médico convencional, ya que favorecen el bienestar emocional del paciente pediátrico y contribuyen a una atención más humanizada.

3.3 LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES

3.3.1 DEFINICIÓN Y FUNDAMENTOS.

Las interacciones entre humanos y animales se describen desde hace miles de años y han sido ampliamente estudiadas en múltiples contextos. La evidencia científica respalda los beneficios que aporta este tipo de contacto en el ámbito sanitario, lo que ha impulsado el desarrollo de la terapia asistida con animales (TAA) como intervención complementaria en diversos procesos de enfermedad (Degiorgio et al., 2023).

La TAA es una intervención directa, donde participa un animal con criterios específicos, como parte primordial en el tratamiento. Su objetivo es promover mejoras a nivel físico, social, emocional y cognitivo en una gran variedad de entornos. Sus orígenes se remontan al siglo XVII, cuando en Europa surgieron proyectos en los que el caballo empezó a formar parte del tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidad física (Degiorgio et al., 2023). Con el tiempo, esta iniciativa se fue extendiendo, y no fue hasta 2010 cuando se implementó por primera vez en España, concretamente en el Hospital Sant Joan de Déu (López-Fernández et al., 2024).

3.3.2 TIPOS DE INTERVENCIONES ASISTIDAS CON ANIMALES

En el contexto de las intervenciones asistidas con animales se distinguen otras modalidades además de la TAA. Entre ellas se encuentran las actividades asistidas con animales (AAA), que consisten en actividades puntuales en las que los profesionales emplean animales con fines motivacionales y recreativos, sin un objetivo terapéutico específico. Asimismo, la educación asistida con animales (EAA) tiene un enfoque pedagógico y está dirigida por profesionales de la enseñanza, con el propósito de facilitar, reforzar o potenciar los procesos de aprendizaje a través de la interacción estructurada con animales (Cavalli et al., 2020).

La selección de los animales para este tipo de intervenciones debe considerar características como el temperamento, la sociabilidad, la tolerancia al estrés, el estado de salud y el nivel de entrenamiento del animal, así como su capacidad para interactuar de manera segura con personas desconocidas y en entornos potencialmente demandantes, a fin de contribuir a la eficacia de la intervención (Cavalli et al., 2020).

TIPO DE INTERVENCIÓN	DEFINICIÓN	OBJETIVO PRINCIPAL	PROFESIONALES IMPLICADOS	CARACTERÍSTICAS CLAVE
Terapia Asistida con Animales (TAA)	Intervención estructurada en la que el animal forma parte del proceso terapéutico	Mejorar el estado físico, emocional, social o cognitivo del paciente	Profesionales sanitarios junto con técnicos en IAA	Tiene objetivos terapéuticos definidos, evaluación de resultados y seguimiento
Actividades Asistidas con Animales (AAA)	Actividades puntuales con animales con fines recreativos o motivacionales	Favorecer el bienestar, la distracción y la interacción social	Profesionales o voluntarios con animales entrenados	No tienen objetivos terapéuticos específicos ni evaluación estructurada
Educación Asistida con Animales (EAA)	Intervención con enfoque pedagógico basada en la interacción con animales	Facilitar, reforzar o potenciar el aprendizaje	Profesionales de la educación	Actividades estructuradas con objetivos educativos definidos

Tabla 1: Tipos de intervenciones asistidas con animales y características principales. Elaboración propia a partir de Cavalli et al. (2020).

3.3.3 BENEFICIOS DEMOSTRADOS

En los últimos años, la terapia asistida con animales (TAA) se ha consolidado como una intervención complementaria eficaz en el ámbito pediátrico, debido a su capacidad para promover el bienestar emocional, reducir el estrés y la ansiedad, y favorecer la implicación y adaptación del niño en su proceso terapéutico (Fornfeld et al., 2025).

La evidencia respalda la aplicación de la TAA en diversos contextos de la población infantil. En el ámbito hospitalario, esta intervención contribuye a humanizar la experiencia de hospitalización y a promover emociones positivas en los niños (Fornfeld et al., 2025). En el área de salud mental, se han observado efectos beneficiosos en la regulación emocional y en la reducción de dificultades psicológicas y conductuales

(Doan et al., 2023). Asimismo, la TAA favorece la interacción social y el desarrollo de habilidades emocionales y motoras en niños con discapacidad (Yap et al., 2017).

En el contexto de la oncología pediátrica, la TAA adquiere especial relevancia debido al elevado impacto emocional que conlleva el proceso oncológico. Los estudios indican que estas intervenciones generan un bienestar emocional inmediato y reducen el aislamiento social, proporcionando una sensación de normalidad y distracción positiva dentro del entorno hospitalario (Chubak et al., 2017; Gilmer et al., 2016).

Desde un enfoque fisiológico, la TAA se asocia a una reducción de la frecuencia cardíaca, una menor percepción del dolor y una mejora del estado anímico, reforzando su efectividad como intervención holística en el cuidado del paciente pediátrico oncológico (Silva & Osó Rio, 2018).

Por último, los beneficios de la TAA se extienden al entorno del paciente. Las familias refieren una disminución de la ansiedad y un alivio emocional compartido (McCullough et al., 2018), mientras que los profesionales sanitarios destacan mejoras en el clima hospitalario y una reducción del estrés laboral (Moreira et al., 2016).

3.3.4 ESCALAS DE VALORACIÓN

La eficacia de la terapia asistida con animales en el ámbito de oncología pediátrica ha sido evaluada mediante el uso de escalas validadas que permiten objetivar sus efectos sobre variables emocionales como la ansiedad y el estrés.

Un estudio controlado aleatorizado mostró que la TAA es efectiva para reducir la ansiedad, tanto en los niños como en sus cuidadores principales. Se llevó a cabo mediante la utilización de la escala STAI-CH (para niños de entre 5 y 17 años) y la STAI (para los padres). Ambas incluyen las subescalas de ansiedad rasgo, que mide la predisposición general a sufrir ansiedad, y la ansiedad estado, que evalúa la ansiedad en un momento determinado. Las puntuaciones oscilan entre 20-60 (STAI-CH) y entre 20-80 (STAI), siendo las puntuaciones mayores indicativas de un mayor nivel de ansiedad (Mahoney et al., 2024).

Otra herramienta ampliamente utilizada es la Escala Visual Analógica (EVA), un instrumento validado para medir sensaciones subjetivas como el estrés o el dolor a través de números del 0 al 10 (siendo 0 nada de intensidad y 10 intensidad máxima).

En investigaciones recientes, la EVA se ha empleado para valorar el nivel de estrés y la aceptación de la hospitalización antes y después de la intervención con TAA, mostrando una mejora significativa del confort del niño y una reducción del estrés tras la terapia (Jerez et al., 2016).

Por otra parte, para niños más pequeños o cuando la expresión verbal es limitada, una alternativa válida es la Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS), una escala observacional diseñada para medir la ansiedad pediátrica a través de la observación del comportamiento en situaciones clínicas. Estudios recientes han demostrado que la versión española de la mYPAS posee propiedades psicométricas adecuadas de fiabilidad y validez para su uso en niños de entre 2 y 12 años, lo que respalda su aplicación en evaluaciones de ansiedad en contextos asistenciales (Jerez et al., 2016).

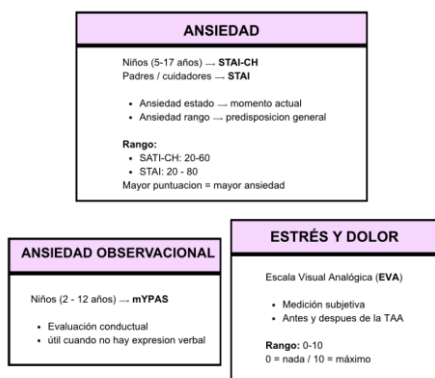


Ilustración 1: Escalas para la evaluación de la eficacia de la terapia asistida con animales en oncología pediátrica. Elaboración propia a partir de Mahoney et al., (2024), Steff et al., (2024) y Jerez et al., (2016).

3.3.5 LIMITACIONES EXISTENTES

En términos generales, las investigaciones sobre las intervenciones asistidas con animales (IAA) y en concreto la terapia asistida con animales (TAA), presentan diversas limitaciones que requieren precaución en la interpretación de sus resultados. Una de las principales dificultades es la falta de estudios rigurosos que permitan distinguir entre los efectos emocionales inmediatos del contacto humano-animal y los beneficios terapéuticos sostenidos en el tiempo (Cavalli et al., 2020).

Asimismo, muchas investigaciones y estudios parten de planteamientos poco definidos y presentan debilidades metodológicas, como el uso de muestras reducidas y diseños

experimentales poco rigurosos. A ello se suma la falta de precisión en la descripción de las intervenciones, la ausencia de protocolos estandarizados y las dificultades para reproducir los estudios (Cavalli et al., 2020).

Finalmente, también existen errores en la interpretación de los resultados, junto con el uso de herramientas no validadas, medidas de autoinforme y un seguimiento a largo plazo limitado. El conjunto de estas limitaciones evidencia que las prácticas con animales constituyen un ámbito aún en desarrollo, aunque con un claro potencial de crecimiento (Cavalli et al., 2020).

3.4 IMPLEMENTACIÓN EN HOSPITALES

3.4.1 REQUISITOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

La implementación de un programa de TAA en el contexto hospitalario exige el desarrollo e implementación de una serie de protocolos organizados y consensuados entre los diferentes servicios implicados, con el fin de asegurar una aplicación adecuada y estandarizada. Estos protocolos serán específicos en cada centro, adaptándose a las características del entorno y de la población.

Los protocolos tienen como finalidad garantizar que la TAA se realice con los mayores niveles de seguridad, eficacia y respeto tanto para los pacientes como para los animales que participan. En esta línea, los estándares para la implementación de un programa de TAA incluyen la definición de los espacios donde se llevará a cabo la terapia, ajustados a los objetivos terapéuticos previstos, así como las condiciones ambientales adecuadas para favorecer la interacción terapéutica (Berral, 2017).

Asimismo, es imprescindible que el personal sanitario realice una valoración clínica y psicosocial de cada paciente para determinar su idoneidad para la participación en las sesiones, evitando cualquier contraindicación médica. En relación con los animales, es fundamental que se encuentren en perfecto estado de salud, correctamente vacunados, desparasitados y con revisiones veterinarias periódicas (Castaño-Peña et al., 2023). Además, deben contar con un entrenamiento adecuado para la interacción con diferentes perfiles de pacientes.

Dentro de los protocolos también deben contemplarse aspectos higiénicos y de bioseguridad, que incluyan la limpieza de los espacios, la higiene del personal implicado y las estrategias de prevención de infecciones, así como la elaboración de procedimientos ante incidentes o accidentes (Berral, 2017).

Finalmente, como en cualquier intervención terapéutica, se debe garantizar la obtención del consentimiento informado, en el que participen los responsables legales del paciente menor de edad, y el propio paciente cuando su capacidad lo permita y tenga conocimiento de sus objetivos, beneficios y posibles riesgos (Berral, 2017).

3.4.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE ANIMALES, PROFESIONALES Y PACIENTES

La selección de animales destinados a participar en la terapia se centra en criterios sanitarios, de bienestar animal y adecuación al entorno clínico. Los caninos deben presentar un estado de salud óptimo, acreditado mediante controles veterinarios periódicos, así como la realización de exámenes que descarten la presencia de parásitos con potencial zoonótico (Castaño-Peña et al., 2023).

Además de los aspectos sanitarios, los animales deben de estar preparados física y conductualmente para interactuar con personas, tolerar la manipulación, el contacto frecuente y la exposición a estímulos propios del entorno hospitalario, como ruidos, dispositivos médicos y espacios cerrados.

En relación con los profesionales, no se establecen criterios exhaustivos de selección, aunque la literatura destaca la necesidad de la participación de médicos veterinarios, responsables de la evaluación sanitaria del animal. Asimismo, la terapia asistida debe integrarse en un proceso supervisado por un profesional de la salud, quien será el encargado de establecer los objetivos terapéuticos y garantizar la seguridad de los pacientes, promoviendo un enfoque interdisciplinar (Castaño-Peña et al., 2023).

En este contexto, la selección de los participantes de la TAA en pacientes pediátricos se basa en criterios de inclusión y exclusión claramente definidos. Se tiene en cuenta que los pacientes tengan edades comprendidas entre los 3 y 17 años, que se encuentren clínicamente estables y que no presenten un deterioro cognitivo severo (Silva & Osó Rio, 2018).

Por el contrario, los niños que presenten alergia o fobia a los animales, una neutropenia grave ($RAN < 500/mcL$)³, o una infección activa serán excluidos de la terapia (Grob & Rogers, 2025). Por esta razón, el oncólogo deberá realizar una valoración previa antes de que el paciente sea sometido a la TAA (Silva & Osó Rio, 2018).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Edad entre 3 y 17 años	
Pacientes estables clínicamente valorados por el oncólogo	Neutropenia grave Infección activa Aislamiento Cirugía reciente o programada
Capaz de interactuar, sin deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo severo
	Fobia o alergia a los animales

Tabla 2: Criterios de inclusión y de exclusión para participar en la TAA. Elaboración propia

3.4.3 MARCO NORMATIVO EN ESPAÑA

Actualmente, en España no existe una ley estatal que regule de manera específica la TAA, por lo que su regulación es dispersa y se apoya en un conjunto de normas autonómicas sobre el bienestar animal, la sanidad y otras regulaciones sectoriales; esta falta de un marco normativo común hace que su implementación en los hospitales dependa de la normativa interna de cada centro y de la evaluación de los comités éticos y de seguridad, lo que da lugar a una aplicación desigual de estos programas (Berral, 2017).

En Cataluña, la normativa vigente, concretamente la Ley 19/2009, de 26 de noviembre, y la Orden 573/2010, de 3 de diciembre, regula únicamente los perros de asistencia y los requisitos exigidos para su reconocimiento, dejando fuera implícitamente a los perros de terapia. En cambio, la Comunidad Valenciana cuenta con normativa específica: la Ley 12/2003, de 3 de abril, y la Orden del 30 de mayo de 2007, reconocen y regulan los

³ El Recuento Absoluto de Neutrófilos (RAN) mide la concentración de neutrófilos en sangre, células clave de la inmunidad innata encargadas de combatir infecciones.

programas de TAA, estableciendo los requisitos para la acreditación de los centros, contemplando programas generales e individualizados y teniendo en cuenta el bienestar animal (Berral, 2017).

3.4.4 FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

La literatura científica muestra diferentes factores que facilitan la implementación de la terapia asistida con animales (TAA) en el contexto hospitalario de niños ingresados en unidades de oncología. Estos facilitadores se relacionan tanto con la aceptación por parte de los profesionales sanitarios, pacientes y familias, como con aspectos organizativos, institucionales y éticos que favorecen su integración como terapia complementaria.

Uno de los facilitadores más relevantes es la actitud positiva que muestra el personal sanitario hacia la TAA. Estudios afirman que cuando los profesionales perciben esta intervención como segura, beneficiosa y coherente con los objetivos planteados, aumenta su aceptación y disminuye la resistencia a su implementación (Correale et al., 2025). En este contexto, la enfermería desempeña un papel fundamental debido a su contacto continuo con el paciente y su familia, participando en el proceso de selección y supervisión de la terapia. La implicación activa del personal favorece la integración de esta terapia en la rutina asistencial (Moreira et al., 2016).

Otro facilitador fundamental, es la existencia de protocolos de seguridad e higiene, que contribuyen en la reducción de riesgos asociados a la presencia de animales en el entorno hospitalario. La disponibilidad de medidas específicas como la selección adecuada de animales, control veterinario y la evaluación clínica previa del paciente aumentan la confianza de los profesionales y de las instituciones sanitarias (Berral, 2017). La literatura destaca que cuando los protocolos se aplican de forma rigurosa, la TAA puede desarrollarse de manera segura incluso en pacientes pediátricos oncológicos (Ben-Aderet et al., 2024).

La creciente evidencia científica sobre los beneficios demostrados de la TAA actúa también como un facilitador para su implementación. En los últimos años se han publicado estudios que muestran resultados positivos en la reducción del estrés y la mejora del bienestar emocional de los niños hospitalizados (Gilmer et al., 2016; Silva & Osó Rio, 2018). Además, la aplicación de instrumentos de medida validados contribuye

a reforzar la evidencia al permitir una valoración cuantitativa de los beneficios obtenidos (Mahoney et al., 2024a; Steff et al., 2024). Aunque la evidencia presenta ciertas limitaciones metodológicas (Cavalli et al., 2020), estos resultados respaldan el uso de la TAA como intervención complementaria, favoreciendo su adaptación dentro de los planes terapéuticos.

Asimismo, la TAA se ve favorecida por su contribución a la humanización de los cuidados y a los modelos de atención centrados en el paciente y su familia. En el ámbito de la oncología pediátrica, este tipo de intervenciones puede mejorar la experiencia hospitalaria, reducir el impacto emocional asociado a la enfermedad y favorecer el afrontamiento del proceso terapéutico, aspectos especialmente valorados tanto por los pacientes como por sus familias y los profesionales sanitarios (Mahoney et al., 2024).

3.4.5 BARRERAS

A pesar de los facilitadores descritos, la implementación de la terapia asistida con animales en unidades de oncología pediátrica continúa siendo limitada debido a la existencia de diversas barreras de carácter normativo, organizativo, formativo y clínico, ampliamente descritas en la literatura científica reciente.

Una de las principales barreras es la falta de una normativa específica que regule la aplicación de la TAA (Berral, 2017), lo que conlleva la ausencia de criterios claros y homogéneos que garanticen el bienestar de los animales, dificultando el proceso de selección de estos para la participación en las intervenciones (Winkle et al., 2020).

La preocupación por la seguridad ante infecciones también supone una barrera relevante, especialmente si se trata de pacientes inmunodeprimidos. Aunque los estudios muestran que la probabilidad de transmisión zoonótica es mínima si se siguen protocolos de higiene adecuados (Dalton et al., 2021), los profesionales sanitarios mantienen una percepción de riesgo elevada, que puede estar vinculada más a la falta de estandarización de los procedimientos que a un peligro potencial real (Dalton et al., 2022).

La escasa formación y el limitado conocimiento del personal sanitario sobre la TAA constituye otro obstáculo importante para su puesta en práctica. Con frecuencia, esta

intervención se interpreta como una actividad lúdica y no como una terapia con un fin clínico, lo que debilita el reconocimiento profesional y dificulta la participación de los profesionales en su puesta en práctica (Moreira et al., 2016).

Por último, a todo ello se suma la heterogeneidad de los programas, que varía según el tipo de animal seleccionado, la duración de las sesiones y el perfil de los pacientes escogidos, así como las limitaciones metodológicas de los estudios existentes, como el reducido tamaño muestral y la diversidad de diseños, lo que dificulta la estandarización y debilita la solidez de la evidencia científica. (Chubak et al., 2017).

4 METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se desarrolló mediante un diseño cualitativo con enfoque interpretativo con aproximación fenomenológica, orientado a identificar los facilitadores y barreras existentes en la implementación de la terapia asistida con animales en pacientes pediátricos oncológicos, así como explorar, de manera secundaria, las experiencias y percepciones de los participantes respecto a los beneficios de la intervención.

La investigación cualitativa permite explorar fenómenos complejos desde la perspectiva de los propios participantes, priorizando la comprensión de sus percepciones, opiniones y significados contextualizados (Noreña-Peña, 2024).

El enfoque interpretativo se centra en cómo los participantes construyen significados sobre un fenómeno y cómo estas percepciones influyen en su práctica, siendo adecuado para identificar barreras y facilitadores en la implementación de intervenciones en el ámbito sanitario (Contreras-De-la-fuente & Castillo-Arcos, 2016). Por su parte, la aproximación fenomenológica se enfoca en comprender cómo los participantes viven y perciben el fenómeno, permitiendo explorar de manera profunda los beneficios y experiencias asociadas a la terapia (Elida & Guillen, 2019).

En este estudio, se combinan el enfoque interpretativo, para identificar barreras y facilitadores en la implementación de la terapia asistida con animales, y la aproximación fenomenológica, para explorar experiencias, percepciones y beneficios percibidos por los participantes. La información se recogió mediante entrevistas semiestructuradas, lo que permitió identificar patrones, temas y categorías relevantes para comprender el fenómeno estudiado desde ambas perspectivas.

4.2 PARTICIPANTES Y UNIDAD DE OBSERVACIÓN

La unidad de observación estuvo constituida por los discursos y experiencias de los participantes en relación con la implementación de la TAA en unidades de oncología

pediátrica en España ([Anexo 1](#)). Asimismo, se analizó su contribución a la humanización de los cuidados en el contexto hospitalario.

La muestra estuvo formada por profesionales que desarrollan su labor en dos contextos diferenciados: por un lado, en unidades hospitalarias de oncología pediátrica ([Anexo 2](#)) y, por otro, en asociaciones que ofrecen intervenciones terapéuticas dirigidas a menores con diagnóstico oncológico. Asimismo, se contó con la participación de familiares de menores hospitalizados por patología oncológica, lo que permitió incorporar la perspectiva de las familias en relación con este tipo de intervenciones.

Selección de los participantes

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, una estrategia habitual en investigación cualitativa que permite seleccionar informantes capaces de aportar información relevante y significativa para el objeto de estudio. Para ello, se contactó con profesionales sanitarios y entidades relacionadas con la oncología pediátrica y la humanización de los cuidados mediante correo electrónico. Asimismo, gracias a la colaboración de nuestra tutora, la Dr. Leticia Bazo, se estableció contacto con otros profesionales a través de WhatsApp. Posteriormente, fueron algunos de los profesionales entrevistados quienes facilitaron el contacto con familias interesadas en participar en el estudio, permitiendo ampliar progresivamente la muestra.

Los criterios de inclusión contemplaron la participación de profesionales con experiencia en la atención o intervención terapéutica en oncología pediátrica, miembros de asociaciones orientadas a la humanización de los cuidados y familiares de menores hospitalizados por patología oncológica. Asimismo, se priorizó la inclusión de participantes que contaran con experiencia previa, conocimiento o contacto con terapias con animales, así como profesionales que desarrollan su labor en centros dónde este tipo de intervención ya se encuentra implementada, se encuentra en proceso de implementación o aún no se ha incorporado, con el fin de identificar diferentes perspectivas sobre los facilitadores y barreras para su posible integración en el ámbito hospitalario.

Como criterios de exclusión, se consideraron aquellos participantes sin experiencia directa o conocimiento sobre la TAA en el contexto hospitalario.

Esta estrategia permitió recoger tanto experiencias relacionadas con la aplicación de estas terapias como percepciones sobre los posibles obstáculos o dificultades para su implementación en el entorno hospitalario.

En total participaron 16 personas⁴, de las cuales 10 correspondían a profesionales del ámbito hospitalario, 4 pertenecían a asociaciones y 2 eran familiares de menores hospitalizados. La participación fue voluntaria y todos los profesionales aceptaron colaborar tras recibir la información detallada del estudio y firmar el consentimiento informado correspondiente.

El criterio muestral se determinó siguiendo el criterio de saturación teórica, considerándose alcanzada cuando la incorporación de nuevos participantes no aportaba información relevante ni emergía nuevas categorías de análisis.

PROFESIONALES			
PROFESIONAL	PROFESIÓN	HOSPITAL	ÁMBITO
PS1	Enfermera pediátrica	Hospital Universitario Vall d'Hebrón	Hospital de día de oncología pediátrica
PS2	Logopeda y técnico experta en terapia asistida con animales	Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid	Colaboradora con Fundación Sentido Animal
PS3	Psicóloga	Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona	Especialista Child Life
PS4	Técnico en intervenciones asistidas con animales	Hospital Sant Joan de Déu, Hospital Clínico y Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona	Centro de Terapias Asistidas con Canes (CTAC)
PS5	Pediatra y oncólogo infantil	Hospital Son Espases de Palma de Mallorca	Jefe de oncología pediátrica

⁴ Se realizaron 14 entrevistas en total. En dos de ellas participaron dos profesionales conjuntamente.

PS6	Enfermero pediátrico y doctor en enfermería	Hospital Materno Infantil de Málaga	Supervisor de la UCI
PS7	Enfermera pediátrica	Hospital Universitario Vall d'Hebrón	Oncohematología pediátrica
PS8	Enfermero	Hospital Universitario Niños Jesús de Madrid	Oncología pediátrica
PS9	Enfermera	Hospital Materno Infantil de Málaga	Oncohematología pediátrica
PS10	Enfermera y profesora en la Universidad de Valencia	Hospital General de Valencia	Unidad de cuidados intermedios pediátricos y neonatos

Tabla 3: Tabla descriptiva de los profesionales que han participado. Elaboración propia.

FAMILIAS			
FAMILIA	EDAD PACIENTE	DIAGNÓSTICO PACIENTE	HOSPITAL
F1	2 años	Leucemia + anemia de Blackfan	Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona
F2	5 años	Recaída de leucemia	Hospital Materno Infantil de Málaga

Tabla 4: Tabla descriptiva de las familias que han participado. Elaboración propia.

ASOCIACIONES	
ASOCIACIÓN	CENTROS DÓNDE TRABAJAN
A1	Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS)
A2	60 centros diferentes entre Tarragona y Barcelona
A3	Diversos hospitales de Madrid, Sevilla, Comunidad Valenciana e Islas Canarias

Tabla 5: Tabla descriptiva de las asociaciones que han participado. Elaboración propia.

4.3 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se llevó a cabo mediante la realización de entrevistas semiestructuradas, diferenciando los diferentes perfiles de participantes: unas dirigidas a profesionales que trabajan en unidades de oncología pediátrica, otras enfocadas a

profesionales que desarrollan las intervenciones a través de asociaciones y otras adaptadas a familias que participan en la TAA. Esta diferenciación permitió obtener perspectivas complementarias sobre el fenómeno de estudio.

Se escogió la entrevista semiestructurada por su capacidad para combinar un guion previamente establecido ([Anexo 3](#)) y ([Anexo 4](#)) con la posibilidad de profundizar en aquellos aspectos importantes durante la conversación, favoreciendo así la obtención de información detallada y contextualizada, útil para el posterior análisis e interpretación de los resultados.

Dado que se trató de un estudio de ámbito nacional, las entrevistas se llevaron a cabo de forma virtual, mediante llamadas telefónicas o a través de la plataforma Teams, lo que facilitó la participación y la adaptación a la disponibilidad horaria de los profesionales.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de entre 30 y 60 minutos, con previo consentimiento informado ([Anexo 5](#)), y fueron registradas para su posterior transcripción y análisis, garantizando en todo momento la confidencialidad y comodidad de los participantes.

4.4 CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS

El análisis de los datos se llevó a cabo a través de una metodología cualitativa, siguiendo el modelo propuesto por Steven J. Taylor y Robert Bogdan, el cual permite entender fenómenos sociales y experiencias humanas a partir de la interpretación de discursos de los participantes. Este enfoque se caracteriza por su carácter reflexivo y flexible, en el que su recogida y su posterior análisis de datos se desarrollan de manera interrelacionada a lo largo del proceso de investigación (Bogdan & Taylor, 1987).

En primer lugar, se recogió la información mediante entrevistas semiestructuradas dirigidas a profesionales del ámbito sanitario, a diferentes asociaciones y a familias de pacientes oncológicos pediátricos. Posteriormente, se transcribieron todas las entrevistas de forma literal, garantizando la fidelidad del discurso original y permitiendo el análisis detallado del contenido.

Una vez obtenidas las transcripciones, se realizó una lectura comprensiva, para así familiarizarse con los datos, fase fundamental para sumergirse en la información e identificar patrones y significados relevantes.

Posteriormente, se llevó a cabo la codificación de los datos, asignando códigos a fragmentos específicos del texto en función de su contenido y su relación con los objetivos del estudio. Esto se realizó de manera manual mediante un sistema de identificación por colores asignados a los diferentes códigos emergentes, permitiendo una organización visual de la información y una diferenciación de los principales temas. La codificación constituye una fase clave dentro del proceso del análisis cualitativo, permitiendo transformar los datos en unidades significativas y estructuradas para facilitar su interpretación posterior (Nowell et al., 2017).

En la fase consecutiva, los códigos identificados fueron agrupados en subcategorías, atendiendo a su relevancia dentro del fenómeno estudiado. Esta fase permitió identificar patrones comunes, así como divergencias en los discursos de los participantes, contribuyendo a una comprensión más profunda de nuestros objetivos.

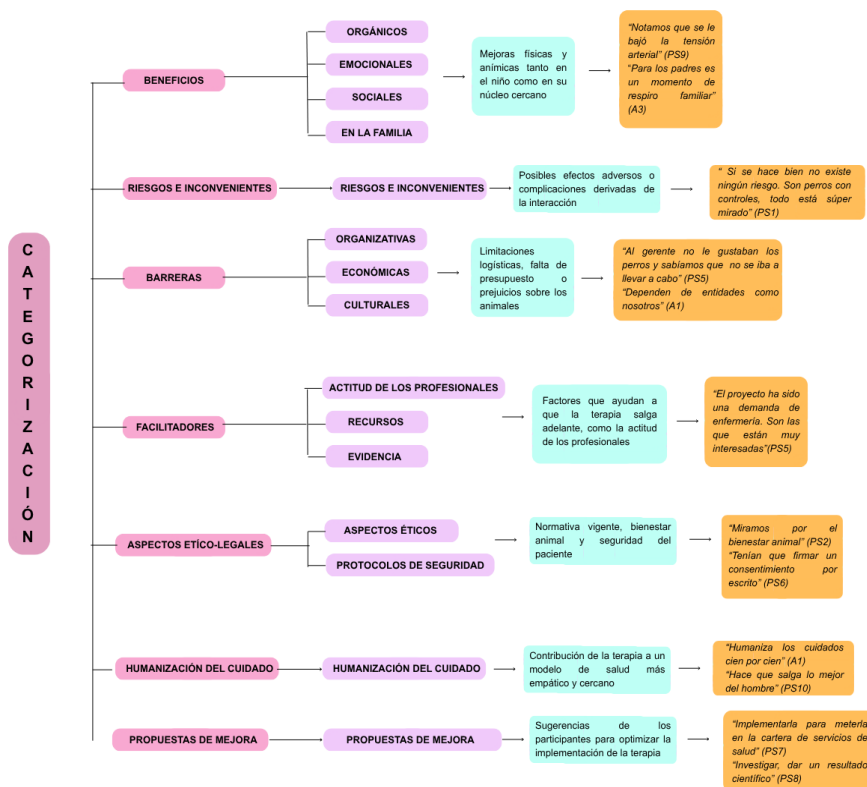


Ilustración 2: Diagrama del análisis y categorización. Elaboración propia

Para garantizar el rigor metodológico del estudio, se siguieron los criterios de calidad propios de la investigación cualitativa: credibilidad, transferibilidad, confirmabilidad y reflexividad investigadora.

La credibilidad se favoreció mediante la triangulación de perspectivas, incorporando participantes procedentes de distintos ámbitos relacionados con la oncología pediátrica y la terapia asistida con animales, incluyendo profesionales sanitarios, miembros de asociaciones y familiares. Asimismo, la puesta en común entre las investigadoras permitió comparar las codificaciones realizadas individualmente y consensuar la categorización final, minimizando posibles sesgos interpretativos.

La transferibilidad se abordó mediante una descripción detallada del contexto del estudio, las características de los participantes y el proceso metodológico seguido, con el fin de facilitar la comprensión y posible aplicación de los hallazgos en contextos similares.

La confirmabilidad se garantizó mediante el registro sistemático de las decisiones adoptadas durante el proceso de análisis, así como a través de la conservación de las transcripciones originales y las categorías emergentes derivadas de los discursos de los participantes.

Por último, se incorporó la reflexividad investigadora, reconociendo la influencia de las propias perspectivas e interpretaciones de las investigadoras durante el proceso de recogida y análisis de los datos. Para minimizar posibles sesgos, se mantuvo una actitud crítica y reflexiva durante todo el proceso investigador, priorizando la fidelidad al discurso de los participantes.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se ha desarrollado respetando en todo momento los principios éticos fundamentales aplicables a estudios con personas, garantizando el respeto, la confidencialidad, el anonimato y la protección de datos de los participantes.

Toda la información recopilada durante las entrevistas ha sido tratada de manera confidencial y utilizada exclusivamente con fines académicos. Los datos han sido

anonimizados, eliminando cualquier información que pudiera permitir la identificación directa o indirecta de los participantes o de las instituciones a las que pertenecen.

Previamente a la realización de las entrevistas, se facilitó a los profesionales una carta de invitación al proyecto ([Anexo 6](#)) y una hoja de información al participante ([Anexo 7](#)), en la que se detallaban los objetivos del estudio, la voluntariedad de la participación, el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias y el tratamiento de los datos recogidos. Asimismo, todos los participantes firmaron un consentimiento informado, autorizando la grabación y el uso de la información con fines exclusivamente académicos.

El almacenamiento y tratamiento de los datos se realizó conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos personales, garantizando su adecuada custodia y acceso restringido únicamente a las investigadoras, con fines académicos y de investigación. Una vez finalizado el estudio, los datos serán conservados durante el tiempo estrictamente necesario y posteriormente eliminados de forma segura.

En caso de haber sido requerido por la normativa de la Universidad Rovira i Virgili, se presentó la correspondiente declaración responsable ([Anexo 8](#)) sobre los aspectos éticos del Trabajo Fin de Grado y se obtuvo la aprobación del comité ético competente, asignándose el código de referencia CEIPSA-2025-TFG-0190.

5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir de las entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales del ámbito sanitario, asociaciones y familias, se han obtenido resultados relacionados con el estado de implementación de la terapia asistida con animales (TAA) en unidades de oncología pediátrica en España. Estos resultados permiten conocer tanto la situación actual de este tipo de intervención como la percepción de los profesionales respecto a sus beneficios, limitaciones y posibilidades de desarrollo.

Del análisis de los discursos se identifican varios aspectos relevantes que responden a los objetivos planteados en el estudio. En concreto, se abordan cuestiones relacionadas con el conocimiento y la experiencia previa sobre la TAA, la percepción de sus beneficios y posibles riesgos, el grado de implementación en los centros hospitalarios, así como las principales barreras y facilitadores para su desarrollo. Además, también se recogen aspectos éticos y su relación con la humanización de los cuidados, junto con propuestas de mejora planteadas por los propios profesionales.

Una vez realizadas las entrevistas y tras su posterior análisis, los resultados se presentan organizados en diferentes categorías y subcategorías. Estas se han construido a partir de la codificación de los discursos, incluyendo citas textuales de los participantes que permiten reflejar de forma más fiel su perspectiva.

Tal y como se ha descrito en el apartado metodológico, el análisis se ha llevado a cabo siguiendo el modelo de Steven J. Taylor y Robert Bogdan, lo que ha permitido estructurar la información de manera progresiva y coherente con los objetivos del estudio.

Por último, la interpretación de los resultados se realizará teniendo en cuenta la teoría del cuidado humano de Jean Watson, ya que ofrece un marco adecuado para analizar aspectos como la humanización, la relación terapéutica y el cuidado centrado en la persona, elementos que aparecen de forma recurrente en los discursos de los profesionales.

5.1 BENEFICIOS DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES

El análisis de las entrevistas muestra que la implementación de la Terapia Asistida con Animales (TAA) no se percibe únicamente como una actividad lúdica, sino como una intervención con impacto directo en el bienestar integral del paciente. Los resultados obtenidos permiten identificar beneficios a nivel orgánico, emocional, social y familiar, reflejando el carácter multidimensional de la intervención dentro del contexto hospitalario.

A nivel orgánico, los participantes describen una influencia fisiológica positiva asociada a la presencia del animal, con reducción de las constantes vitales, del estrés y del cortisol. Tal y como señalan algunos informantes: *“Cuando le pusimos al perro en el monitor notamos que se le bajó la tensión arterial”* (PS9). *“Yo estoy segura que si medimos el cortisol de un niño antes y después de la terapia canina, baja”* (F2). Aunque algunas de estas percepciones parten de experiencias subjetivas y no de mediciones fisiológicas objetivas realizadas en el estudio, los discursos sugieren que la presencia del animal actúa como un elemento modulador del impacto emocional asociado al entorno hospitalario. Esta interpretación coincide con los estudios de Silva y Osório (2018), quienes relacionan el contacto humano-animal con la liberación de oxitocina y la disminución del cortisol.

El beneficio emocional emerge como el eje principal en los resultados, permitiendo un análisis profundo bajo el prisma del Modelo de Cuidado Humano de Jean Watson. La TAA se manifiesta como un *“Caring moment”*, un espacio terapéutico centrado en la persona y en sus necesidades emocionales más allá del abordaje exclusivamente biomédico (Watson, 1999).

Tanto los profesionales sanitarios como las familias entrevistadas señalan que la presencia del animal contribuye a disminuir la ansiedad, el miedo y el estrés asociados al proceso oncológico y a la hospitalización. Los participantes describen que los niños experimentan momentos de tranquilidad, distracción y alegría durante las sesiones, permitiéndoles afrontar de forma más positiva los procedimientos clínicos y la estancia hospitalaria. Estos resultados son coherentes con lo descrito por Fornfeldt et al. (2025), quienes afirman que la TAA favorece el bienestar emocional y reduce el estrés en pacientes pediátricos hospitalizados. Del mismo modo, Chubak et al. (2017) y Gilmer et

al. (2016) destacan que este tipo de intervenciones proporcionan una sensación de normalidad y distracción positiva dentro de un entorno altamente medicalizado.

Asimismo, la terapia actúa como facilitadora de la comunicación y la interacción social en un contexto caracterizado por el aislamiento prolongado. En este sentido, algunos profesionales describen que los pacientes muestran una actitud más participativa y receptiva tras las sesiones de terapia.

De forma relevante, los beneficios también se extienden al entorno familiar. Desde la perspectiva del cuidado transpersonal de Watson (1999), la experiencia terapéutica no se limita al paciente, sino que implica a su sistema de apoyo. En este sentido, los participantes destacan que observar el bienestar del menor genera alivio emocional en los cuidadores: “Eso no es una terapia solamente para el paciente, es una terapia para la familia también” (PS6) *“Además, ver ese rato disfrutar a mi hija, que pasa muy malos momentos, te da la vida, es genial”* (F2). Esta dimensión también ha sido descrita en la literatura, que señala la reducción de la ansiedad parental y la mejora de la experiencia hospitalaria familiar asociada a este tipo de intervenciones (McCullough et al., 2018).

Desde un análisis interpretativo, la TAA se consolida como una estrategia de respiro. Los hallazgos de este estudio no solo confirman la mejora de la experiencia hospitalaria descrita en la bibliografía general, sino que subrayan cómo el bienestar del cuidador actúa como un factor protector fundamental para el pronóstico del niño. Al observar esta retroalimentación positiva entre el menor y su familia, se valida que la TAA trasciende el concepto de complemento lúdico. En conclusión, la intensidad con la que los participantes perciben estos beneficios legitima la TAA como una intervención clínica que humaniza el modelo asistencial, transformándolo en un proceso de cuidado verdaderamente centrado en la persona y en la unidad familiar.

BENEFICIOS ORGÁNICOS	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“Quan el nen s'havia d'aixecar, si no es volia aixecar, hi havia un gos que anava a passejar i el nen s'aixecava, saps? El benefici és el menor temps d'estar a l'hospital”</i>	PS3
<i>“Facilita que prenguin la ingesta i les medicacions”</i>	PS4
<i>“Demuestran que tanto beneficio anímico, pero también a nivel físico, aporta bastante a niños con patología crónica de larga duración”</i>	PS5

<i>“Tanto a nivel orgánico, que modula nuestro pulso, las pulsaciones, los latidos, protege nuestro sistema cardiovascular, los niveles de cortisol”</i>	A2
<i>“Lo que pretende es reducir el nivel de cortisol, el nivel de estrés que a lo mejor puede estar sufriendo un niño, cuando se ve de repente inmerso en un proceso clínico, en un hospital, y su rutina y su vida normal está cortada”</i>	PS9
<i>“Yo estoy segura que si medimos el cortisol de un niño antes y después de la terapia canina, baja”</i>	F2

Tabla 6: Análisis de las entrevistas: beneficios orgánicos. Elaboración propia.

BENEFICIOS EMOCIONALES	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“Favorece el juego, mejora el estado emocional, ya que mientras están con los perritos, pues están contentos, están tranquilos” . “Les disminuye el estrés y la ansiedad”</i>	PS1
<i>“Le cambia completamente la cara y la forma de estar en el hospital y todo. Pero ya lo dicen los propios especialistas. Cuando están allí dicen: pero es que este niño no es el mismo”</i>	A1
<i>“Fomenta l'autoestima, et fa sentir competent i capaç, et redueix l'ansietat, et focalitza en el present..”</i>	PS4
<i>“Es que es vital, es que yo creo que es una herramienta que no es farmacológica, que ayuda a que un niño pueda estar tranquilo”</i>	PS6
<i>“Yo siempre digo, menos bolos de analgesia y sedación que se les pone a los niños, porque si ellos pueden estar distraídos con la terapia, eso también es una herramientas que tú tienes para evitar, la agitación, el estrés, porque uno no puede olvidar que son situaciones y ámbitos de muchísimo estrés”</i>	PS6
<i>“Ese contacto con ese animal les ayuda muchísimo a abrirse, les ayuda a relajarse, es un factor de reducción del estrés súper potente”</i>	A3
<i>“Todos quieren repetir, por lo tanto, la satisfacción es muy grande”</i>	PS7
<i>“Aparte es como un rato en que tú te evades de estar encerrada en un hospital, de pasarlo mal. Y el niño lo ves, súper receptivo, súper alegre, es como que desconecta y se evade”</i>	F1
<i>“Que un niño, a lo mejor de dos añitos, tú no lo sabes relajar. Y pues con los perros, lo hemos conseguido, la verdad”</i>	F1
<i>“Pueden tener un día muy malo y luego ese ratito donde llegan los perros, aunque sean 20 minutos para ellos es una luz, que se ve que desconectan de los demás y es como que todo lo anterior como que no ha pasado y ese rato que están con ellos desconectan, son felices”</i>	PS8

Tabla 7: Análisis de las entrevistas: beneficios emocionales. Elaboración propia.

BENEFICIOS SOCIALES	
APORTACIONES	INFORMANTE

<i>“Y estimula, por ejemplo, las habilidades comunicativas, potencia la capacidad de concentración, la empatía, el cuidarlos, el estar con ellos, pues siempre es positivo”</i>	PS1
<i>“Los niños que llevan mucho tiempo en el hospital están muy aislados, ósea no quieren casi empatizar con los demás niños y los perros facilitan mucho esto”</i>	A1
<i>“Yo sí que he visto mucho beneficio, a nivel de espontaneidad, a nivel de motivación, mucha adherencia al tratamiento”</i>	PS2
<i>“Facilita la col·laboració i augmenta la motivació, l'activitat...”</i>	PS3
<i>“La terapia con perros facilita la comunicación, la sociabilidad y ayuda a reducir el estrés”</i>	A3
<i>“Aparte el enlace que hace como el animal con el niño es como que tiene una conexión muy buena”</i>	F1

Tabla 8: Análisis de las entrevistas: beneficios sociales. Elaboración propia.

BENEFICIOS EN LA FAMILIA	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“Y cambian, la familia cambia completamente. En esas dos horas se evaden, o sea, son completamente diferentes”</i>	A1
<i>“És que l'ajuden en tot moment. L'ajuden a entrar a l'hospital, a recordar l'hospital, a veure el seu fill, ostres, que està gaudint, que està relaxat. Per tant, és que en molts aspectes la família s'empodera molt i, per tant, empodera el nen”</i>	PS4
<i>“Si ven a su hijo o a su hija, tocar al perro, sonreír, es que eso no es una terapia solamente para el paciente, es una terapia para la familia también”</i>	PS6
<i>“Cuando un niño que está en tratamiento médico recibe terapias de tipo lúdico que combinan el bienestar emocional con el físico y los beneficios de reducción de estrés y tal, los familiares yo creo que lo valoran enormemente. Para ellos es un momento de respiro familiar.”</i>	A3
<i>“Estos padres tienen muchísima ansiedad y cualquier cosa que ellos ven que ayude a su hijo a sobrellevar la situación, ellos también están muchísimo más tranquilos, muchísimo más contentos”</i>	PS7
<i>“Yo siempre lo digo, yo en las habitaciones tengo dos tipos de pacientes. Uno es el niño, el paciente oncológico, y otro es el padre, familiar, acompañante, que a ellos también hay que cuidarlos. Entonces, todo lo que sea positivo, o ver una sonrisa en su hijo, para ellos es la leche”</i>	PS8
<i>“El papá, cuando ve al niño tranquilo, relajado, disfrutando, incluso riéndose, el papá disfruta, se relaja, se tranquiliza, y bueno, entonces es un feedback que se retroalimenta”</i>	PS9

<i>“Hombre para mí también es un evento. Además, ver ese rato disfrutar a mi hija, que pasa muy malos momentos, te da la vida, es genial”</i>	F2
---	----

Tabla 9: Análisis de las entrevistas: beneficios en la familia. Elaboración propia.

5.2 RIESGOS E INCONVENIENTES DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES

En relación con los riesgos e inconvenientes de la Terapia Asistida con Animales (TAA), los resultados muestran una percepción ampliamente compartida en torno a su baja percepción de riesgo dentro del entorno hospitalario. Tanto los profesionales sanitarios como las familias coinciden en que, cuando la intervención se desarrolla bajo protocolos establecidos y medidas de control adecuadas, los riesgos asociados son mínimos o poco frecuentes.

Los participantes destacan especialmente la importancia de los controles veterinarios, las medidas higiénicas y la supervisión continua de los animales implicados en la intervención. Tal y como señala un informante: “Hombre pues yo creo que si se hace bien no existe ningún riesgo. Además, son perros que habrán pasado por veterinario, por los diferentes controles, vamos que todo está súper mirado aquí” (PS1). En este sentido, la percepción de seguridad parece estar estrechamente relacionada con la confianza generada por el propio entorno asistencial y por la protocolización de la actividad. Estos hallazgos reflejan la importancia de disponer de protocolos específicos y estructuras organizativas claras, tal y como señalan Berral (2017) y Castaño-peña et al. (2023).

No obstante, algunos participantes identifican determinadas situaciones que requieren una valoración individual previa, como la presencia de alergias, fobias o condiciones clínicas concretas, especialmente pacientes inmunodeprimidos o en situación de neutropenia, resultados que coinciden con los criterios de exclusión descritos por Grob y Rogers (2025). Aun así, estos aspectos no se describen como impedimentos absolutos para la intervención, sino como factores que precisan adaptación y seguimiento por parte del equipo sanitario.

Desde una perspectiva interpretativa, se observan diferencias en la forma en que profesionales y familias justifican la seguridad de la TAA. Mientras los profesionales fundamentan sus discursos en aspectos técnicos y organizativos, como protocolos o medidas de prevención, las familias tienden a construir esta percepción de seguridad a

partir de la experiencia vivida y de la confianza depositada en los profesionales y en la institución sanitaria.

En relación con la literatura científica, los hallazgos obtenidos coinciden con estudios previos que describen la TAA como una intervención segura cuando existe una adecuada protocolización y control sanitario. Algunos autores, como Bert et al. (2016), sí contemplan riesgos potenciales relacionados con infecciones, zoonosis o reacciones alérgicas; sin embargo, señalan que estos eventos son poco frecuentes y generalmente prevenibles mediante medidas de control específicas. En este sentido, la baja percepción de riesgo identificada en el presente estudio podría estar asociada a la correcta implementación de la intervención y con la confianza que esta genera tanto en profesionales como en familias.

Desde el ámbito enfermero, estos resultados ponen de manifiesto la importancia de la valoración individualizada y de la aplicación rigurosa de medidas de seguridad para garantizar una práctica segura y adaptada a las necesidades de cada paciente. Asimismo, refuerzan el papel de enfermería en la coordinación y supervisión de intervenciones centradas en la humanización de los cuidados.

RIESGOS E INCONVENIENTES	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>"Hombre pues yo creo que si se hace bien no existe ningún riesgo. Además, son perros que habrán pasado por veterinario, por los diferentes controles, vamos que todo está súper mirado aquí"</i>	PS1
<i>"Nosotros siempre tenemos en cuenta lo primero, alergias, y luego pues si hay algún tipo de fobia que no sea el objetivo de la intervención"</i>	PS2
<i>"I la prova és que en aquests 15 anys s'han fet com 90.000 interaccions descrites amb gossos, i de moment ,no hi ha hagut cap incidència negativa descrita"</i>	PS4
<i>"Pues salvo una fobia así desencadenada...Yo accidentes no he visto, relacionadas con el perro y respecto a zoonosis"</i>	A2
<i>"El riesgo sanitario está absolutamente controlado y minimizado"</i>	A3
<i>"Si está todo controlado, no existe ningún riesgo"</i>	PS7
<i>"No existe un riesgo como para que tu digas tiene un tanto por ciento en el que tengo que dudar si hacerlo o no. Existe, me atrevería a decir, total garantía de que no hay ningún problema"</i>	PS9

Tabla 10: Análisis de las entrevistas: riesgos e inconvenientes. Elaboración propia.

5.3 BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Los resultados obtenidos evidencian la existencia de múltiples barreras que dificultan la implementación de la Terapia Asistida con Animales (TAA) en las unidades de oncología pediátrica. Estas barreras se relacionan principalmente con aspectos normativos, organizativos, económicos y formativos, coincidiendo con las limitaciones descritas en la literatura científica revisada.

Una de las principales barreras identificadas por los participantes es la ausencia de una normativa estatal específica que regule de forma homogénea la implementación de la TAA en el ámbito hospitalario. Diversos profesionales señalan que esta falta de regulación genera incertidumbre en relación con los protocolos de actuación, los criterios de selección y las responsabilidades profesionales implicadas en las intervenciones. Estos resultados coinciden con Berral (2017), quien destaca que la regulación actual en España es dispersa y depende, en gran medida, de las normativas internas de cada centro sanitario. Asimismo, algunos participantes consideran que la ausencia de un marco normativo común dificulta la consolidación de la TAA como una intervención reconocida dentro de la práctica clínica habitual.

La escasa formación y el limitado conocimiento sobre la TAA también aparecen como obstáculos importantes para su implementación. Algunos participantes manifiestan que todavía existe una visión reduccionista de estas intervenciones, percibiéndose en ocasiones como actividades recreativas más que como terapias complementarias con objetivos clínicos definidos. Estos resultados coinciden con Moreira et al. (2016), quienes describen que la falta de formación y sensibilización del personal sanitario dificulta el reconocimiento profesional de la TAA y limita su integración en la práctica asistencial.

A nivel organizativo, los participantes destacan la falta de recursos materiales, humanos y económicos como una de las principales dificultades para mantener programas de TAA de forma continuada. Algunos profesionales señalan que la elevada carga asistencial y la falta de tiempo dificultan la coordinación de estas intervenciones dentro de la dinámica hospitalaria habitual. Del mismo modo, varios discursos mencionan la

dependencia de asociaciones externas o financiación privada para el desarrollo de los programas, lo que limita su estabilidad y continuidad en el tiempo.

Por otro lado, algunos participantes también identifican barreras culturales relacionadas con la resistencia al cambio y la falta de aceptación por parte de determinados profesionales sanitarios. En ciertos discursos se percibe una visión más tradicional de la asistencia sanitaria, donde las terapias complementarias todavía no son consideradas prioritarias dentro de los cuidados hospitalarios. Estas tensiones reflejan la coexistencia de discursos divergentes respecto al papel de la TAA en el ámbito clínico y ponen de manifiesto la necesidad de continuar generando evidencia científica y estrategias de sensibilización profesional.

Desde la perspectiva de la teoría del cuidado humano de Jean Watson, estas limitaciones adquieren una dimensión ética y asistencial relevante. Cuando las barreras organizativas, económicas y estructurales prevalecen sobre las necesidades del paciente, se debilita la posibilidad de generar un entorno terapéutico óptimo, entendido por Watson (1999) como un espacio de cuidado transpersonal, centrado en la dignidad, la relación y humanización de la atención. No obstante, muchos participantes coinciden en que estas limitaciones podrían reducirse mediante una mayor regulación, formación específica y apoyo institucional.

ORGANIZATIVAS	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“Quizás las infraestructuras que puede llevar cada hospital, y porque a lo mejor tampoco hay un equipo que lo coordine”</i>	PS1
<i>“Se tiene que legalizar, si ocurre cualquier accidente fortuito con estos animales tiene que estar asegurado, tiene que estar todo super legalizado”</i>	PS1
<i>“Requiere, pues lo primero de todo, una disposición absoluta por parte de la dirección y la organización del hospital y del servicio en el que estés”</i>	PS2
<i>“Cuando presentamos la primera vez el proyecto, al gerente del hospital no le gustaban los animales. Entonces ya sabíamos que no se iba a llevar a cabo”</i>	PS5
<i>“Pero también está toda la parte de que necesitas toda una estructura humana detrás”</i>	PS7
<i>“Esa infraestructura sí imposibilita”</i>	PS9

Tabla 11: Análisis de las entrevistas: barreras organizativas. Elaboración propia.

ECONÓMICAS	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“La mayoría son económicos. Sobre todo, aquí nosotros, por ejemplo, la Fundación Andrea es la que sufraga la totalidad de la terapia”</i>	A1
<i>“Porque claro, dependen de entidades como nosotros. Si nosotros por cualquier cosa no podemos sufragar esas terapias, pues se quedan sin ellas”</i>	A1
<i>“La parte económica, por supuesto, en los hospitales públicos es un factor que básicamente a nivel público es imposible”</i>	PS2
<i>“Jo penso que també que l'entitat trobi la manera de poder finançar això. És un dels grans hàndicaps”</i>	PS4
<i>“El problema era el dinero. Al ser una asociación, pues costaba mucho dinero implementar este proyecto en el hospital”</i>	PS5
<i>“Hombre, otra cosa negativa es que es un servicio que hay que pagar”</i>	A2

Tabla 12: Análisis de las entrevistas: barreras económicas. Elaboración propia.

CULTURALES	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“Lo que pasa es que necesitaríamos una formación”</i>	PS1
<i>“Entonces, claro, si hay un equipo médico que no tiene feeling con los animales, ahí ya vas a tener una traba”</i>	A1
<i>“De momento hay mucho desconocimiento a todo este tipo de intervenciones, entonces casi siempre tenemos que ser nosotros los que aportamos la información”</i>	PS2
<i>“Falta profesionalizar un poco más esto”</i>	PS2
<i>“Al principio, muchas veces, siempre hay cierta resistencia al cambio, y sobre todo cuando son cosas muy diferentes, novedosas, en las que se pone en duda cuál es la eficacia que tiene”</i>	PS6
<i>“Pues la profesionalización. Ahora mismo no hay ningún tipo de formación reglada al respecto”</i>	A2
<i>“Pero la verdad es que hay muchos desconocimientos, no hay protocolos. Es muy difícil encontrar un protocolo de cómo llevar el caso de un niño oncológico con animales”</i>	PS10

Tabla 13: Análisis de las entrevistas: barreras culturales. Elaboración propia.

5.4 FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Tras la realización de las entrevistas, los participantes identifican diferentes factores que facilitan la implementación de la terapia asistida con animales. Estos se relacionan principalmente con la actitud de los profesionales, la disponibilidad de recursos y el respaldo de la evidencia científica, creando un conjunto de elementos clave para el desarrollo en la práctica clínica.

En relación con la actitud profesional, los discursos reflejan que la motivación, la implicación y concienciación del equipo son aspectos fundamentales para impulsar este tipo de intervenciones. Tal y como señala uno de los informantes: *“Básicamente que la gente esté convencida de que esto le viene bien a nuestros pacientes, eso es fundamental”* (PS6). Estos hallazgos coinciden con el estudio de Correale et al. (2025), el cual refuerza que el conocimiento y la aceptación de la terapia por parte de los profesionales reduce la resistencia a su implementación y favorece su integración en la práctica clínica. En este sentido, destaca especialmente el papel de enfermería, ya que en algunos casos la iniciativa de implementación surge directamente de estos profesionales, reforzando su papel como agentes impulsores de este tipo de intervenciones.

Además, la existencia de redes de apoyo, como asociaciones y voluntariado, se percibe como un elemento facilitador importante, ya que contribuye a reducir la carga organizativa y económica de estos programas, como destaca uno de los participantes: *“Yo creo que de facilitadores es toda la estructura de asociaciones que tenemos y de voluntarios que hacen que el tema económico pues quizás sea más leve”* (PS7).

Por otro lado, la evidencia científica disponible se percibe como un factor clave para legitimar y consolidar la TAA dentro del sistema sanitario, especialmente en un contexto donde su desarrollo sigue siendo progresivo. Los participantes consideran que el creciente número de estudios que muestran beneficios emocionales, sociales y fisiológicos favorece el reconocimiento progresivo de la TAA como intervención complementaria.

En conjunto, estos factores pueden interpretarse como elementos interdependientes, donde la actitud profesional, el soporte estructural y la evidencia científica se retroalimentan para facilitar la implementación de la TAA. Esta visión puede comprenderse bajo el marco teórico de Jean Watson, quien destaca la importancia del

compromiso del profesional, el vínculo terapéutico y la creación de entornos asistenciales adecuados como base del cuidado humano (Watson, 1999). En este contexto, la TAA se alinea con una concepción del cuidado centrado en la persona, donde los aspectos relacionales y emocionales adquieren un papel central en la práctica clínica.

ACTITUD Y PREDISPOSICIÓN DE LOS PROFESIONALES	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“También es un factor que beneficia, la disposición de los profesionales y de las familias. Es cierto que, generalmente, hay mucha disposición, hay como mucha colaboración y hay muchas ganas”</i>	PS2
<i>“El que és important és que hi hagi un bon mètode darrere del treball de tots els professionals implicats. O sigui, tindre-ho tot ben protocol·litzat per garantir al màxim la seguretat de tots”</i>	PS4
<i>“Pues a nosotros nos ha facilitado mucho que el proyecto ha sido una demanda de enfermería”</i>	PS5
<i>“Es que al final este tipo de terapias es más fácil de que llegue si es una apuesta de los profesionales que están a pie de cama que si es de la propia dirección o institución”</i>	PS6

Tabla 14: Análisis de las entrevistas: facilitadores; Actitud y predisposición de los profesionales. Elaboración propia.

RECURSOS	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“Yo creo que de facilitadores es toda la estructura de asociaciones que tenemos y de voluntarios que hacen que el tema económico pues quizás sea más leve”</i>	PS7
<i>“Yo creo que es una cuestión de dinero. Una cuestión de dinero y a lo mejor de alguien que sea responsable de organizarlo. Porque evidentemente en un hospital público no va a contratar a una persona para que se dedique a dirigir ese tipo de eventos”</i>	F2

Tabla 15: Análisis de las entrevistas: facilitadores; Recursos. Elaboración propia.

EVIDENCIA CIENTÍFICA	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“Que funciona. És evident que funciona i que cada cop hi ha més sensibilitat dels beneficis de la relació humà-animal, cada cop hi ha més bibliografia que parla d'això. I penso que en això hem evolucionat molt positivament, però a nivell mundial”</i>	PS4

<i>“Hay bibliografía suficiente para saber que el contacto con animales y por qué se eligen los perros, porque son por su propia naturaleza, son animales más sociales, entienden como los gestos humanos y la mirada y los sentimientos y emociones”</i>	PS9
---	-----

Tabla 16: Análisis de las entrevistas: facilitadores; Evidencia científica. Elaboración propia.

5.5 ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Los resultados obtenidos muestran que la implementación de la TAA en el ámbito hospitalario requiere una atención especial a los aspectos éticos y de seguridad. Los participantes destacan la importancia del bienestar animal, el respeto a la autonomía del paciente mediante el consentimiento informado y la existencia de protocolos sanitarios que garanticen una intervención segura. Estos resultados coinciden con la bibliografía existente, que subraya la necesidad de aplicar marcos estructurados que aseguren tanto la seguridad del paciente como del animal en estas intervenciones (Berral, 2017).

Además, estos hallazgos pueden interpretarse desde la teoría del cuidado humano de Jean Watson, que concibe el cuidado como un proceso integral basado en el respeto, la dignidad, la relación terapéutica y la responsabilidad ética del profesional, defendiendo una visión holística del cuidado (Watson, 1999). Por ello, la dimensión humana y relacional es tan importante como la dimensión técnica, lo que permite comprender la importancia de los aspectos ético-legales en la práctica clínica.

ASPECTOS ÉTICOS	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“Como profesionales de intervenciones asistidas, lo que hacemos es mirar por el bienestar animal. Entonces nosotros hacemos una evaluación también de cada sesión, de cómo empieza el animal y cómo termina”</i>	PS2
<i>“Es un proyecto que es voluntario. Los niños y las familias tienen que querer primero y luego tienen que consentir, es decir, tienen que firmar un consentimiento por escrito donde se les explique el proyecto y los riesgos que puede haber, aunque sean mínimos”</i>	PS5
<i>“Y previamente se le preguntaba al padre o a la madre, ¿no? Si querían que entraran los perros. Y firmaban un consentimiento informado”</i>	PS6

Tabla 17: Análisis de las entrevistas: aspectos éticos. Elaboración propia.

PROTOCOLOS DE SEGURIDAD

APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“Hay un protocolo también de medicina preventiva, estos perros son de terapia y antes de subir al hospital son desinfectados, bañados, etc.”</i>	A1
<i>“Todos los perros que participan en programas tienen un protocolo, o sea, tenemos que pasar cada X meses, unos controles veterinarios. Y se les hace un protocolo de zoonosis”</i>	PS2
<i>“Nosotros siempre vimos claro cuando lo implementamos que tenía que ser bajo la supervisión y el consentimiento de medicina preventiva y evidentemente autorizado por la dirección del hospital”.</i>	PS6
<i>“Sé que son perros sanos, que están bien cuidados, bien alimentados...O sea, saben las normas una vez que llegan al hospital, cómo tienen que hacer, el no hacer ruido, etc”</i>	PS8

Tabla 18: Análisis de las entrevistas: protocolos de seguridad. Elaboración propia.

5.6 HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO

El análisis de las entrevistas refleja de forma consistente que la TAA es percibida como un elemento clave en la humanización de los cuidados en el entorno hospitalario, especialmente en el ámbito de la oncología pediátrica. En este contexto, la humanización se entiende como un enfoque asistencial que sitúa a la persona en el centro del cuidado, integrando dimensiones emocionales, relacionales y sociales que van más allá de la atención puramente clínica.

De acuerdo con artículos recientes, la humanización en la atención sanitaria implica promover experiencias de cuidado más cercanas, empáticas y significativas, especialmente si hacemos referencia a unidades pediátricas, donde el impacto emocional es más elevado (Gutiérrez Fernández, 2025). Por ello, las intervenciones complementarias como la TAA han demostrado contribuir a la reducción del estrés, la mejora del bienestar emocional y la creación de entornos hospitalarios más acogedores.

Los discursos analizados muestran que la presencia de animales en el entorno hospitalario favorece a que la experiencia de cuidado sea más cercana y humana: *“Humaniza los cuidados cien por cien”* (A1). *Es una de las piezas clave que nosotros tenemos, la terapia canina, contribuye muchísimo a desestresar, bajar el cortisol, por tanto, a la relajación del paciente y directamente proporcional a sentirse más a gusto,*

más tranquilo, sentir que te están cuidando y recuperar un poco dentro de lo que cabe la rutina, la normalidad” (PS9).

Estos descubrimientos pueden relacionarse con la teoría de cuidado humano de Watson, ya que la humanización no se limita a la mejora del entorno físico, sino que implica la creación de relaciones de cuidado auténticas basadas en la empatía, la presencia y la conexión significativa entre el cuidador y el paciente. Por ello, esta terapia puede entenderse como una herramienta facilitadora de este tipo de cuidado, promoviendo experiencias que favorecen el bienestar emocional y fortalecen el vínculo terapéutico, de acuerdo con el PS10: *“El contacto con animales hace que salga lo mejor del hombre, porque es como una relación especial, diferente a la de entre personas”.*

HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“Ya te digo que sí, los perros son como parte de la familia y tenemos niños ingresados muchos meses que no los pueden tener”</i>	PS1
<i>“Qué curioso, ¿eh? Que el animal aporte humanización. Pues sí. Claramente. Lo pienso. Bueno, lo pienso y lo veo, ¿eh? Y lo vivo.”</i>	PS2
<i>“Com que hi ha una part molt gran d'humanització, jo crec que el benefici principal és la humanització dins de l'hospital”</i>	PS3
<i>“Todas las terapias de tipo lúdico humanizan porque mejoran la calidad de vida”</i>	A3
<i>“Sí, bueno yo creo que es uno de los pilares de la humanización y que podría hacerse más”</i>	PS7
<i>“Porque es que en el hospital no dejas de estar allí en alerta, con miedo, con dolores. Y esos ratitos, pues como que te olvidas de todo”</i>	F1
<i>“Todo lo que sea sacar una sonrisa a un niño, el estar un rato pendiente y jugando, es positivo. Sobre todo, en nuestro ámbito. Sí”</i>	PS8
<i>“Sí, totalmente. Es una de las piezas clave que nosotros tenemos, la terapia canina, porque realmente lo que te digo, contribuye muchísimo a desestresar, bajar el cortisol, por tanto, a la relajación del paciente y directamente proporcional a sentirse más a gusto, más tranquilo, sentir que te están cuidando y recuperar un poco dentro de lo que cabe la rutina, la normalidad”</i>	PS9
<i>“El contacto con animales hace que salga lo mejor del hombre, porque es como una relación especial, diferente a la de entre personas”</i>	PS10

Tabla 19: Análisis de las entrevistas: humanización del cuidado. Elaboración propia.

5.7 PROPUESTAS DE MEJORA

A partir del análisis de las entrevistas realizadas, se identifican diversas propuestas orientadas a favorecer la implementación y consolidación de la TAA en el contexto de la oncología pediátrica. Estas aportaciones formuladas por los participantes permiten identificar no solo las necesidades actuales del sistema sanitario, sino también posibles líneas estratégicas de desarrollo futuro.

En relación con ello, los discursos analizados reflejan la necesidad de avanzar hacia una mayor estructuración de la TAA en los hospitales, proponiendo la creación de equipos específicos encargados de la coordinación: *“Pues a mí me parece que el hospital o los hospitales deberían de tener un grupo de profesionales desde dentro (PS2)”*. Esta percepción coincide con la literatura científica, que señala que la ausencia de estructuras organizativas y protocolos definidos constituye una de las principales barreras para la implementación de programas de TAA en el ámbito hospitalario (Dalton et al., 2021).

Asimismo, la formación de los profesionales constituye un aspecto clave: *“Creo que un pilar fundamental es que la gente también se forme en terapia asistida con animales como un tipo de terapia más” (PS5)*. Este hallazgo refleja la necesidad de incorporar conocimientos específicos sobre la TAA dentro de la formación sanitaria, especialmente en enfermería, debido a su papel central en el acompañamiento y cuidado continuo del paciente pediátrico oncológico. Además, la falta de formación ha sido ampliamente señalada en la literatura como un factor que condiciona la inseguridad profesional y las resistencias institucionales hacia este tipo de intervenciones (Correale et al., 2025).

Por otro lado, también se identifican diversas propuestas relacionadas con la institucionalización de la TAA, como su inclusión en la cartera de servicios del sistema sanitario o el desarrollo de marcos normativos específicos, facilitando una implementación más equitativa entre los distintos hospitales del sistema sanitario español.

En conjunto, estas propuestas reflejan la necesidad de avanzar hacia un modelo asistencial más estructurado, humanizado y basado en la evidencia, que permita la integración real de la TAA en la práctica clínica.

PROPUESTAS DE MEJORA	
APORTACIONES	INFORMANTE
<i>“Home, seria fantàstic que es fes una llei i que hi hagi més divulgació i formació”</i>	PS4
<i>“Creo que un pilar fundamental es que la gente también se forme en terapia asistida con animales como un tipo de terapia más”</i>	PS5
<i>“Mira, yo creo que quizá, para que se pudiera implantar bien con recursos adecuados y que pudiera ser una terapia más a la que poder acceder, ¿no?, a través del sistema sanitario, se podría intentar implementar para meterla en la cartelera de servicios de salud, por ejemplo”</i>	PS7
<i>“Ampliarlo a otros pacientes, ampliar la población diana”</i>	PS9
<i>“Yo creo que, pues propondría, que hicieran otros tipos de actividades, como, por ejemplo, pasear un poquito más, que los pudieran pasear por los pasillos, o por ejemplo, ahora que empieza el buen tiempo, pues quizás hay niños que sí que pueden ir a la calle, pues quizás a lo mejor”</i>	F1
<i>“Entonces creo que quizás lo pueden explicar un poquito más, para quitar este miedo, ¿no? y para que las familias sean más cercanas a esto, porque hay muchas familias que tampoco lo conocen”</i>	F1
<i>“Hacer grupos de casos y controles, y hacer un grupito reducido, a ver si se nota que los niños están mejor, y empezar muy poco a poco”</i>	PS10

Tabla 20: Análisis de las entrevistas: propuestas de mejora. Elaboración propia.

6. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran que la terapia asistida con animales (TAA) es percibida por los participantes como una intervención con un valor relevante en el ámbito de la oncología pediátrica, especialmente en lo que respecta a la dimensión emocional y en la relación del paciente con su entorno. Más allá de sus posibles beneficios clínicos, destaca su capacidad para mejorar la experiencia hospitalaria del niño y su familia, contribuyendo a una vivencia más humanizada del proceso asistencial.

No obstante, pese a esta valoración positiva, la implementación de la TAA continúa siendo limitada y desigual, lo que pone de manifiesto que su desarrollo no depende únicamente de su eficacia percibida, sino también de factores organizativos, formativos e institucionales. En ese contexto, el papel de los profesionales sanitarios, especialmente enfermería, resulta fundamental tanto para impulsar como para integrar este tipo de intervenciones en la práctica clínica habitual.

Del mismo modo, se identifican diversos factores facilitadores, como la implicación de los profesionales, la existencia de redes de apoyo y el respaldo de la evidencia científica, que favorecen su integración en la práctica clínica. En cuanto a los posibles riesgos, estos no se consideran una barrera relevante, ya que pueden ser controlados mediante una adecuada protocolización y una correcta selección de los pacientes, lo que refuerza su viabilidad.

En términos generales, la TAA cobra importancia como una herramienta de humanización del cuidado, al favorecer momentos de conexión emocional, el bienestar y cierta normalidad dentro de un entorno hospitalario marcado por la interrupción de la cotidianidad. Este enfoque se alinea con el modelo del cuidado humano de Jean Watson, que destaca la importancia de la relación terapéutica, la empatía y el cuidado centrado en la persona.

En definitiva, la TAA no solo complementa el tratamiento, sino que redefine el concepto de cuidado en oncología pediátrica, orientándolo hacia un enfoque más humano, integral y centrado en la persona. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de avanzar hacia modelos asistenciales más humanizados e integradores dentro de la oncología pediátrica.

7. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En relación con las limitaciones del presente estudio, es importante tener en cuenta que el tamaño muestral es reducido, lo que puede condicionar la transferibilidad de los resultados a otros contextos hospitalarios. Esto se debe principalmente a las dificultades encontradas para la captación de participantes y la coordinación de los horarios de las entrevistas, lo que ha limitado una mayor amplitud y diversidad en la recogida de información. Como consecuencia, algunas experiencias y perspectivas relevantes podrían no haber sido representadas, lo que limita la extrapolación de los hallazgos a otras realidades clínicas.

Asimismo, debe considerarse la posible existencia de sesgo de selección, ya que la participación fue voluntaria y dependió de la disponibilidad y predisposición de los informantes. Esto pudo haber favorecido la inclusión de participantes con una visión especialmente favorable o un mayor interés hacia la TAA, influyendo potencialmente en el tono positivo de los resultados obtenidos.

Otra limitación a tener en cuenta es la heterogeneidad y distribución desigual de la muestra, dado que la perspectiva de los profesionales sanitarios es predominante frente a la de familias y asociaciones. Esta desproporción puede restringir una visión más global del fenómeno estudiado, al no reflejar con la misma profundidad las experiencias y necesidades de todos los agentes implicados. Además, la diversidad de perfiles profesionales y experiencias previas con la TAA puede haber condicionado diferencias en la percepción y valoración de esta intervención, dificultando la obtención de resultados homogéneos.

Por otro lado, al tratarse de un estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas, los resultados están sujetos a la interpretación de las investigadoras, lo que implica cierto grado de subjetividad inherente al proceso de análisis, a pesar de haber seguido el modelo de Taylor y Bogdan⁵. Esta subjetividad puede influir en la categorización e interpretación de los discursos, condicionando parcialmente la construcción de los resultados finales.

⁵ El modelo de Taylor y Bogdan permite estructurar el análisis de forma sistemática y rigurosa, mejorando la organización y transparencia del proceso, aunque no elimina la subjetividad propia de la investigación cualitativa.

No obstante, pese a estas limitaciones, el estudio aporta una aproximación relevante y actual a la situación de la TAA en oncología pediátrica, ofreciendo información útil para su comprensión y desarrollo futuro.

A partir de estas limitaciones identificadas, se proponen diversas líneas de mejora orientadas a favorecer la implementación y consolidación de la terapia asistida con animales (TAA) en este ámbito.

En primer lugar, se considera necesaria la creación de programas o unidades específicas de terapias humanizadoras dentro de los hospitales, que integren la TAA junto con otras intervenciones complementarias. De este modo, se favorecería una mayor organización y continuidad en su aplicación, evitando su dependencia de iniciativas puntuales.

De manera complementaria, sería recomendable el desarrollo de proyectos piloto a nivel nacional en los hospitales de referencia, con protocolos comunes que permitan evaluar de forma homogénea los resultados obtenidos. Esta estrategia contribuiría a generar evidencia científica sólida y facilitaría su posible incorporación en la cartera de servicios del sistema sanitario. Por ello, hemos considerado necesario desarrollar una propuesta básica de protocolo de implementación orientada a favorecer una integración estructurada, segura y homogénea de la TAA en las unidades de oncología pediátrica.

Este protocolo se organiza en diferentes fases. En primer lugar, una fase de planificación centrada en la creación de equipos multidisciplinares (incluyendo enfermería), la coordinación con entidades especializadas en TAA y la revisión de aspectos éticos y organizativos. Posteriormente, una fase de selección en la que se establecen criterios de inclusión y exclusión de pacientes, así como requisitos sanitarios para los animales participantes.

La siguiente fase corresponde a la implementación de la intervención, mediante sesiones programadas, ya sea individuales o grupales, adaptadas a las necesidades clínicas y emocionales del paciente pediátrico. Asimismo, se propone una fase de evaluación basada en la valoración de variables como la ansiedad, el bienestar emocional y la satisfacción de familias y profesionales, mediante el uso de herramientas

validadas. Finalmente, se incluye una fase de seguimiento y mejora continua orientada a la revisión periódica del programa y a la actualización de los procedimientos establecidos.

Además, se plantea un algoritmo básico de actuación que facilite la toma de decisiones en la práctica clínica, incluyendo la identificación de los candidatos a participar en la terapia, la valoración clínica previa, la comprobación de criterios de inclusión y exclusión, la obtención del consentimiento informado, la realización de la evaluación de resultados [\(Anexo 9\)](#).

Por otra parte, sería relevante fomentar la formación del personal de enfermería, dado su papel central en el cuidado continuo del paciente y su mayor contacto directo con el niño y la familia. De este modo, su capacitación permitiría no solo una mejor integración de la TAA en la práctica clínica diaria, sino también la posibilidad de que pudieran participar activamente en su implementación, favoreciendo una atención más cercana, humanizada y coherente con las necesidades del paciente pediátrico.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Anta, L. (2021). *El impacto psicosocial de la enfermedad oncológica en los niños y sus familiares* [Trabajo de Fin de Grado, Facultad de Enfermería y Fisioterapia].
- Ben-Aderet, M. A., Louis, S., Grein, J. D., Beekmann, S. E., Polgreen, P. M., & Uslan, D. Z. (2024). A survey of infection prevention and animal assisted activity policies in healthcare facilities - United States, 2023. *American Journal of Infection Control*, 52(12), 1460. <https://doi.org/10.1016/J.AJIC.2024.06.024>
- Berral, S. (2017). *Aspectos a tener en cuenta en la implantación de un programa de terapia asistida por animales en pediatría en un hospital*. *Medicina Veterinaria*, 9(1), 52. https://ddd.uab.cat/pub/da/da_a2018v9n1/da_a2018v9n1p52.pdf
- Bodgan, R., & Taylor, S. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Paidós. https://www.academia.edu/17631931/Taylor_Bogdan_observacion_part
- Cara, C. M., Nyberg, J. J., & Brousseau, S. (2011). Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), 6–14. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0B013E3182048C10>
- Cardoso, L. S., Mendonça, E. T., Prado, M. R. M. C. do, Matos, R. A. de, Andrade, J. V., Cardoso, L. S., Mendonça, E. T., Prado, M. R. M. C. do, Matos, R. A. de, & Andrade, J. V. (2021). El cuidado humanizado en oncología pediátrica y la aplicación del juego por la enfermería. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 40(40), 2511–4775. <https://doi.org/10.15517/REVENF.V0I40.43284>
- Carreño, S., Chaparro, L., & López, R. (2017). Intervenciones en cuidadores familiares de niños con cáncer. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 33-37. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100010#bajo

- Castaño-Peña, V., Hernández-Pulido, D., & Moreno-Orozco, M. I. (2023). Propuesta para desarrollo e instauración de un protocolo sanitario para caninos de terapia asistida intrahospitalaria. *Revista RETO*, 10(1), 44. <https://doi.org/10.23850/reto>
- Cavalli, C., Carballo, F., & Bentosela, M. (2020). Intervenciones Asistidas por Animales: Alcances, desafíos y limitaciones. *Calidad de Vida y Salud*, 13(Especial), 32–61. <https://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/279>
- Chubak, J., Hawkes, R., Dudzik, C., Foose-Foster, J. M., Eaton, L., Johnson, R. H., & Macpherson, C. F. (2017). Pilot study of therapy dog visits for inpatient youth with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(5), 331–341. <https://doi.org/10.1177/1043454217712983>
- Contreras-De-la-fuente, H. S., & Castillo-Arcos, L. D. C. (2016). Fenomenología: Una visión investigativa para enfermería. *Cultura de Los Cuidados*, 20(44), 15–24. <https://doi.org/10.14198/CUID.2016.44.02>
- Correale, C., Orlando, S., Borgi, M., Gentile, S., & Cappelletti, S. (2025). Animal-assisted interventions in paediatric hospitals: An investigation of italian healthcare personnel attitudes. *Children*, 12(3), Artículo 352. <https://doi.org/10.3390/CHILDREN12030352>
- Coveña Itriago, L. M. (2024). *Calidad del cuidado de enfermería al paciente pediátrico oncológico: revisión bibliográfica* [Trabajo de fin de máster, Universidad Regional Autónoma de los Andes]. Repositorio Institucional UNIANDES. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18345>
- Da Silva Santa, I. N., Schweitzer, M. C., dos Santos, M. L. B. M., Ghelman, R., & Filho, V. O. (2021). Music interventions in pediatric oncology: Systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 59. <https://doi.org/10.1016/J.CTIM.2021.102725>
- Dalton, K. R., Altekruze, W., Campbell, P., Ruble, K., Carroll, K. C., Roland J Thorpe, J., Agnew, J., & Davis, M. F. (2022). Perceptions and practices of key worker stakeholder groups in hospital animal-assisted intervention programs on occupational benefits and perceived risks. *People and Animals: The International Journal of Research and Practice*, 5(1), Artículo 4. <https://doi.org/10.62845/yc5qpcm>

- Dalton, K. R., Campbell, P., Altekruuse, W., Thorpe, R. J., Agnew, J., Ruble, K., Carroll, K. C., & Davis, M. F. (2021). A conceptual framework to address administrative and infection control barriers for animal-assisted intervention programs in healthcare facilities: Perspectives from a qualitative study. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 43(4), 1-9. <https://doi.org/10.1017/ICE.2021.24>
- Degiorgio, L., Fleitas, C., Maguiña, C., Rodríguez, M., Fleitas, S., & Sarquis, J. A. (2023). Vista de Terapias asistidas con animales en el ámbito ambulatorio. *Signos médicos*, 13(1) <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/sigme/es/article/view/13068/18074>
- Doan, T., Pennewitt, D., & Patel, R. (2023). Animal assisted therapy in pediatric mental health conditions: A review. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 53(12). <https://doi.org/10.1016/J.CPPEDS.2023.101506>
- Elida, D., & Guillen, F. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201–229. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Fornefeld, D., Zellin, U., Schmidt, P., & Fricke, O. (2025). The supporting role of dogs in the inpatient setting: a systematic review of the therapeutic effects of animal-assisted therapy with dogs for children and adolescents in an inpatient setting. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(1), 3–17. <https://doi.org/10.1007/S00787-023-02326-1>
- Fukuhara, J. S., O'Haver, J., Proudfoot, J. A., Spies, J. M., & Kuo, D. J. (2020). Yoga as a complementary and alternative therapy in children with hematologic and oncologic disease. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 37(4), 278–283. <https://doi.org/10.1177/1043454220909787>
- Geagea, D., Tyack, Z., Kimble, R., Polito, V., Ayoub, B., Terhune, D. B., & Griffin, B. (2023). Clinical hypnosis for procedural pain and distress in children: A scoping review. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 24(6), 661–702. <https://doi.org/10.1093/PM/PNAC186>
- Gilmer, M. J., Baudino, M. N., Tielsch Goddard, A., Vickers, D. C., & Akard, T. F. (2016). Animal-assisted therapy in pediatric palliative care. *The Nursing Clinics of North America*, 51(3), 381–395. <https://doi.org/10.1016/J.CNUR.2016.05.007>

- Grob, G., & Rogers, M. (2025). Defining safety standards for animal-assisted therapy in pediatric oncology: a focus on neutropenic patients. *World Journal of Pediatrics : WJP*, 21(3), 213–215. <https://doi.org/10.1007/S12519-025-00887-6>
- Gutiérrez Fernández, R. (2025). Humanización de (en) la asistencia sanitaria. *RIECS: Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 10(1), 37–45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10214098>
- Jerez, C., Ullán, A. M., & Lázaro, J. J. (2016). Reliability and validity of the Spanish version of the modified Yale Preoperative Anxiety Scale. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)*, 63(6), 320–326. <https://doi.org/10.1016/J.REDARE.2016.02.001>
- López-Fernández, E., Palacios-Cuesta, A., Rodríguez-Martínez, A., Olmedilla-Jodar, M., Fernández-Andrade, R., Mediavilla-Fernández, R., Sánchez-Díaz, J. I., & Máximo-Bocanegra, N. (2024). Implementation feasibility of animal-assisted therapy in a pediatric intensive care unit: effectiveness on reduction of pain, fear, and anxiety. *European Journal of Pediatrics*, 183(2), 843–851. <https://doi.org/10.1007/S00431-023-05284-7>
- Mahoney, A. B., Akard, T. F., Cowfer, B. A., Dietrich, M. S., Newton, J. L., & Gilmer, M. J. (2024a). Impact of animal-assisted interaction on anxiety in children with advanced cancer and their caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 27(1), 75–82. <https://doi.org/10.1089/JPM.2023.0091>
- McCullough, A., Ruehrdanz, A., Jenkins, M. A., Gilmer, M. J., Olson, J., Pawar, A., Holley, L., Sierra-Rivera, S., Linder, D. E., Pichette, D., Grossman, N. J., Hellman, C., Guérin, N. A., & O'Haire, M. E. (2018). *Measuring the effects of an animal-assisted intervention for pediatric oncology patients and their parents: A multisite randomized controlled trial*. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 35(3), 159–177. <https://doi.org/10.1177/1043454217748586>
- Moreira, R. L., Gubert, F. do A., Sabino, L. M. M. de, Benevides, J. L., Tomé, M. A. B. G., Martins, M. C., & Brito, M. de A. (2016). Assisted therapy with dogs in pediatric oncology: relatives' and nurses'

- perceptions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1188–1194.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0243>
- Moro, L., & González, M. (2022). *La atención humanizada en el cuidado del paciente oncológico*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Salamanca]. Repositorio Gredos. <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/165957/Moro%20y%20Gonza%cc%81lez%2c%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 - Morrow, M. (2014). *Caring science, mindful practice: Implementing Watson's human caring theory* [Review of the book *Caring science, mindful practice*, by K. Sitzman & J. Watson]. *Nursing Science Quarterly*, 27(3), 263–264. <https://doi.org/10.1177/0894318414534468>
 - Noreña-Peña, A. (2024). Qualitative research as a fundamental methodological approach in health sciences research. *MedUNAB*, 27(2), 126–130. <https://doi.org/10.29375/01237047.5318>
 - Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). https://doi.org/10.1177/1609406917733847/ASSET/E3E580C8-AF29-4F8E-A810-D37473EEEE85/ASSETS/IMAGES/LARGE/10.1177_1609406917733847-FIG4.JPG
 - Organización Mundial de la Salud. (2025, 4 de febrero). *Cáncer infantil*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
 - Ramdaniati, S., Lismidiati, W., Haryanti, F., & Sitaresmi, M. N. (2023). The effectiveness of play therapy in children with leukemia: A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, 7–21. <https://doi.org/10.1016/J.PEDN.2023.08.003>
 - Registro Estatal de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). (2024). *Situación del cáncer infantil en España*. Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas.
 - Rodríguez, A., Valdez, L., Vega, J., & Gómez, W. (2022, May 24). Vista de Cáncer infantil: lo que debemos saber. *Ciencia y Salud*, 6(2), 15-22. <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/2852/3270>

- Romero-Romero, L., & Patiño Gonzalez, V. E. (2021). ¿Qué es el cáncer?. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 64(2), 47-53.
- Silva, N. B., & Osório, F. L. (2018). Impact of an animal-assisted therapy programme on physiological and psychosocial variables of paediatric oncology patients. *PLOS ONE*, 13(4), e0194731. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194731>
- Steff, K., Grasemann, M., Ostermann, K., Goretzki, C., Rath, P.-M., Reinhardt, D., & Schündeln, M. M. (2024). Feasibility, efficacy, and safety of animal-assisted activities with visiting dogs in inpatient pediatric oncology. *World Journal of Pediatrics*, 20, 915–924. <https://doi.org/10.1007/s12519-024-00829-8>
- Uglow, L. S. (2019). The benefits of an animal-assisted intervention service to patients and staff at a children's hospital. *British Journal of Nursing*, 28(8), 509–515. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.8.509>
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. University of Colorado Health Sciences Center. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ygF-bw6lRxwC>
- Winkle, M., Johnson, A., & Mills, D. (2020). Dog Welfare, Well-Being and Behavior: Considerations for Selection, Evaluation and Suitability for Animal-Assisted Therapy. *Animals: An Open Access Journal from MDPI*, 10(11), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ANI10112188>
- Yap, E., Scheinberg, A., & Williams, K. (2017). Attitudes to and beliefs about animal assisted therapy for children with disabilities. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 26, 47–52. <https://doi.org/10.1016/J.CTCP.2016.11.009>

9. ANNEXOS

ANEXO 1: MAPA DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES CON UNIDAD DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA



Ilustración 3: Mapa de los hospitales de España que tienen unidad de oncohematología pediátrica. Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). (2023). Informe estadístico del cáncer infantil en España, 1980–2023. Universitat de València.

ANEXO 2: MAPA DE LAS COMUNIDADES ENTREVISTADAS



Ilustración 4: Mapa de las comunidades entrevistadas. Elaboración propia.

ANEXO 3: GUION ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A PROFESIONALES Y ASOCIACIONES

Somos Paloma Marqués y Neyda López, estudiantes de 4º de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Estamos realizando nuestro Trabajo de Fin de Grado, tal y como ya se ha explicado en la hoja de información.

El objetivo de este estudio es analizar el estado de implementación, así como los facilitadores y barreras existentes para la implementación de la terapia asistida con animales como terapia complementaria en los hospitales con unidades de oncología pediátrica en España.

Por este motivo, hemos considerado realizar esta entrevista con el fin de conocer su experiencia y opinión profesional, contrastarla con la de otros especialistas y recoger aportaciones que puedan ser de utilidad para futuras iniciativas.

Datos sociodemográficos

- Nombre (anónimo):
- Profesión:
- Centro hospitalario:
- Tipo de unidad:
- Años de experiencia profesional:

Bloque 1. Conocimiento y experiencia

1. ¿Qué conocimiento tiene sobre la terapia asistida con animales (TAA)?
2. ¿Ha tenido alguna experiencia previa con la TAA, ya sea directa o indirecta? En caso afirmativo, ¿podría describirla brevemente?

Bloque 2. Percepción de beneficios y riesgos

3. Desde su punto de vista profesional, ¿qué beneficios cree que puede aportar la TAA en pacientes oncológicos pediátricos?
4. ¿Considera que existen riesgos o inconvenientes asociados a su aplicación?
¿Cuáles?

Bloque 3. Estado de implementación

5. En su centro, ¿la TAA está implementada o se ha planteado alguna vez su implementación?
6. A nivel general, ¿cómo describiría el estado actual de implementación de la TAA en hospitales con oncología pediátrica en España?

Bloque 4. Barreras y facilitadores

7. ¿Qué factores cree que dificultan la implementación de la TAA en este contexto (organizativos, económicos, formativos, institucionales, culturales, etc.)?
8. Por el contrario, ¿qué factores considera que podrían facilitar su implementación?
9. ¿Cree que la actitud y predisposición de los profesionales sanitarios influye en la puesta en marcha de este tipo de terapias? ¿De qué manera?

Bloque 5. Formación y aspectos éticos

10. ¿Considera que los profesionales cuentan con la formación necesaria para aplicar la TAA? ¿Qué tipo de formación sería necesaria?
11. Desde su punto de vista, ¿existen aspectos éticos, legales o de seguridad que deban tenerse especialmente en cuenta?

Bloque 6. Derechos del niño y humanización del cuidado

12. Desde su punto de vista, ¿cree que la terapia asistida con animales puede contribuir a la humanización de los cuidados en oncología pediátrica? ¿De qué manera?

Bloque 7. Propuestas de mejora

13. ¿Qué propuestas o estrategias sugeriría para mejorar o favorecer la implementación de la TAA en oncología pediátrica?

Cierre

14. ¿Considera que hay algún otro aspecto relevante que no hayamos tratado y que le gustaría añadir?

ANEXO 4: GUION ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A FAMILIAS

Somos Paloma Marqués y Neyda López, estudiantes de 4º de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Estamos realizando nuestro Trabajo de Fin de Grado, tal y como ya se ha explicado en la hoja de información.

El objetivo de este estudio es analizar el estado de implementación, así como los facilitadores y barreras existentes para la implementación de la terapia asistida con animales como terapia complementaria en los hospitales con unidades de oncología pediátrica en España.

Por este motivo, hemos considerado realizar esta entrevista con el fin de conocer su experiencia y opinión profesional, contrastarla con la de otros especialistas y recoger aportaciones que puedan ser de utilidad para futuras iniciativas.

Datos

- Nombre (anónimo):
- Diagnóstico del paciente:
- Edad del paciente:
- Hospital de referencia:

Bloque 1. Conocimiento y experiencia

1. ¿Qué conoce sobre la terapia asistida con animales?
2. ¿Ha tenido su hijo/a alguna experiencia con este tipo de terapia? En caso afirmativo, ¿cómo la describiría?

Bloque 2. Percepción de beneficios y riesgos

3. Según su experiencia, ¿qué beneficios cree que puede tener la TAA para su hijo/a?
4. ¿Percibe algún riesgo, miedo o aspecto negativo relacionado con este tipo de terapia?

Bloque 3. Implementación

5. En su hospital, ¿se ofrece actualmente la TAA o se ha planteado alguna vez?
6. ¿Cree que debería estar más presente en los hospitales? ¿Por qué?

Bloque 4. Barreras y facilitadores

7. ¿Qué cree que dificulta que esta terapia se implemente de forma habitual en los hospitales?
8. ¿Qué cree que podría facilitar su implementación?

Bloque 5. Aspectos prácticos

9. ¿Cree que sería necesario algún tipo de información, consentimiento o preparación previa antes de participar en la TAA?
10. ¿Qué mejoras propondría para que este tipo de terapias se desarrollen de forma adecuada?

Bloque 6. Derechos del niño y humanización

11. ¿Cree que la terapia asistida con animales puede ayudar a que la hospitalización sea una experiencia **más humana y menos estresante** para su hijo/a?
12. ¿Le parecería importante que los hospitales incorporaran más iniciativas de este tipo dentro de un modelo de **“hospital amigo de los niños”**?

Cierre

13. ¿Hay algún otro aspecto que considere importante y que no hayamos tratado durante la entrevista?

ANEXO 5: MODELO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Implementación de la terapia asistida con animales en oncología pediátrica: estado actual, facilitadores y barreras.

Datos de contacto del investigador/a principal:

Neyda López Aguilar (neyda.lopez@estudiants.urv.cat)

Paloma Marqués Boira (paloma.marqu@estudiants.urv.cat)

Yo..... con NIF/NIE/Pasaporte.....

- He leído la hoja de información al participante sobre el estudio de la que se me ha entregado una copia.
- He podido preguntar y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación.
- Comprendo mi participación en el estudio de acuerdo con aquello que expresa la hoja de información al participante sobre el estudio y de las respuestas a mis preguntas, así como los riesgos y beneficios que comporta.
- Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- Conozco que me puedo retirar en cualquier momento de participar en el estudio sin que ello me pueda causar ningún perjuicio.
- Estoy informado sobre el tratamiento que se realizará de mis datos personales.
- Doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante sobre el estudio.

☐ Sí ☐ No

- Doy mi consentimiento para la difusión de mis datos anónimos junto con la publicación de los resultados del estudio.

☐ Sí ☐ No

- Una vez finalizada la investigación, es posible que los datos obtenidos sean de interés para otros estudios relacionados. En relación con esto, se ofrecen las opciones siguientes:

☐ **NO autorizar** el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

☐ **SÍ autorizar** el uso de sus datos en otros proyectos de investigación relacionados.

- Una vez finalizada la investigación, es posible que haya muestra sobrante. En relación con estas, se ofrecen las opciones siguientes:

☐ La destrucción de la muestra sobrante.

☐ Su utilización en futuros proyectos de investigación biomédica relacionados con el mismo tema.

Y para expresar este consentimiento, el/la participante firma en la fecha y el lugar..... esta hoja de consentimiento:

Firma del participante

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

INFORMACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	
Responsable	El responsable del tratamiento de sus datos personales es la Universitat Rovira i Virgili con CIFQ9350003A y con domicilio fiscal en la calle de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona.
Finalidad	Participar en el estudio de Trabajo de fin de grado en los términos que se describen en la hoja de información al participante. En el caso de que el estudio prevea la publicación, difusión y reutilización de los resultados obtenidos incluyendo datos personales, los datos personales serán utilizados para esta finalidad siempre que el interesado/a haya concedido su consentimiento.
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición al tratamiento, mediante un escrito dirigido al Registro General de la URV en la misma dirección del domicilio fiscal o mediante su presentación en el Registro General de la Universidad, presencial o

	telemáticamente, según se indica en https://seuelectronica.urv.cat/registre.html .
Información adicional	Puede consultar información adicional sobre este tratamiento de datos personales denominado Trabajo de Fin de Grado de URV y sus derechos en el Registro de Actividades del Tratamiento de la URV publicado en https://seuelectronica.urv.cat/rgpd , donde también se puede consultar la Política de Privacidad de la URV. Así mismo, puede consultar esta información en la Hoja de información al participante sobre el estudio. Adicionalmente, puede presentar a nuestros delegados de protección de datos cualquier consulta sobre protección de datos personales en la dirección de correo electrónico del dpd@urv.cat .

ANEXO 6: CARTA DE INVITACIÓN A LOS PARTICIPANTES

CARTA DE INVITACIÓN

Somos Neyda López y Paloma Marqués, estudiantes de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Nos ponemos en contacto con usted para presentarle nuestro Trabajo de Fin de Grado, que estamos desarrollando bajo la tutorización de la profesora Dra. Leticia Bazo Hernández.

El proyecto tiene como objetivo analizar el estado de implementación, así como los facilitadores y barreras existentes para la implementación de la terapia asistida con animales como terapia complementaria en los hospitales que cuentan con unidades de oncología pediátrica. El estudio se llevará a cabo desde un enfoque cualitativo, mediante la realización de grupos focales y/o entrevistas semiestructuradas a referentes de la atención de estos pacientes.

Consideramos que su experiencia profesional puede resultar especialmente relevante para el desarrollo del estudio. Por este motivo, nos gustaría solicitar su colaboración en el proyecto. La participación sería totalmente voluntaria, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de los datos, de acuerdo con la normativa ética vigente. Asimismo, le informamos de que este proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad (CEIPSA), con el código **CEIPSA-2025-TFG-0190**.

Quedamos a su disposición para ampliar cualquier información que considere necesaria y le enviamos adjunto un resumen del proyecto con el fin de que pueda conocer en mayor detalle sus objetivos, metodología y alcance.

Saludos cordiales.

Atentamente,

Neyda López (neyda.lopez@estudiants.urv.cat)

Paloma Marqués (paloma.marqu@estudiants.urv.cat)

ANEXO 7: HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO

Implementación de la terapia asistida con animales en oncología pediátrica: estado actual,

facilitadores y barreras.

ESTUDIANTES

Neyda López Aguilar (neyda.lopez@estudiants.urv.cat)

Paloma Marqués Boira (paloma.marqu@estudiants.urv.cat)

CENTRO

Facultad de Enfermería, Sede Baix Penedès – Universidad Rovira i Virgili (URV)

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación que estamos realizando en el contexto de nuestro Trabajo de Fin de Grado de Enfermería. Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y decidir si desea participar en el mismo. Por este motivo, lea esta hoja informativa con atención y, si requiere alguna otra información, quedamos a su disposición para resolver las dudas que le puedan surgir.

Adicionalmente, le informamos que usted es libre de consultar con las personas que considere oportuno antes de decidir sobre su participación en el estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Ha de saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Este trabajo tiene como objetivo principal conocer y comprender las barreras que existen a la hora de implementar la terapia asistida con animales en los diferentes hospitales de España que cuentan con unidad de oncología pediátrica.

Además de:

- 2 Conocer las percepciones y experiencias de los profesionales sanitarios y familiares respecto al uso de la terapia asistida con animales en el entorno oncopediátrico.
- 3 Identificar las preocupaciones relacionadas con la seguridad, el control de infecciones y la formación especializada necesarias para aplicar la terapia asistida animal en pacientes pediátricos oncológicos.
- 4 Proponer líneas de mejora y recomendaciones basadas en los resultados obtenidos, orientadas a facilitar la implementación de la terapia asistida animal en unidades de oncología pediátrica.

Esta investigación se basa en la metodología cualitativa, centrada en obtener datos de carácter no numérico para llegar a nuestro objetivo según la opinión y la experiencia de los participantes.

Como instrumento de nuestra investigación se utilizará la entrevista semiestructurada, dónde se realizarán preguntas sobre la experiencia previa con la terapia, los beneficios y riesgos, las barreras que pueden impedir su implementación y posibles ideas de mejora para el futuro.

BENEFICIOS Y RIESGOS

Este estudio permitirá una mayor comprensión de los beneficios y las limitaciones de la terapia asistida con animales a partir de la experiencia personal de los profesionales sanitarios y de los familiares de pacientes oncológicos, lo que facilitará la identificación de barreras y la promoción de su implementación en distintos hospitales de España.

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

Toda la información recopilada sobre las personas participantes en el marco de este estudio se mantendrá estrictamente confidencial y con aplicación de las correspondientes medidas de seguridad que garanticen, además de su confidencialidad, su integridad, disponibilidad, autenticidad y trazabilidad.

Los datos personales recopilados para el estudio estarán identificados mediante un código (**CEIPSA-2025-TFG-0190**) y sólo el investigador/a principal o sus colaboradores/as podrán relacionar estos datos con las personas participantes. Nunca se identificará a las personas participantes en ningún informe, presentación ni publicación que surja de este estudio. Por tanto, su identidad no será revelada a nadie, excepto cuando sea requerida por el Comité de Ética al que se somete el estudio con la finalidad de comprobar los datos y procedimientos del estudio.

Para el tratamiento de los datos se utilizarán los sistemas de información propios de la Universidad Rovira i Virgili instalados en su red informática aplicándose las medidas de seguridad de la información establecidas por el Real Decreto 3/2010 que regula el Esquema Nacional de Seguridad. Concretamente, los datos se recopilarán mediante una entrevista y se introducirán en el sistema de información técnica de la URV.

El personal investigador del estudio se compromete a cumplir la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, además del Reglamento (UE) núm. 2016/679, del Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas por lo que se refiere al tratamiento de datos personales, y firmará un compromiso de participación y confidencialidad.

La finalidad del tratamiento de los datos es la participación en el estudio de acuerdo con el consentimiento de la persona participante. La persona participante también puede dar el consentimiento para la reutilización de los datos para estudios futuros que estén relacionados. La persona participante podrá interrumpir su participación en el estudio o estudios futuros relacionados retirando su consentimiento en cualquier momento, sin que sea necesaria su justificación. En este caso, los datos no se podrán eliminar con el fin de garantizar la validez de los resultados y cumplir con las obligaciones legales aplicables al estudio, pero quedarán codificadas de manera que no sea posible vincularlas a su persona.

INFORMACIÓN AMPLIADA SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con aquello que dispone la legislación vigente en materia de protección de datos aplicable a la Universidad Rovira i Virgili (URV) y publicada en el apartado “Legislación aplicable” del espacio “Protección de datos de carácter personal” de la sede electrónica (<https://seuelectronica.urv.cat/rgpd/>), se pone en conocimiento de las personas interesadas la información siguiente:

A. ¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos?

- **Datos de contacto de los DPD**

DPD - Delegados de protección de datos de la URV

Correo electrónico: dpd@urv.cat

- **Identificación Universidad Rovira i Virgili**

CIF: Q9350003A

• **Dirección Postal** Carrer de l'Escorxador, s/n

43003 Tarragona

B. ¿Qué datos personales tratamos y con qué finalidad?

Los datos personales son tratados con la finalidad de participar en el trabajo de fin de grado en los términos que se describen en la hoja de información a la persona participante. En el caso que el estudio prevea la publicación, difusión y reutilización de los resultados obtenidos incluidos datos personales, los datos personales serán utilizados para esta finalidad siempre que la persona interesada haya otorgado su consentimiento.

C. ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

En el marco del tratamiento mencionado, sus datos no se cederán a terceros excepto que exista obligación legal o se indique expresamente en la hoja de información a la persona participante.

D. ¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

La legitimación de este tratamiento se basa en el consentimiento que da la persona interesada de forma expresa.

E. ¿Qué medidas de seguridad aplicamos en el tratamiento de sus datos?

La Universidad se responsabiliza de aplicar las medidas de seguridad y el resto de obligaciones derivadas de la legislación de protección de datos de carácter personal, de acuerdo con el Esquema Nacional de Seguridad, Real Decreto 3/2010.

En este sentido, la Universidad Rovira i Virgili se ha dotado de una Política de Seguridad que puede consultarse en la sección sobre “Legislación y normativa” de la página web de la Universitat dentro de “Normativa propia” y “Otras normas”

<http://www.urv.cat/ca/universitat/normatives/altres-normes/>.

Adicionalmente, en la hoja de información a la persona participante se concretan algunas medidas de seguridad específicas que se tendrán en cuenta durante la realización del estudio.

F. ¿Cuáles son los derechos de las personas interesadas?

La persona interesada tiene derecho a acceder a sus datos personales; a pedir la rectificación de los datos inexactos; a solicitar la cancelación y supresión; a oponerse al tratamiento, incluida la elaboración de perfiles; a limitar hasta una fecha determinada el tratamiento de sus datos; y a la portabilidad de las mismas en formato electrónico.

La persona participante puede interrumpir su participación en el estudio retirando su consentimiento en cualquier momento, sin dar explicaciones. En este caso, los datos no podrán eliminarse para garantizar la validez de los resultados y cumplir con las obligaciones legales aplicables al estudio, pero no será posible vincularlos a su persona. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad mediante comunicación escrita, detallando motivadamente la solicitud, dirigida al Registro General (Carrer de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona) o mediante su presentación en el Registro General de la Universidad, presencial o telemáticamente, según se indica en <https://seuelectronica.urv.cat/registre.html>.

Asimismo, le informamos que tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad Catalana de Protección de Datos mediante el mecanismo que establezca. Puede consultar más información en <https://apdcat.gencat.cat/ca/inici>.

Por último, le informamos que podrá solicitar información relacionada con la protección de datos personales mediante correo electrónico a nuestros delegados de protección de datos a la dirección de dpd@urv.cat.

G. ¿Cuánto tiempo conservaremos sus datos?

El período de conservación de los datos es de 5 años una vez finalizado el estudio, salvo que la hoja de información a la persona participante establezca un período diferente. En cualquier caso, se conservarán los datos hasta la revocación del consentimiento por parte de la persona interesada.

MUESTRAS A RECOGER

Entrevistas semiestructuradas a profesionales sanitarios, asociaciones y familiares que desean participar de manera voluntaria en esta investigación, que tengan experiencia o no con la terapia asistida con animales.

Para poder obtener una muestra de hospitales del territorio nacional, la realización de las entrevistas será de manera virtual y/o llamada telefónica. La Sociedad Española de Enfermería Pediátrica y la Federación de Asociaciones de Enfermería Pediátrica nos ha

puesto en contacto con profesionales que trabajan con estos pacientes y se contactará con ellos mediante correo electrónico.

ANEXO 8: MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE

CERI – Guia de l'investigador/a – Orientacions per a l'auto-avaluació ètica de les activitats d'R+D+i – v1.0 – 07/12/2020

1.2. Declaració responsable sobre els aspectes ètics del Treball de Fi de Màster (TFM) / Treball de Fi de Grau (TFG) proposat

Els aspectes ètics són fonamentals per a la Universitat Rovira i Virgili. Per això, cal que realitzeu la següent avaluació ètica sobre el vostre treball de fi de màster (TFM) / treball de fi de grau (TFG), segons correspongui. Responeu **SÍ** / **NO** a les preguntes que es detallen a continuació. Si totes les vostres respostes són **NO**, no es necessiten més detalls que la vostra signatura. Si, en canvi, responeu **SÍ** a alguna de les preguntes següents, es requereix, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent:

- CEIm-IISPV Informe favorable
- CEEA Informe favorable
- CEIPSA: Compromís formal del professorat i alumnat implicat pel que fa al seguiment de la normativa aplicable.

Nom del professor/a responsable: Leticia Bazo Hernandez

Nom de l'alumne/a: Paloma Marqués Boira, Neyda López Aguilar

Ensenyament:

Títol del ☐ **TFM** / ☒ **TFG** (marqueu la casella que correspongui)

Implementación de la terapia asistida animal en pacientes pediátricos oncológicos

Breu descripció del TFM / TFG (màx. 1000 caràcters, espais inclosos):

Estudio de las barreras que hay para la implementación de la terapia asistida animal en pacientes oncológicos pediátricos. Realizaremos un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas al personal sanitario de los hospitales españoles que dispongan del servicio de oncohematología pediátrica.

Indiqueu si el TFM / TFG que voleu desenvolupar inclou algun d'aquests aspectes.

Apartat	Sí	No
1. Embrions/fetus humans		
Implica cèl·lules mare embrionàries humanes (CMEH)?	☐	☒
Implica l'ús d'embrions humans?	☐	☒
Implica l'ús de teixits / cèl·lules fetals humanes?	☐	☒
2. Éssers humans		
Implica la participació d'éssers humans?	☒	☐
• Són voluntaris en l'àmbit de les ciències socials o les humanitats?	☐	☒

CERi – Guia del investigador/a – Orientacions per a l'auto-avaluació ètica de les activitats d'R+D+i– v1.0 – 07/12/2020

• Són persones incapacitades per donar el seu consentiment informat?	☐	☒
• Són individus o grups vulnerables?	☐	☒
• Són menors d'edat?	☐	☒

CERI – Guia del investigador/a – Orientacions per a l'auto-avaluació ètica de les activitats d'R+D+I– v1.0 – 07/12/2020

• Són pacients?	☐	☒
• Són voluntaris sans per a estudis mèdics?	☒	☐
Implica intervencions físiques en els participants?	☐	☒
3. Cèl·lules/teixits humans		
Implica cèl·lules o teixits humans (diferents dels embrions/fetus humans de la secció 1)?	☐	☒
4. Dades de caràcter personal i privacitat		
Implica la recollida i/o tractament de dades personals?	☐	☒
• Implica la recollida i/o tractament de dades personals sensibles, com ara, salut, vida sexual, raça, opinió política, conviccions religioses o filosòfiques?	☐	☒
• Implica el tractament d'informació genètica?	☐	☒
• Implica el seguiment o observació dels participants?	☐	☒
Implica un tractament posterior de les dades personals recopilades prèviament (ús secundari)?	☐	☒
5. Animals		
Implica experimentació amb animals	☐	☒
6. Països tercers		
Cas que es desenvolupi, de manera total o parcial, en països que no pertanyen a la Unió Europea, el projecte d'R+D+I planteja problemes potencials d'ètica?	☐	☒
Teniu previst utilitzar recursos locals (per exemple, mostres de teixits animals o animals, material genètic, animals vius, restes humanes, materials de valor històric, mostres de fauna o flora en perill d'extinció, etc.)?	☐	☒
Teniu previst importar material (incloses les dades personals) de països que no pertanyen a la Unió Europea a la Unió Europea?	☐	☒
Teniu previst exportar material (incloses les dades personals) des de la Unió Europea a països que no pertanyen a la Unió Europea?	☐	☒
Cas que el projecte generi beneficis i impliqui països de baixos ingressos i/o baixos ingressos mitjans, teniu previst les accions de repartiment de beneficis?	☐	☒
Podria la situació al país posar en risc els participants?	☐	☒
7. Medi Ambient/Salut i protecció		
Implica l'ús d'elements que poden causar danys al medi ambient, animals o plantes?	☐	☒
Tracta sobre la fauna i/o flora en perill d'extinció i/o àrees protegides?	☐	☒
Implica l'ús d'elements que poden causar danys als humans, inclòs el personal investigador?	☐	☒
8. Ús dual		

CERI – Guia del investigador/a – Orientacions per a l'auto-avaluació ètica de les activitats d'R+D+i – v1.0 – 07/12/2020

Implica productes de doble ús en el sentit del Reglament 428/2009 ² o altres articles per als quals es requereix autorització?	☐	☒
9. Focus exclusiu sobre aplicacions civils		
Podria necessitar aclariments en relació amb un enfocament exclusiu sobre aplicacions civils?	☐	☒
10. Ús malintencionat dels resultats		
Té potencial perquè els seus resultats siguin utilitzats malament?	☐	☒
11. Altres aspectes ètics		
Hi ha algun altre aspecte ètic que hauria de ser pres en consideració? Especifiqueu, si us plau:	☐	☒

Confirmem que hem valorat tots els aspectes ètics descrits més amunt i que, en cas afirmatiu, els signataris ens comprometem formalment, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent, a:

- CEIm-IISPV Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la Guia de l'investigador/a.
- CEEA Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la Guia de l'investigador/a.
- CEIPSA Actuar d'acord amb la normativa aplicable en cas que el treball en qüestió tingui implicacions ètiques.
Seguir les directrius establertes a la "Guia de l'investigador/a" i la "Guia sobre protecció de dades personals en els Treballs de Fi de Grau i Màster de la Universitat Rovira i Virgili".

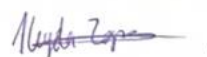
Escolliu una localitat,
Coma-Ruga

Leticia Bazo Hernández
44422635K
Firmado digitalmente por Leticia Bazo Hernández
44422635K
Fecha: 2025.12.15 15:40:41 +01'00'

Signatura del professor/a responsable



Signatura de l'alumne/a



Nota: Una vegada emplenat i signat, convertir el document a format PDF i enviar a l'adreça carlos.garcia@urv.cat

² Productes de doble ús són aquells productes, inclòs el suport lògic (software), i la tecnologia que puguin destinar-se a usos tant civils com militars i que inclouen tots els productes que puguin ser utilitzats tant per a usos no explosius com per ajudar a la fabricació d'armes nuclears o altres dispositius nuclears explosius.

ANEXO 9: ALGORITMO DE ACTUACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES.

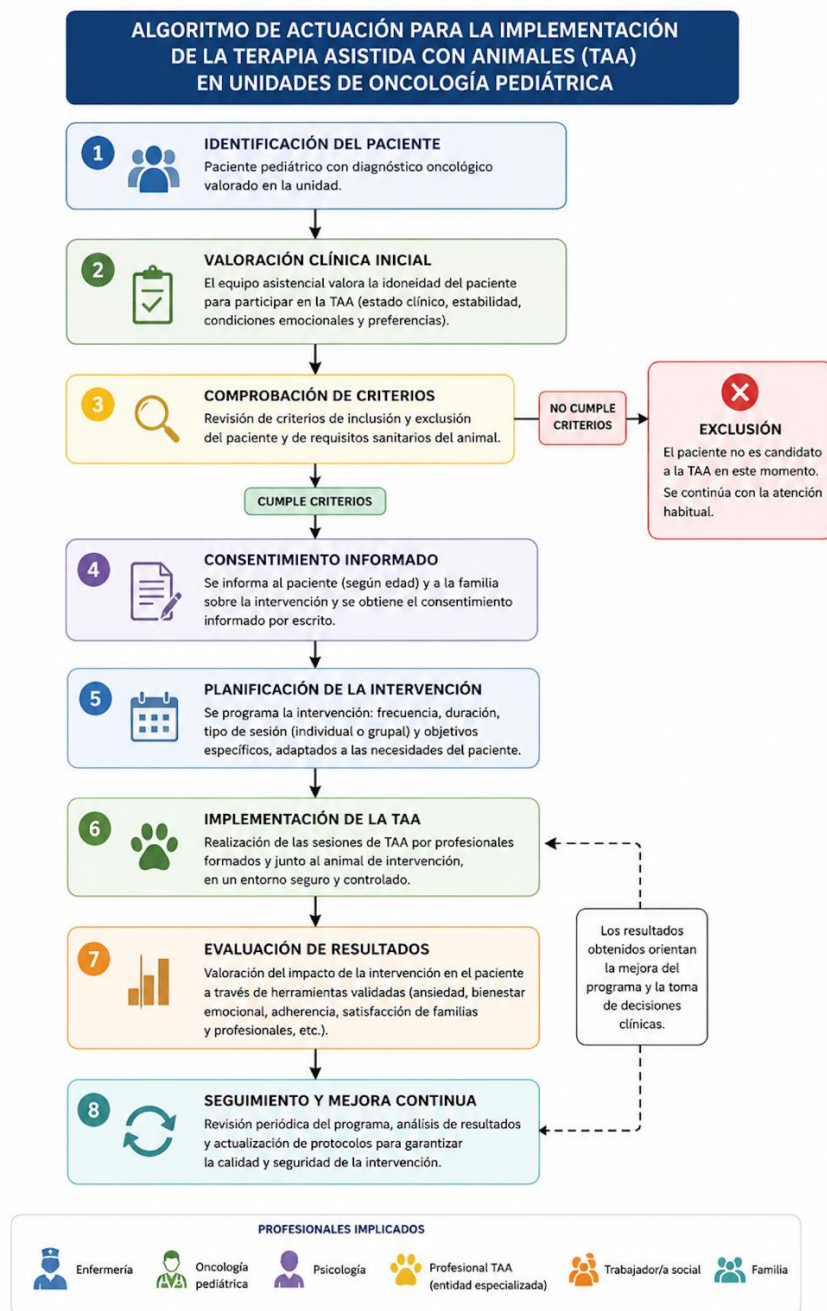


Ilustración 5: Algoritmo de actuación para la implementación de la TAA. Elaboración propia.

ANEXO 10: CRONOGRAMA DEL TRABAJO

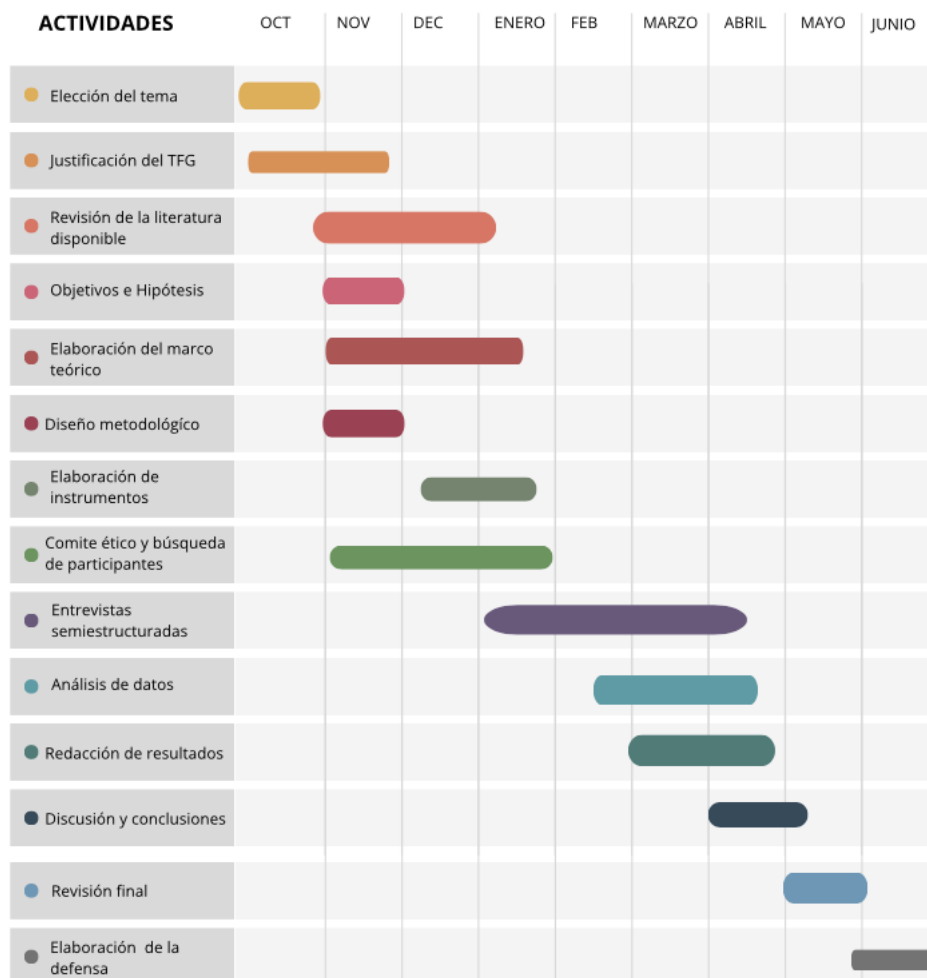


Ilustración 6: Cronograma del trabajo de final de grado. Elaboración propia.

ANEXO 11: ORGANIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

PARTICIPANTE	MÉTODO DE CONTACTO	RESPUESTA	FECHA ACORDADA	ENTREVISTA REALIZADA	CONSENTIMIENTO INFORMADO	TRANSCRIPCIÓN
PS1	whatsapp	si	16 de feb a las 18h	si	si	si
A1	llamada	si	23 de feb a las 15:30h	si	si	si
A3	correo	si	19 de feb a las 17h	no	si	si
			23 de marzo a las 17h	si		
PS2	correo	si	25 feb a las 19h	si	si	si
PS8	correo	si	24 marzo a las 16:30h	no	si	si
			8 abril 17:30h	si		
PS3 y PS4	correo	si	9 de marzo a las 13:30h	si	si	si
A2	correo y whatsapp	si	3 de marzo a las 17h	no	si	si
			17 de marzo a las 17h	si		
PS6	whatsapp	si	17 de marzo 16h	si	si	si
PS10	whatsapp	si	14 abril 19:10h	si	si	si
PS9	whatsapp	si	26 de marzo 16:30h	si	si	si
PS5	correo	si	16 de marzo a las 17h	si	si	si
PS7	whatsapp	si	18 de marzo a las 16h	si	si	si
F1	whatsapp	si	7 abril 16h	si	si	si
F2	whatsapp	si	10 abril 17:30h	si	no	si
A4	correo	si	18 de marzo a las 19h	no	no	-

			correo para nueva fecha	no		
PS11	correo	si	pte concretar día	no respuesta	no	-
PS12	correo	si	pte concretar día	no respuesta	no	-
A5	whatsapp	si	no quiere participar	no respuesta	no	-
PS13	correo	si	pte concretar día	no respuesta	no	-
PS14	correo	no	-	-	-	-
PS15	correo	no	-	-	-	-
PS16	correo	no	-	-	-	-

Tabla 21: Organización de las entrevistas. Elaboración propia.