

El rol del acompañante, influencia positiva o riesgo psicosocial para el personal sanitario. Revisión sistemática

Asan Mollov⁽¹⁾, Isabel Francés⁽¹⁾, Beatriz Furtado⁽²⁾, Stephania Rodriguez⁽³⁾, Cristina Narvaez⁽²⁾, Anny Jerez⁽³⁾, Susana Álvarez⁽¹⁾, Jezabel Rodríguez⁽⁴⁾, Belén Asenjo⁽⁵⁾

¹Facultativo Especialista de Área de Medicina del Trabajo en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, Pamplona, Navarra, España

²Especialista de Enfermería del Trabajo en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, Pamplona, Navarra, España

³Médico Interno Residente, Unidad Docente de Medicina y Enfermería del Trabajo, Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Pamplona, Navarra, España

⁴Técnico de prevención de riesgos laborales en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, Pamplona, Navarra, España

⁵Jefa del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Servicio Navarro de Salud Osasunbidea, Pamplona, Navarra, España

Correspondencia:

Asan Mollov

Dirección postal: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

Osasunbidea

Irunlarrea 3, Pamplona, Navarra 31008

Correo electrónico: ai.mollov@navarra.es

La cita de este artículo es: Asan Mollov et al. El rol del acompañante, influencia positiva o riesgo psicosocial para el personal sanitario. Revisión sistemática. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2025; 34(2):223-241

RESUMEN.

Fundamento: La comunicación, en el ámbito sanitario, puede ser bipartita o tripartita. La presencia de acompañante puede mejorar la transmisión de información y apoyar al paciente, pero también añade complejidad. La legislación española reconoce el derecho del paciente a la información y permite que personas autorizadas también sean informadas. Este estudio explora cómo la presencia de acompañante puede influir en el desempeño del personal sanitario.

THE ROLE OF THE COMPANION, POSITIVE INFLUENCE OR PSYCHOSOCIAL RISK FOR THE HEALTH PROFESSIONAL. SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT

Background: Communication in the healthcare setting can be bipartite or tripartite. The presence of a companion can improve the transmission of information and support the patient, but it also adds complexity. Spanish law recognizes the patient's right to

Material y Métodos: Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo las normas PRISMA y STROBE. Se incluyeron estudios publicados entre 2014 y 2024 que abordaran la relación entre personal sanitario y acompañantes. Las bases de datos: MEDLINE (PubMed), SCIENCE DIRECT, SCIELO, COCHRANE, CINHAL y Web of Science. La calidad de los estudios se evaluó con la herramienta ICROMS y el riesgo de sesgo con ROBINSI.

Resultados: De 415 estudios identificados, 15 cumplieron los criterios de inclusión. Las principales herramientas de intervención fueron entrevistas semiestructuradas y cuestionarios. Los estudios mostraron que las y los acompañantes pueden mejorar la comunicación y la toma de decisiones, pero también aumentar la carga de trabajo y el estrés del personal sanitario. La presencia de acompañante puede facilitar la comprensión del paciente, pero también interrumpir la atención centrada en el paciente.

Conclusiones: La presencia de acompañante, aunque puede mejorar la comunicación y el apoyo al paciente, también puede generar estrés y aumentar la carga laboral. Es crucial que los profesionales desarrollen habilidades de comunicación para manejar estas interacciones de manera efectiva. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor esta dinámica.

Palabras clave: Revisión sistemática; Relaciones profesional-familia; Administración de la práctica médica; Relaciones Médico-Paciente; Rol; Medicina del Trabajo

information and allows authorized persons to be informed. This study explores how the presence of a companion can influence the performance of healthcare personnel.

Material and Methodos: A systematic review was conducted following the PRISMA and STROBE guidelines. Studies published between 2014 and 2024 that addressed the relationship between healthcare personnel and companions were included. The databases were: MEDLINE (PubMed), SCIENCE DIRECT, SCIELO, COCHRANE, CINHAL, and Web of Science. Study quality was assessed using the ICROMS tool, and risk of bias was assessed using ROBINSI.

Results: Of 415 studies identified, 15 met the inclusion criteria. The primary intervention tools were semi-structured interviews and questionnaires. The studies showed that companions can improve communication and decision-making, but also increase the workload and stress of healthcare personnel. The presence of a companion can facilitate patient understanding, but can also disrupt patient-centered care.

Conclusions: The presence of a companion, while it can improve communication and support for the patient, can also generate stress and increase workload. It is crucial that professionals develop communication skills to manage these interactions effectively. Further research is needed to better understand this dynamic.

Keywords: Systematic Review; Professional-family relations; Practice management, Medical; Physician-Patient Relations; Role; Occupational Medicine

Fecha de recepción: 18 de marzo de 2025

Fecha de aceptación: 9 de junio de 2025

Introducción

Estado actual del conocimiento. La comunicación en el ámbito sanitario puede clasificarse en bipartita (dialógica) o tripartita (tríadica)^(1,2), dependiendo del número de participantes involucrados en el proceso de comunicación. La atención sanitaria, en la mayoría de los casos, es de carácter bipartito. Se refiere a la interacción directa entre dos partes, generalmente personal médico o de enfermería y paciente, siendo

la forma más común de comunicación, en la práctica clínica. Pero, en ocasiones, el personal sanitario está acompañado por otra persona (profesional en formación), o bien, la o el paciente acude acompañado, normalmente por familiares, dando lugar a una comunicación de carácter tripartito. Puede ocurrir en situaciones donde existen dificultades de comunicación o es necesario un apoyo. La figura acompañante es portadora de una dimensión adicional a la comunicación. Requiere una coordinación

cuidadosa para asegurar que la información se transmita de manera precisa y comprensible, considerando la confidencialidad y el respeto a la autonomía de los y las pacientes. La presencia de terceros, facilita la comunicación en caso de barreras lingüísticas, cognitivas o emocionales, proporciona apoyo y puede mejorar la toma de decisiones y la coordinación en la atención. La investigación pragmática y discursiva de la interacción con fines médicos se ha ocupado principalmente de las situaciones con dos interlocutores, mientras que la presencia de un tercero no ha sido tan estudiada y, cuando así ha sido, el centro de estudio lo ha ocupado preferentemente la consulta pediátrica y la geriátrica^(3,4,5,6).

Los derechos del paciente, legislados en España en la Ley 41/2002⁽⁷⁾ de autonomía del paciente y, a nivel de Comunidad Foral de Navarra, mediante Ley Foral 17/2010, de derechos y deberes de las personas en materia de salud⁽⁸⁾, sitúan a las personas, tanto usuarias como pacientes, como titulares del derecho a la información, ampliando ese derecho a las personas vinculadas y autorizadas de manera expresa o tácita, por quien es titular de este derecho. En la atención recibida por motivos de salud, es frecuente que los encuentros clínicos entre personal sanitario y paciente estén abiertos a una tercera persona. La gran variedad de roles que puede desempeñar una persona acompañante, durante el acto clínico, representa un reto para el personal sanitario que exige el desarrollo de nuevas habilidades de comunicación, con el objetivo de reclutar y aprovechar el enorme potencial que posee esta relación tripartita, canalizando la poderosa influencia que esta persona acompañante ejerce sobre el comportamiento y actitud del paciente^(9,10).

El acompañamiento participa de pilares fundamentales de la Humanización de los servicios de salud. Al fortalecer la relación personal sanitario-paciente-acompañante, se logra una atención más integral y efectiva, donde el acompañamiento se convierte en un aliado

esencial para el bienestar emocional y social de la persona. Aporta, entre otras, seguridad, calidez y mayor garantía de una comunicación asertiva, facilita la fidelización y favorece la llegada de una información adecuada y comprensible a las y los pacientes, en especial, cuando existe algún grado de vulnerabilidad.

Objetivos y justificación. El rol del acompañante en la consulta médica, puede tener tanto una influencia positiva, como representar un riesgo psicosocial para el profesional sanitario, dependiendo de diversos factores. Por un lado, puede ayudar a mejorar la comunicación entre paciente y profesional, clarificar información y facilitar el cumplimiento del tratamiento. Puede reducir el estrés y contribuir a un ambiente más colaborativo, atenuando la ansiedad del paciente y facilitando la labor de los y las profesionales de salud. En casos de pacientes vulnerables, el acompañamiento puede ayudar a tomar decisiones informadas y garantizar que se sigan las indicaciones médicas.

Por otro lado, el acompañamiento puede generar estrés y convertirse en un factor de riesgo psicosocial para el profesional sanitario. Quien interrumpe, desconfía o impone sus propias opiniones, puede generar serias dificultades en la relación médico-paciente. Cuando quien acompaña expresa ansiedad extrema, agresividad o actitudes desafiantes, puede aumentar la presión emocional del acto clínico. En algunos casos, los y las profesionales deben dedicar tiempo a manejar expectativas y preocupaciones de la persona acompañante, lo que puede incrementar, tanto la carga laboral, como la carga mental.

Desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, del Servicio Navarro de salud-Osasunbidea, planteamos la presente revisión sistemática con los objetivos de determinar el rol de acompañante en la práctica sanitaria habitual y su grado de influencia positiva para el profesional de la salud, así como identificar factores psicosociales que pudieran influir negativamente en el desempeño laboral. Todo ello dirigido a la búsqueda de establecer áreas de mejora.

TABLA 1. PROCESO METODOLÓGICO PARA LA BÚSQUEDA, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS.

Fase	Fundamentos	Criterios
Planificación	PICO	¿La presencia del acompañante del paciente en actuaciones sanitarias es una influencia positiva o riesgo psicosocial para el profesional sanitario?
	PERIODO	desde 2014 hasta 2024
	BD*	MEDLINE (a través de PubMed), SCIENCE DIRECT, SCIELO España biblioteca virtual, Biblioteca COCHRANE, CINHALL y Web of Science
	IDIOMAS	español, inglés y francés
	MeSH Terms	Professional-family relations, Physician-Patient Relations, Practice management, Medical, Role
	OB*	AND, OR, AND NOT
	CI*	estudios observacionales aleatorizados y no aleatorizados, que tratasen la relación entre personal sanitario y acompañantes/familiares de los pacientes durante la práctica médica, incluyendo análisis de su influencia positiva o negativa.
	CE*	estudios sin diseño claro, resúmenes de congresos, revisiones sistemáticas, estudios de agresiones a sanitarios, estudios en animales o in vitro y los estudios que no aportaron resultados concluyentes.
Diseño, selección y síntesis	Lectura lineal y evaluación de los artículos mediante guías: PRISMA, STROBE. Extracción de datos Registro de la revisión en PROSPERO	
Evaluación de certeza de evidencia	Evaluación de la certeza de la evidencia mediante la herramienta Integrated Quality Criteria For Review Of Multiple Study Designs (ICROMS)	
BD - base de datos, OB - operadores booleanos, CI - criterios de inclusión, CE criterios de exclusión		

Material y Métodos

Diseño y Registro.

Siguiendo las normas PRISMA^(11,12) y STORBE⁽¹³⁾, se llevó a cabo una revisión sistemática en respuesta a la pregunta PICO (población, intervención, comparación y observación): ¿La presencia del acompañante del paciente durante los encuentros sanitarios, es una influencia positiva o riesgo psicosocial para el profesional sanitario? El trabajo se registró en PROSPERO (International prospective register of systematic reviews).

Criterios de elegibilidad.

Los criterios de inclusión fueron: estudios observacionales aleatorizado y no aleatorizados, publicados en el periodo 2014-2024 en español,

inglés y francés, que tratasen la relación entre personal sanitario y acompañantes/familiares de los pacientes durante la práctica médica, incluyendo análisis de su influencia positiva o negativa. Fueron excluidos, estudios sin diseño claro, resúmenes de congresos, revisiones sistemáticas, estudios de agresiones a sanitarios, estudios en animales o in vitro y los estudios que no aportaron resultados concluyentes.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda.

Todas las búsquedas se realizaron en el periodo junio-julio del 2024 en las bases de datos: MEDLINE (a través de PubMed), SCIENCE DIRECT, SCIELO España biblioteca virtual, Biblioteca COCHRANE, CINHALL y Web of Science. Se utilizaron palabras claves, descriptores en ciencias de la salud

TABLA 2. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA Y RESULTADOS.

Bases de datos	Palabras clave / Descriptores	Operadores Booleanos	Artículos recuperados	Artículos Seleccionados
MEDLINE (PubMed)	Professional-family relations Practice management, Medical Physician-Patient Relations Role [Title/Abstract]; [MeSH Terms]	AND; OR; NOT	110	7
SCIENCIE DIRECT	Relaciones profesional-familia, Relaciones Médico-Paciente, Acompañantes [MeSH Terms]	AND	279	2
SCIELO España biblioteca virtual	Relaciones profesional-familia, Relaciones Médico-Paciente [Todos los índices]	AND	2	2
Biblioteca COCHRANE	Professional-family relations Physician-Patient Relations Role [MeSH Terms]; [Title/Abstract/Keywords]	AND	8	2
CINHAL	Professional-family relations Physician-Patient Relations [MeSH Terms]	AND	4	0
Web of Science	Professional-family relations Practice management, Medical Physician-Patient Relations [MeSH Terms]	AND	12	2

Todas las búsquedas se realizaron en junio-julio del 2024, filtros: humanos, 2014-2024, español, inglés, francés

(MeSH Terms) con el propósito de maximizar la sensibilidad de las búsquedas, siguiendo la estrategia: (“Professional-family relations” AND “Physician-Patient Relations” AND “Practice management, Medical” AND “Role”) etc. (Tabla 1)

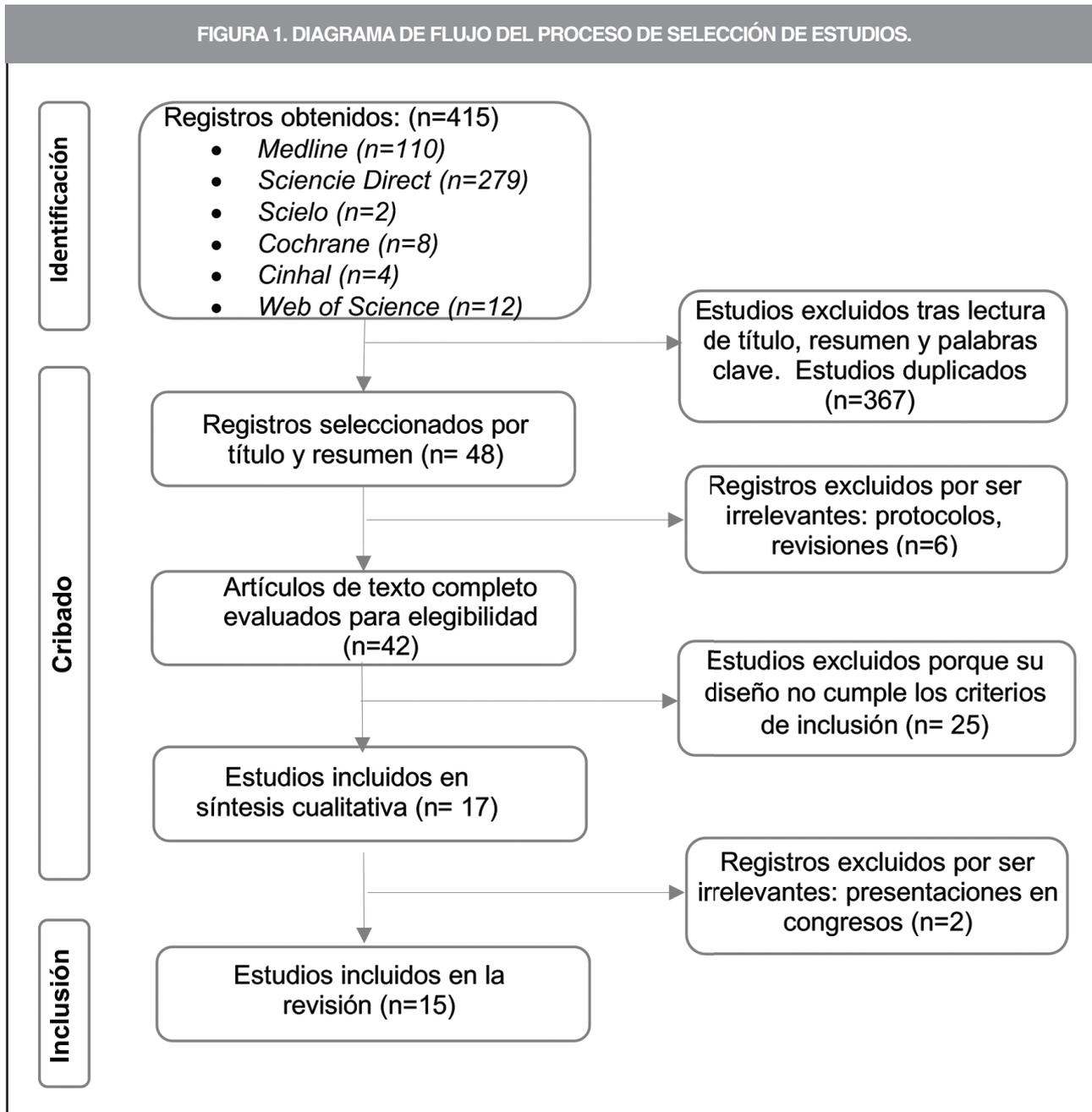
Proceso de selección de los estudios.

Los estudios se recuperaron a través de las seis bases de datos. Se efectuaron tres cribados en total durante la estrategia de selección de forma independiente. Tras descartar los estudios duplicados, durante el primer cribado, se utilizaron el título y resumen para decidir si los estudios cumplen con los criterios de inclusión de la revisión. En el segundo cribado se procedió a la lectura a texto completo de los estudios restantes. Durante el tercer cribado se evaluó la calidad metodológica de los estudios. Finalmente

se obtuvo la colección de publicaciones para las síntesis cualitativas. (Tabla 1)

Proceso de extracción de los datos según lista predeterminada. Para determinar los métodos de síntesis, los datos proporcionados por los artículos seleccionados se analizaron de forma sistemática, mediante una tabla de síntesis de evidencia que permitió homogeneizar la extracción del contenido científico. Las variables incluidas en la síntesis de evidencia han sido: ID del artículo; título, autoría, revista y año; tipo estudio y muestreo; población (n), área y actividad laboral; tipo de intervención e instrumentos de medida; descripción de los principales objetivos de la investigación; resultados y medidas del efecto. A partir de la cual se extrajo la información relevante para la presentación de la colección final de estudios. (Tabla 1)

FIGURA 1. DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS.



Evaluación de la certeza de la evidencia. Se evaluó la calidad científica de los estudios seleccionados mediante la herramienta Integrated Quality Criteria For Review Of Multiple Study Designs (ICROMS⁽¹⁴⁾) conformada por los siguientes ítems: Validez interna: evalúa si los resultados del estudio son fiables y si las conclusiones se derivan de manera lógica de los datos. Esto incluye considerar posibles sesgos y factores de confusión. Validez

externa: examina si los resultados del estudio son generalizables a otras poblaciones y contextos. Claridad y transparencia: considera si el estudio está bien descrito y si los métodos y resultados se presentan de manera clara y comprensible. Respecto a los aspectos metodológicos específicos, dependiendo del diseño del estudio, ICROMS puede evaluar: el muestreo y la selección de participantes, la medición de variables, el análisis

de datos, la ética de la investigación. Se aplicó la herramienta Risk of bias in nonrandomised studies of interventions (ROBINSI)⁽¹⁵⁾ para evaluar riesgo de sesgo en estudios observacionales.

Resultados

Selección de los estudios. Los 415 estudios identificados se cribaron mediante la lectura de sus títulos y resúmenes, eliminado duplicados y aquellos artículos que no cumplían los criterios de selección. Tras el primer cribado se seleccionaron 48, tras el segundo 42, el tercero lo superaron 17 artículos y finalmente, se incluyeron 15 estudios en la revisión sistemática (Figura 1). El número más relevante de las referencias recuperadas fueron desde las bases, SCIENCE DIRECT y MEDLINE (Pubmed) n=279, n=110 respectivamente. (Tabla 2)

Características de los estudios.

En la Tabla 3 se presentan en detalle todas las características de los 15 estudios incluidos en la revisión final:^(16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30) 1. Autoría, año de publicación y país. 2. Muestra, área de investigación y diseño de los estudios. 3. Intervención e instrumentos de medida. 4. Descripción de los principales objetivos de la investigación. 5. Resultados. La totalidad de los estudios que conformaron la muestra, fueron diferentes modalidades de estudios observacionales basados a encuestas y entrevistas semiestructuradas.

Resultados de los estudios individuales.

Un total de 5 estudios se llevaron a cabo en España,^(16,17,20,22, 23) 6 se realizaron en Estados Unidos,^(18,19,24,25,26,28) y uno en cada uno de los siguientes países respectivamente: Brasil⁽²¹⁾, Canadá⁽²⁷⁾, Francia⁽²⁹⁾ y China⁽³⁰⁾. El tamaño muestral varió entre los estudios, los participantes fueron profesionales de la salud, pacientes y sus acompañantes. Las áreas de investigación fueron los centros de Atención Primaria, con el mayor número de investigaciones realizadas, y el resto,

fueron Clínicas Geriátricas, UCI pediátricas y Neonatales, departamentos materno-infantiles, centros de Urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias, Clínicas de Oncología y un estudio realizado en trabajadores de la sanidad francesa, en general. (Tabla 3)

Resultados de la síntesis.

Siguiendo la pregunta PICO en la búsqueda de la respuesta del enfoque laboral planteado y la lectura crítica, la mayoría de los estudios reportaron una asociación, tanto positiva como negativa, en función del riesgo psicosocial que supone la presencia de acompañante en el desempeño de las funciones del personal sanitario. La principal ventaja fue la mejora de la comunicación y transmisión de la información para la toma de decisiones. Entre las posibles desventajas señalaron: el aumento del tiempo dedicado al acto clínico, la desviación de la atención centrada en el paciente, un aumento del nivel de estrés para las y los profesionales sanitarios y cuestiones relacionadas con la autonomía del paciente (intimidación, consentimiento informado). (Tabla 4)

Certeza de la evidencia.

Todos los estudios superaron la puntuación mínima de calidad científica global mediante la herramienta ICROMS. Obteniendo puntuaciones entre 9 y 14. Cumplieron los criterios obligatorios de poseer las siguientes dimensiones de valoración: 1. Objetivos y justificación, 2. Muestreo, 3. Medidas de resultado, 4. Hacer un seguimiento, 5. Otros aspectos del estudio, 6. Rigor analítico, 7. Otra consideración. La puntuación aplicada fue: 2 = criterio cumplido; 1 = poco claro; 0 = criterio no cumplido.

Riesgo de sesgo de los estudios individuales.

La escala ROBINSI se utilizó para evaluar el riesgo de sesgo en estudios no aleatorizados de investigación. La escala cuenta con 7 dominios (factores de confusión, selección de participantes, clasificación de intervenciones, desviaciones de las intervenciones, datos incompletos, medición

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN.

Autoría Año País	Muestras Áreas Diseño	Intervención Instrumentos de medida
Pérez-Milena y col ⁽¹⁶⁾ 2022 España	<ul style="list-style-type: none"> - 73 MIR de MFyC - 260 entrevistas (260 paciente y 72 acompañantes) - 10 centros de Salud de AP - Estudio descriptivo transversal 	<ul style="list-style-type: none"> - El cuestionario de habilidades de comunicación CICAA-2 - Grabaciones en video de las entrevistas clínicas - motivos de consulta y duración de la entrevista
Morales-Guijarro y col ⁽¹⁷⁾ 2011 España	<ul style="list-style-type: none"> - 117 familiares/acompañantes - Área de Urgencias - Estudio retrospectivo descriptivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta telefónica de satisfacción de pacientes utilizada para un estudio comparativo en servicios de urgencias de agudos
Wolff y col ⁽¹⁸⁾ 2018 EEUU	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes de 65 años o más con deterioro cognitivo y acompañantes familiares (n = 93) y médicos (n = 14) - Centros de AP, Clínicas de geriatría - Estudio piloto aleatorizado y controlado de dos grupos 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de verificación auto administrada para aclarar el papel del acompañante y establecer una agenda de visitas compartida - Grabaciones de audio de la visita
Wolff y col ⁽¹⁹⁾ 2014 EEUU	<ul style="list-style-type: none"> - Personas de 65 años o más (n=32) y acompañantes (n = 17) - Clínica ambulatoria de geriatría - Estudio piloto controlado aleatorizado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de verificación diseñada para obtener y alinear las perspectivas del paciente y el acompañante con respecto a los problemas de salud para discutir con el médico y estimular la discusión sobre el papel del acompañante en la visita. - Grabaciones de audio de la visita
Pascual-Fernández y col ⁽²⁰⁾ 2015 España	<ul style="list-style-type: none"> - 186 profesionales de enfermería - Departamento Materno-Infantil - Estudio transversal descriptivo 	<p>La escala (FINC-NA) desarrollada en Suecia en 2003, compuesta de 26 ítems, con respuestas en formato Likert agrupados en 4 factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (Fam-RNC) Familia como recurso en los cuidados de enfermería (10 ítems) 2. (Fam-CP) Familia como recurso de dialogo (8 ítems) 3. (Fam-B) Familia como carga (4 ítems) 4. (Fam-OR) Familia como recurso propio (4 ítems)

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN.

Autoría Año País	Descripción de los principales objetivos	Resultados
Pérez-Milena y col ⁽¹⁶⁾ 2022 España	- Valorar la influencia del acompañante en consulta sobre la calidad de la comunicación médico-paciente y la duración de la consulta.	-Un 27,7% de consultas con acompañante -La duración media de las entrevistas fue de $8,5 \pm 4,0$ minutos, superior $2,7 \pm 0,5$ minutos en consultas con acompañante ($p < 0,001$ t de Student) y con mayor número de motivos de consulta (40% con ≥ 3 motivos, $p = 0,048$ X2). -El valor medio de la puntuación total de la escala CICAA-2 ($46,9 \pm 16,5$) fue superior en las consultas con acompañante (diferencia $4,6 \pm 2,3$)
Morales-Guijarro y col ⁽¹⁷⁾ 2011 España	- Determinar el grado de satisfacción de los acompañantes de usuarios del servicio de urgencias, identificar factores que puedan influir en su satisfacción y establecer las áreas de mejora.	1. Poder acompañar a su familiar ($p < 0,0001$). 2. Información de los resultados ($p < 0,001$). 3. Hablar con los médicos/as cuando lo solicitan ($p < 0,0001$). 4. Sentir escucha en sus explicaciones ($p < 0,002$). 5. Utilización de un lenguaje asequible ($p < 0,024$). 6. Amabilidad y respeto ($p < 0,001$). 7. Permanecer el tiempo necesario en la urgencia ($p < 0,001$). 8. Ubicación adecuada ($p < 0,001$)
Wolff y col ⁽¹⁸⁾ 2018 EEUU	Establecer prioridades para la discusión durante las visitas de atención primaria con tiempo limitado en la atención de pacientes con deterioro cognitivo	-Los participantes de la intervención respaldaron un rol de comunicación activa para los acompañantes para ayudar a los pacientes a entender lo que el médico dice o quiere decir (90 %), recordarles a los pacientes que hagan preguntas directamente a los profesionales (84%), o escuchar y tomar notas (82%). - La comunicación estuvo significativamente más centrada en el paciente durante la intervención que en las visitas de control en clínicas generales ($p < 0,001$) y en los análisis agrupados (ratio de 0,86 frente a 0,68; $p = 0,046$).
Wolff y col ⁽¹⁹⁾ 2014 EEUU	-Determinar la aceptabilidad de una lista de verificación previa a la consulta para adultos mayores, que asisten a visitas médicas, con acompañante y evaluar sus efectos en la comunicación durante la visita.	-La comunicación estuvo significativamente más centrada en el paciente en las visitas del grupo de intervención (ratio de 1,22 frente a 0,71; $P = 0,03$). -El personal médico era más propenso a indicar que las y los acompañantes de la intervención «les ayudaron a proporcionar una buena atención al paciente» (94% frente a 60%; $P = 0,02$). Los y las pacientes que recibieron la intervención tenían más probabilidades de indicar que «entendían mejor los consejos y las explicaciones del profesional» porque su acompañante estaba presente (82 % frente a 47 %; $P = 0,03$).
Pascual-Fernández y col ⁽²⁰⁾ 2015 España	El objetivo de este estudio fue adaptar culturalmente (traducción, adaptación y validación) la escala Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes (FINC-NA) al contexto de la práctica de enfermería española	-La familia como recurso más de los cuidados de enfermería (Fam-RNC) α de Cronbach 0,888 -La familia como colaborador dialogante (Fam-CP) α de Cronbach 0,817 -La familia como una carga (Fam-B) α de Cronbach 0,769 -La familia como recurso propio (Fam-OR) α de Cronbach 0,778 -El coeficiente α de Cronbach para el cuestionario total fue de 0,864 con coeficiente mayor de 0,760 en los 4 factores del análisis factorial.

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN.

Autoría Año País	Muestras Áreas Diseño	Intervención Instrumentos de medida
Santos y col ⁽²¹⁾ 2015 Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - 34 familiares, fueron principalmente, madres (23; 67,6%), tíos (5; 14,7%), abuelos (4; 11,8%) y padres (2; 5,9%) de los niños. - Clínica Pediátrica y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) - Investigación descriptiva 	<ul style="list-style-type: none"> -Se analizaron en este estudio 12 sesiones grupales, que fueron grabadas en formato digital sesiones de Grupo de Apoyo a Padres y Familiares (GRAPF)
Martos-Casado y col ⁽²²⁾ 2014 España	<ul style="list-style-type: none"> -78 familiares y 44 profesionales -UCI -Estudio descriptivo en 2 fases 	<ul style="list-style-type: none"> -Encuestas estructuradas telefónica a los familiares -El mismo cuestionario adaptado y autoadministrado a los profesionales
Asencio-Gutiérrez y col ⁽²³⁾ 2017 España	<ul style="list-style-type: none"> -315 personal médico y/o enfermero con experiencia laboral en servicios de Urgencias y Emergencias (hospitalarias o extrahospitalarias) o Cuidados Críticos -Hospitales, Centros de Atención Primaria, Servicio de Urgencia Médica y Empresa Pública de Emergencias Sanitarias -Estudio observacional descriptivo transversal 	<ul style="list-style-type: none"> -Encuesta online
Allen y col ⁽²⁴⁾ 2016 EE.UU	<ul style="list-style-type: none"> - Encuestas PRE (n=412 familiares; 49 enfermeras) y POST (n=427 familiares; 47 enfermeras), médico PRE (n=5) y POST (n=6). - UCI quirúrgica - Un ensayo comparativo antes y después no aleatorizado 	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta PRE y POST
Khan y col ⁽²⁵⁾ 2016 EE.UU	<ul style="list-style-type: none"> -Padres (n = 286) y residentes superiores del equipo nocturno (n = 34) -Hospital pediátrico de atención terciaria -Estudio de cohorte prospectivo 	<ul style="list-style-type: none"> -Calificación de la comprensión compartida -Predictores de la falta de comprensión compartida -Comprensión percibida y experiencia de los padres durante la noche
Riffin y col ⁽²⁶⁾ 2021 EE.UU	<ul style="list-style-type: none"> -Personal de atención primaria (N = 30), pacientes adultos mayores y cuidadores familiares (N = 40) -Centros de AP -Estudio cualitativo 	<ul style="list-style-type: none"> entrevistas semiestructuradas individuales de 30 minutos de duración

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN.

Autoría Año País	Descripción de los principales objetivos	Resultados
Santos y col ⁽²¹⁾ 2015 Brasil	Identificar los efectos dañinos de la comunicación entre los profesionales de la salud y las familias de menores hospitalizados	El análisis del material llevó a la proposición de las categorías: --Atender de modo impersonal y puramente técnico -Órdenes y lecciones de moral -Mensajes contradictorios
Martos-Casado y col ⁽²²⁾ 2014 España	-Estimar la satisfacción de familiares de paciente crítico con respecto al entorno asistencial, la relación con los y las profesionales y el régimen de visitas, y compararla con la percepción del profesional.	-El 70% de los y las profesionales percibieron que la información dada al ingreso no es comprendida por familiares, aunque un 97% de ellos afirmaban sí haberla comprendido. Se observan diferencias estadísticamente significativas en relación con la valoración sobre la localización de la unidad, la sala de espera, la de información y aspectos de la comodidad, siendo siempre los y las profesionales quienes estimaban mayor insatisfacción ($p < 0,05$)
Asencio-Gutiérrez y col ⁽²³⁾ 2017 España	-Conocer la opinión del personal sanitario sobre la presencia de familiares (PF) durante las maniobras de RCP	-El 45% cree que la PF durante la RCP no es una demanda de las y los usuarios. El 64% valora de forma negativa o muy negativa la implantación de esta práctica. El 45% opina que evitaría el sentimiento de abandono que se instala en los allegados, siendo éste el beneficio potencial más percibido. El 30% no cree que pueda ayudar a reducir la ansiedad de familiares. La mayoría señala que la PF provocaría situaciones de violencia, daño psicológico en testigos y más errores durante la atención.
Allen y col ⁽²⁴⁾ 2016 EE.UU	-Este estudio buscó determinar si la incorporación de miembros de la familia en las rondas en la UCI mejora el conocimiento del paciente y la familia, y si al hacerlo mejora la gestión del tiempo del equipo y la satisfacción con el proceso.	El conocimiento de la familia sobre el curso clínico y los planes aumentó de 146/412 (35,4%) a 374/427 (87,6%; $P < 0,0001$). El personal de enfermería se mostró casi uniformemente satisfacción con la interacción familiar planificada en las rondas (PRE: 9/49; 18,4% vs POST: 46/47; 97,9%; $P < 0,0001$). Las reuniones familiares semanales, fuera de las rondas, disminuyeron sustancialmente de una media de 5,3+2,7 a 0,3+0,9; $p < 0,001$).
Khan y col ⁽²⁵⁾ 2016 EE.UU	-Se estudió las deficiencias de comunicación evidenciadas por la falta de comprensión compartida entre padres y residentes, del equipo nocturno, sobre el motivo de admisión y el plan de atención	Se analizaron datos de 257 parejas de padres y residentes. Entre ellos, el 45,1 % fueron calificados como carentes de juicio compartido (puntuación de acuerdo = 1 o 2). En el análisis multivariable, una mayor complejidad del plan ($P < .001$) y la duración de la estancia ($P = .002$) se asociaron con esta falta de juicio compartido.
Riffin y col ⁽²⁶⁾ 2021 EE.UU	-Este estudio identifica los desafíos y explora enfoques para gestionar las interacciones entre pacientes y familiares en AP.	Se identificaron tres desafíos: 1) gestionar la autonomía del paciente y la motivación de la familia para participar 2) resolver desacuerdos entre paciente y familia, y 3) minimizar las conductas intrusivas de las y los miembros de la familia.

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN.

Autoría Año País	Muestras Áreas Diseño	Intervención Instrumentos de medida
Isenberg y col ⁽²⁷⁾ 2018 Canadá	<ul style="list-style-type: none"> -61 visitas prequirúrgicas - Hospital académico de atención terciaria - Ensayo clínico aleatorizado 	<ul style="list-style-type: none"> -El Sistema de análisis de interacción de Roter (RIAS) - Las y los cirujanos, pacientes y acompañantes completaron cuestionarios de satisfacción posteriores a la visita.
Wolff y col ⁽²⁸⁾ 2018 EE.UU	<ul style="list-style-type: none"> -30 pacientes participantes - 14 acompañantes eran hijos adultos (50,0%), cónyuges (33,3%) y otros familiares o amigos (16,7%) y geriatras - Clínica geriátrica -Estudio piloto de una intervención de comunicación entre pacientes y acompañantes 	<ul style="list-style-type: none"> -Breve lista de verificación, obtener y alinear las perspectivas de paciente y acompañante con respecto a las preocupaciones de salud, para discutir las con el profesional de la medicina, y estimular el debate entre pacientes y acompañantes sobre el papel del acompañante en la visita. -Reunión con un miembro del equipo de investigación aprox. 30 minutos
Tripon y col ⁽²⁹⁾ 2014 Francia	<ul style="list-style-type: none"> -343 participantes, de los cuales 159 fueron de médicos de urgencias, 179 de enfermeras y 5 de encuestados no indicaron su ocupación. -Sanidad Francesa -Estudio observacional 	<ul style="list-style-type: none"> -Mediante un cuestionario se exploró la práctica, opiniones y argumentos, a favor y en contra, de la presencia de los progenitores durante la RCP infantil.
Zhai y col ⁽³⁰⁾ 2020 China	<ul style="list-style-type: none"> -Se realizaron observaciones (n = 36) y entrevistas semiestructuradas (n = 24) con pacientes y familiares. -Hospital oncológico - Estudio observacional 	<ul style="list-style-type: none"> -Observaciones y entrevistas semiestructuradas

MIR de MFyC- Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, AP- Atención Primaria

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN.

Autoría Año País	Descripción de los principales objetivos	Resultados
Isenberg y col ⁽²⁷⁾ 2018 Canadá	<p>-Examinar la asociación entre la presencia de familiar acompañante, durante las visitas prequirúrgicas previas a una cirugía mayor oncológica y la comunicación y satisfacción entre paciente y profesional</p> <p>-Evaluar cómo la comunicación en la consulta prequirúrgica podría verse afectada por la visualización de un video diseñado para preparar a pacientes y miembros de la familia, de cara a una cirugía mayor</p> <p>-Grabación digital</p>	<p>La comunicación con el o la acompañante fue en gran medida emocional y facilitadora, según lo medido por RIAS. Su presencia se asoció con mayor explicación por parte del personal especializado (IRR 1,29, p = 0,006) y entrega de información médica (IRR 1,41, p = 0,001). La presencia de acompañante se asoció con una menor divulgación de temas de estilo de vida/psicosociales por parte de los pacientes (IRR 0,55, p = 0,037). En los análisis ajustados, la presencia de acompañante se asoció con niveles más bajos de interacción centrada en el paciente (IRR 0,77, p 0,004). No hubo diferencias en la satisfacción de paciente o profesional en función del acompañamiento.</p>
Wolff y col ⁽²⁸⁾ 2018 EE.UU	<p>-Se estudiaron los estilos de comunicación de los y las familiares acompañantes, durante las visitas de AP de adultos mayores, incluso y si estas conductas varían con respecto a cómo las y los adultos mayores manejan su salud, las preferencias para involucrar a la familia en la toma de decisiones médicas y las calificaciones de la amabilidad del acompañante.</p>	<p>-Los familiares acompañantes facilitaron predominantemente el intercambio de información entre profesional y paciente. Más de la mitad de las conductas de comunicación de las y los acompañantes estaban dirigidas a mejorar la comprensión la información recibida, por parte del paciente. Las personas acompañantes fueron más activas verbalmente durante las visitas y fueron calificadas como más útiles pacientes que preferían la participación activa de la familia en la toma de decisiones médicas.</p>
Tripon y col ⁽²⁹⁾ 2014 Francia	<p>-Los objetivos principales fueron evaluar la experiencia y las opiniones sobre la presencia de los progenitores durante la RCP infantil, entre los equipos de emergencia</p> <p>-Analizar las razones a favor y en contra de su presencia</p> <p>-Explorar las posiciones morales de las y los encuestados.</p>	<p>- El 52% de las y los encuestados había experimentado la presencia de los progenitores durante la RCP infantil, pero había sido el deseo del personal médico solo en el 6% de estas ocasiones. Solo el 17% de los encuestados estaba a favor de esta presencia. Las y los médicos de urgencias (27%) se mostraron favorables con más frecuencia que el personal de enfermería (12%). Las razones en contra fueron el trauma psicológico el riesgo de interferencia con el tratamiento y el estrés para el equipo de atención.</p>
Zhai y col ⁽³⁰⁾ 2020 China	<p>-La atención centrada en el paciente (ACP) y la toma de decisiones compartida (TDC)</p>	<p>-En las observaciones, el 69,4% de las familias participantes tomaron la decisión de someterse a una intervención quirúrgica al final de la consulta. En las entrevistas, emergieron tres temas principales, en relación con las características del modelo de toma de decisiones familiar, que incluyeron tres elementos estructurales: el rol de paciente, la estructura funcional familiar y el control de la información.</p>

TABLA 4. ASOCIACIÓN DE LA INFLUENCIA POSITIVA O RIESGO PSICOSOCIAL PARA EL PROFESIONAL SANITARIO

Estudios	Influencia Positiva	Influencia Negativa
Pérez-Milena y col	Mejora la capacidad para identificar y comprender los problemas del paciente	Mayor inversión de tiempo para la consulta
Morales-Guijarro y col	Rapidez en la asistencia, facilidad de acompañamiento y transmisor de información, empatía y trato amable	Personal sanitario se identifica, intimidad no adecuada
Wolff y col (2018)	Mejora la comunicación para pacientes con deterioro cognitivo	El paciente no pregunta de forma directa al médico, más probabilidad de apoyarse en quien le acompaña, para que formalice las preguntas. No toma notas.
Wolff y col (2014)	Mejora comunicación en la visita médica centrada en el paciente	-
Pascual-Fernández y col	La familia, como un recurso más de los cuidados de enfermería, colaborador dialogante.	La familia supone una carga adicional sobre el trabajo
Santos y col	-	Atender de modo impersonal y puramente técnico, órdenes y lecciones de moral, mensajes contradictorios, ignorar el problema de la familia
Martos-Casado y col	Percepción de insatisfacción con la información transmitida a los familiares.	Discordancia entre la opinión de la familia y del profesional sobre la información transmitida y recibida.
Asencio-Gutiérrez y col	El personal de Urgencias y Emergencias extrahospitalarias parece el colectivo más abierto a permitir la presencia de familiares durante RCP	La mayoría de las y los profesionales percibe más riesgos que beneficios, de la presencia de familiares.
Allen y col 2016	Mejora la comunicación y la satisfacción y permite que el equipo destine menos tiempo en informar a la familia	-
Khan y col	-	Familiares y profesionales del turno nocturno, con frecuencia, carecen de un entendimiento mutuo.
Riffin y col	Intervenciones centradas en la comunicación para promover interacciones positivas entre personal médico, pacientes y familiares	Tanto pacientes como cuidadores prefieren enfoques que implican discusiones colaborativas en lugar de individuales
Isenberg y col	Comunicación más emocional y facilitadora, más información proporcionada por parte del especialista (cirugía)	La presencia de acompañante disminuyó la atención centrada en el paciente
Wolff y col 2017	Facilitando y mejorando la comprensión de la información médica	Los y las acompañantes fueron más activas verbalmente en la comunicación entre profesional y paciente, desviando la atención centrada en el paciente.
Tripon y col	-	La mayoría de las y los profesionales se posicionaron en contra de la presencia de los padres y madres, por el trauma psicológico, el riesgo de interferencia con el tratamiento y el estrés del equipo
Zhai y col	-	Miembros de la familia dominaban el proceso de toma de decisiones, lo que planteaba inquietudes en torno al consentimiento informado.

de resultado, selección del resultado informado) que fueron evaluados individualmente y posteriormente se agruparon para determinar el riesgo global (bajo, moderado, serio y crítico) de sesgos de los estudios seleccionados. La escala es una guía para evaluar el riesgo de sesgo, pero no proporciona una medida absoluta de la calidad metodológica o validez de los estudios. La interpretación global se basó en la evaluación realizada según el nivel de sesgo considerado en cada ítem y su impacto global en la validez de los resultados de los estudios. Se determinó riesgo moderado para 4 estudios (Santos y col., Ruffin y col., Wolff y col. (2017) y Zhai y col.). La totalidad del resto de los estudios fueron evaluados de riesgo bajo.

Discusión

La percepción de la autonomía del paciente y su capacidad de tomar decisiones importantes relacionadas con su salud, incluye la participación de familiares o acompañantes en su proceso asistencial. El acompañamiento, en la consulta de atención sanitaria, es un hecho socialmente normalizado y aceptado culturalmente. La influencia psicosocial del acompañante, sobre el personal sanitario, es un área de investigación que necesita mayor atención, a excepción de estudios puntuales de paciente pediátrico y geriátrico^(6,31). Aunque existen estudios que exploran el impacto de las y los cuidadores en el bienestar de los pacientes, la perspectiva de cómo éstos afectan al personal sanitario está menos explorada.

Carga de trabajo.

Atender las necesidades de quien acompaña, proporcionarle información y apoyo emocional, puede aumentar la carga de trabajo del personal sanitario, suponiendo una disminución del tiempo para atender a paciente^(32,33). En situaciones de escasez de personal, esto puede generar agotamiento y estrés^(34,35). Existen dos perfiles principales de acompañante, categorizados desde la perspectiva del personal sanitario: colaborador

y no colaborador. El primero se caracteriza por la ayuda respetuosa al sanitario, aportación de información relevante, asumir responsabilidad en el proceso terapéutico y mediación. El segundo es contemplado en varios grados, según su mayor o menor participación, hasta la intervención excesiva, que anula la del paciente⁽³⁶⁾.

Comunicación y colaboración.

Una comunicación efectiva con acompañantes es crucial para el cuidado del paciente. Quien acompaña puede proporcionar información valiosa sobre el historial y las necesidades del paciente. Sin embargo, las diferencias de expectativas y la falta de comunicación bilateral clara pueden generar conflictos. En este sentido, algunas formas de comunicación, provocan efectos colaterales indeseables y contribuyen a acentuar el sufrimiento de la familia que convive con el sufrimiento del paciente⁽³⁷⁾. Los relatos de las familias indican que las posturas asumidas por las y los profesionales de salud pueden también comprometer la humanización del cuidado⁽³⁸⁾. La humanización, desde la perspectiva de la familia, es un conjunto complejo de actitudes motivadas por un pensamiento ético, humanitario, social y holístico⁽³⁹⁾. Es imprescindible, para los y las profesionales de la salud, desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, durante cualquier acto asistencial, basadas no solamente en la comunicación verbal sino atendiendo además, al lenguaje no verbal en la interacción con paciente y acompañante⁽⁴⁰⁾.

Atención centrada en el paciente.

La presencia de acompañante puede ser beneficiosa en muchos casos, pero no debe convertirse en un obstáculo para una atención centrada en el paciente. Sus interrupciones pueden impedir que se establezca una comunicación fluida y completa. Puede tomar la palabra, en lugar del paciente, condicionando que éste exprese sus propias preocupaciones y necesidades⁽⁴¹⁾. Cabe la posibilidad de que se genere una dinámica de atención que no se centra en el paciente sino

en la persona acompañante y en sus propias necesidades o preocupaciones^(42,43). Es importante que las y los profesionales de la salud sean conscientes de esta posibilidad y tomen medidas para evitarlo: establecer límites claros, dirigir la comunicación directamente al paciente, crear un ambiente de confianza y respeto, y dedicar tiempo a escuchar al paciente en privado, si fuera necesario.

Impacto emocional.

En general, la posibilidad de acompañante en consultas médicas depende de varios factores como la condición del paciente, el tipo de consulta o la política del centro. Sin embargo, hay situaciones en las que el acompañamiento es altamente recomendable o incluso necesario. La atención a menores, personas con problemas de autonomía, adultos mayores, en especial, si asocian deterioro cognitivo o movilidad reducida, entre otros, a menudo se benefician del acompañamiento. En ocasiones, las características de la actuación hacen imprescindible este acompañamiento para garantizar la seguridad del paciente. Como por ejemplo procedimientos que requieren sedación o anestesia, consultas donde se proporciona información compleja, diagnósticos graves, tratamientos complejos, toma de decisiones vitales. En situaciones de emergencia, es recomendable contar con este apoyo que ayude a comunicarse con el personal médico, pero quien acompaña puede, a su vez, transmitir estrés, ansiedad o frustración, afectando el estado emocional del personal sanitario. En situaciones de alta tensión, como urgencias o cuidados intensivos, la presencia de familiares angustiados puede aumentar la presión sobre el personal^(44,45).

También el profesional de la salud puede presentar una condición de mayor vulnerabilidad frente a esta presión, propia de situaciones de urgencia y, en algún caso, magnificada por la presencia de acompañantes. Un ejemplo de esta vulnerabilidad, son las y los especialistas en formación, por la inseguridad que conlleva la falta de conocimientos y experiencia.

A modo de conclusión, la influencia psicosocial de los acompañantes es un factor relevante, que puede afectar al bienestar y desempeño del personal sanitario y que debería tenerse en cuenta en las evaluaciones de riesgo psicosocial y en las actividades de prevención y promoción de la salud. La presencia de acompañantes puede también influir en el clima laboral y en la dinámica del equipo sanitario. Las interacciones negativas pueden condicionar la satisfacción laboral y el bienestar del personal en el ámbito sanitario. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor esta dinámica y desarrollar estrategias de mejora de los factores psicosociales presentes en la comunicación y de la colaboración entre el personal sanitario y acompañantes.

Otra información

El manuscrito ya ha obtenido el código de registro en PROSPERO (International prospective register of systematic reviews)CRD420251011266.

Redacción

Se siguió la “Guía para el uso no sexista de la lengua” del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) para la redacción del trabajo⁽⁴⁶⁾.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación externa para la realización de este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

No aplica.

Bibliografía

1. Laidsaar-Powell RC, Butow PN, Bu S, Charles C, Gafni A, Lam WW et al. Physician-patient-companion communication and decision-

- making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient Educ Couns*. 2013; 91:3-13.
2. Troy E, Doltani D, Harmon D. The role of a companion attending consultations with the patient. A systematic review. *Ir J Med Sci*. 2019;188:743-50.
 3. Hernández-Flores N. El papel del acompañante en la consulta médica de atención primaria. Roles y efectos sociales. *Oralia: Análisis Del Discurso Oral*. 2017;20:179-202. <https://doi.org/10.25115/oralia.v20i1.6869>
 4. Cordella M. Enfrentándose al cáncer en compañía: el rol del familiar en la consulta oncológica. *Discurso & Sociedad*. 2011;5(3):469-91.
 5. Cordella M. A triangle that may work well: Looking through the angles of a three-way exchange in cancer medical encounters. *Discourse & Communication*. 2011;5(4):337-53.
 6. Pennbrant S. A trustful relationship – the importance for relatives to actively participate in the meeting with the physician. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2013;8:20608.
 7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE*. 2002;274:15/11/2002.
 8. Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. *BON*. 2010;139:15/11/2010.
 9. Turabián JL, Minier-Rodríguez LE, Moreno-Ruiz S, Rodríguez-Almonte FE, Cucho-Jove R. Types of Companion of the Patient in Family Medicine. *J Health Edu Res Dev*. 2016;4:186.
 10. Turabián JL, Pérez Franco B. El acompañante en la entrevista clínica de atención primaria. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2015;41(4):206-13.
 11. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*. 2001;323(7308):334-6.
 12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6:e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
 13. Elm EV, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ*. 2007;335:806. doi:10.1136/bmj.39335.541782.AD
 14. Zingg W, Castro-Sanchez E, Secci FV, Edwards R, Drumright LN, Sevdalis N, Holmes AH. Innovative tools for quality assessment: integrated quality criteria for review of multiple study designs (ICROMS). *Public Health*. 2016;133:19-37. doi:10.1016/j.puhe.2015.10.012
 15. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919. doi:10.1136/bmj.i4919
 16. Pérez-Milena A, Zafra-Ramírez N, Ramos-Ruiz JA, Rodríguez-Bayón A, Zafra-Ramírez J. Influencia del acompañante en las consultas de Atención Primaria sobre las habilidades en comunicación y el tiempo de entrevista. *Aten Primaria*. 2022;54(9):102388. Spanish. doi:10.1016/j.aprim.2022.102388
 17. Morales-Guijarro AM, Nogales-Cortés MD, Pérez-Tirado L. Acompañante satisfecho, un indicador de calidad. *Rev Calid Asist*. 2011;26(1):47-53. Spanish. doi:10.1016/j.cali.2010.07.004
 18. Wolff JL, Roter DL, Boyd CM, Roth DL, Echavarría DM, Aufill J, Vick JB, Gitlin LN. Patient-Family Agenda Setting for Primary Care Patients with Cognitive Impairment: the SAME Page Trial. *J Gen Intern Med*. 2018;33(9):1478-86. doi:10.1007/s11606-018-4563-y
 19. Wolff JL, Roter DL, Barron J, Boyd CM, Leff B, Finucane TE, Gallo JJ, Rabins PV, Roth DL, Gitlin LN. A tool to strengthen the older patient-companion partnership in primary care: results from a pilot study. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(2):312-9. doi:10.1111/jgs.12639
 20. Pascual Fernández MC, Ignacio Cerro MC, Cervantes Estévez L, Jiménez Carrascosa MA, Medina Torres M, García Pozo AM. Cuestionario

- para evaluar la importancia de la familia en los cuidados de enfermería. Validación de la versión española (FINC-NA). *An Sist Sanit Navar*. 2015;38(1):31-9. Spanish. doi:10.23938/ASSN.0051
21. Santos L Ferreira, Oliveira L, Cavalcante, Munari D, Barbosa M, Peixoto M, Nogueira A. Cuando la comunicación es nociva en el encuentro entre profesional y familia del niño hospitalizado. *Enferm Global*. 2015;14(37):192-203.
22. Martos-Casado G, Aragón-López A, Gutiérrez-Ramos N. Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014;25(4):164-72. Spanish. doi:10.1016/j.enfi.2014.10.001
23. Ascencio-Gutiérrez JM, Reguera-Burgos I. The opinion of health professionals regarding the presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation. *Enferm Intensiva*. 2017;28(4):144-59. English, Spanish. doi:10.1016/j.enfi.2017.01.002
24. Allen SR, Pascual J, Martin N, Reilly P, Luckianow G, Datner E, Davis KA, Kaplan LJ. A novel method of optimizing patient- and family-centered care in the ICU. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017;82(3):582-6. doi:10.1097/TA.0000000000001332
25. Khan A, Rogers JE, Forster CS, Furtak SL, Schuster MA, Landrigan CP. Communication and Shared Understanding Between Parents and Resident-Physicians at Night. *Hosp Pediatr*. 2016;6(6):319-29. doi:10.1542/hpeds.2015-0224
26. Riffin C, Wolff JL, Butterworth J, Adelman RD, Pillemer KA. Challenges and approaches to involving family caregivers in primary care. *Patient Educ Couns*. 2021;104(7):1644-51. doi:10.1016/j.pec.2020.11.031
27. Isenberg SR, Aslakson RA, Dionne-Odom JN, Clegg Smith K, Singh S, Larson S, Bridges JFP, Smith TJ, Wolff JL, Roter DL. Family companions' involvement during pre-surgical consent visits for major cancer surgery and its relationship to visit communication and satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2018;101(6):1066-74. doi:10.1016/j.pec.2018.01.011
28. Wolff JL, Guan Y, Boyd CM, Vick J, Amjad H, Roth DL, Gitlin LN, Roter DL. Examining the context and helpfulness of family companion contributions to older adults' primary care visits. *Patient Educ Couns*. 2017;100(3):487-94. doi:10.1016/j.pec.2016.10.022
29. Tripon C, Defossez G, Ragot S, Ghazali A, Boureau-Voultoury A, Scépi M, Oriot D. Parental presence during cardiopulmonary resuscitation of children: the experience, opinions and moral positions of emergency teams in France. *Arch Dis Child*. 2014;99(4):310-5. doi:10.1136/archdischild-2013-304488
30. Zhai H, Lavender C, Li C, Wu H, Gong N, Cheng Y. Who decides? Shared decision-making among colorectal cancer surgery patients in China. *Support Care Cancer*. 2020;28(11):5353-61. doi:10.1007/s00520-020-05391-3
31. Madfes I. Polifonía en la entrevista médica. El acompañante o el pariente pobre de la interacción médico-paciente. *Oralia*. 2006;9:167-84.
32. Walker W, Deacon K. Nurses' experiences of caring for the suddenly bereaved in adult acute and critical care settings, and the provision of person-centred care: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;33:39-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.005>
33. Montoya-Tamayo D, Monsalve-Ospina T, Forero-Pulido C. Significado del afrontamiento familiar para enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos de Medellín. *Enferm Intensiva*. 2015;26:144-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2015.07.003>
34. Hernández Flores N. Modalidad y direccionalidad del efecto social en la interacción hablada. Una discusión e ilustración de actividades de imagen en la interacción médico-paciente. In: Dumitrescu D, Bravo D, editors. *Roles situacionales, interculturalidad y multiculturalidad en encuentros en español*. Buenos Aires/Los Ángeles: Dunken/Academia Norteamericana de la Lengua; 2016. p. 193-211.
35. Gerasimou-Angelidi S, Myrianthefs P, Chovas A, Baltopoulos G, Komnos A. Nursing activities score as a predictor of family satisfaction in

an adult Intensive Care Unit in Greece. *J Nurs Manag.* 2014;22:151-8. <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12089>

36. López García-Ramos L, Martín DL, Jiménez FJB, De Colosía Civantos MP, González MP. Influencia del acompañante en la negociación y la duración de la consulta en atención primaria. *Aten Primaria.* 2009;41(3):147-51.
37. Maldonado MT, Canella P. Resources relationship to health professionals: a good communication with clients and their families in medical offices, clinics and hospitals. Rio de Janeiro: Reichamann & Affonso; 2003.
38. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Therapeutic communication in nursing: Essential instrument of care. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(3):312-8.
39. Alves AM, Gonçalves CSF, Martins MA, Silva ST, Auwerter TC, Zagonel IPS. The effectiveness of the solidary care ahead of events that follow the chronic illness process of the hospitalized child. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2006;8(2):192-204.
40. Araújo MMT, Silva MJP, Puggina ACG. Nonverbal communication as an iatrogenic factor. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):419-25.
41. Gobat N, Kinnersley P, Gregory JW, Robling M. What is agenda setting in the clinical encounter? Consensus from literature review and expert consultation. *Patient Educ Couns.* 2015;98(7):822-9.
42. McDaniel S, Campell T, Hepworth J, Lorenz A. *Family-Oriented Primary Care.* 2nd ed. New York, NY: Springer; 2005.
43. Wolff JL, Boyd CM. A look at person- and family-centered care among older adults: Results from a national survey. *J Gen Intern Med.* 2015;30(10):1497-504.
44. Adell B, López T, Muñoz S. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos? *Enferm Intensiva.* 2000;11:3-9.
45. Zaforteza C, Prieto S, Canet T, Díaz Y, Molina M, Moreno M, et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva.* 2010;21:11-9.
46. Guía para el uso no sexista de la lengua. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Desarrollado por la Universidad Autónoma De Madrid. 2019.