



TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2014/2015

*PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS DE LA UNIDAD
DE URGENCIAS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL
UNIVERSITARIO DE LEÓN SOBRE LA PRESENCIA
DE ACOMPAÑANTES EN LOS BOXES DE ADULTOS*

*LEÓN UNIVERSITY HOSPITAL COMPLEX CASUALTY
DEPARTMENT: NURSES PERCEPTION REGARDING THE
PRESENCE OF PATIENT COMPANIONS IN THE ADULTS
EMERGENCY WARDS*

Realizado por: M^a Carmen Ferreras González
Dirigido por: Mercedes López Aguado

En León, a 6 de Julio del 2015

V^oB^o DIRECTOR/A

V^oB^o AUTOR/A

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1. Definición del problema de investigación	4
2.2. Estado de los conocimientos	5
2.3. Modelo teórico y cuestiones de investigación	19
3. METODOLOGÍA	21
3.1. Diseño	21
3.2. Instrumento de recogida de información	21
3.3. Participantes	21
3.4. Procedimiento	22
4. RESULTADOS	22
4.1. Análisis inicial cuestionario PPEUCAB	22
4.2. Segundo análisis cuestionario PPEUCAB	25
4.3. Análisis de las respuestas y diferencias por variables de interés	27
4.4. Análisis cualitativo de la pregunta abierta del cuestionario	31
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	35
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
7. ANEXOS	43
7.1. Anexo I. Cuestionario inicial PPEUCAB	43
7.2. Anexo II. Cuestionario final PPEUCAB	44

1. RESUMEN

Un problema que afecta al trabajo de los profesionales sanitarios en el Servicio de Urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), es la masificación de acompañantes en los boxes de adultos. **Objetivos:** El objetivo principal de este estudio es evaluar la percepción que tiene el personal de Enfermería del Servicio de Urgencias del CAULE sobre la presencia de acompañantes en el área de adultos, y como objetivo secundario la elaboración de un cuestionario para medir dicha variable. **Metodología:** Es un estudio descriptivo transversal por encuesta. La variable a estudiar es la percepción del personal de enfermería sobre la presencia de acompañantes. La muestra constó de 51 enfermeras/os y 31 TCAEs (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) de la Unidad de Urgencias del CAULE que constituyen el universo de la población a estudio. La recolección de datos se hizo mediante un cuestionario de elaboración propia (PPEUCAB). **Resultados:** No existen diferencias significativas de opinión en los subgrupos creados a partir de las características muestrales: género, edad, puesto de trabajo, antigüedad, turno de trabajo y situación laboral, teniendo la muestra un alto grado de concordancia en cuanto a la repercusión negativa de los acompañantes y los beneficios de permanecer un acompañante con cada paciente. El instrumento de medida creado una vez analizado y modificado aporta una buena fiabilidad y validez de constructo al estudio. **Conclusiones:** La aplicación práctica de este trabajo es poner en evidencia la necesidad de modificar la infraestructura y organización de la Unidad de Urgencias del CAULE. Los profesionales de enfermería aportan como propuestas: más información a pacientes y acompañantes en salas habilitadas, cerrar la unidad al público, control de entradas y permitir solo la entrada de un acompañante, mejorando la eficiencia del trabajo del personal de enfermería y por lo tanto el bienestar del paciente. Este proyecto puede proporcionar futuros estudios sobre líneas de intervención en la organización de los servicios de urgencias.

Palabras clave

enfermería de urgencias; satisfacción; cuestionarios; ruido; violencia; acompañantes.

ABSTRACT

A problem affecting the work of health professionals at the León University Hospital Complex Casualty Department (CAULE), is the massive presence of patient companions in the adults casualty wards. **Objectives:** The main objective of this study is to evaluate the perception of the CAULE Casualty Department nursing staff regarding the presence of patient companions in the adults area, and, as a secondary objective, creation of a

questionnaire to measure this variable. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study survey. The study variable is the perception of nurses about the presence of patient companions. The sample consisted of 51 nurses and 31 technicians nursing assistants at CAULE Casualty Department that constitutes the universe of the study population. Data collection was performed through a specifically designed questionnaire (PPEUCAB). **Results:** No significant differences of opinion in the subgroups created from the sample characteristics: gender, age, job, age, work shift and employment status, having shown a high degree of agreement on the negative impact of the patient companions, and the benefits of keeping a single companion with each patient. The created measuring tool, once analysed and modified provides good reliability and construct validity of the study. **Conclusions:** The practical application of this work is to highlight the need to modify the infrastructure and organization of the CAULE Casualty Department. Nursing personnel have also provided the following proposals: improve available information to patients and companions in specially designated rooms, close the unit to the general public, patient companion control and limit to a single companion for each patient, ultimately improving nursing personnel work efficiency and therefore patient welfare. This project can provide future studies on areas of intervention in the organization of emergency services.

Keywords:

emergency nurses; satisfaction; questionnaires; noise; violence; visitors.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Definición del problema de investigación

El campo sobre el que se enfoca el estudio es la utilización de los servicios de salud, en este caso concreto el Servicio de Urgencias del CAULE (Complejo Asistencial Universitario de León).

El origen de la investigación radica en un problema que afecta al Servicio de Urgencias del CAULE, que es la masificación de acompañantes en los boxes de adultos. La enfermera/o de triaje se encarga de informar a los pacientes y acompañantes que debe de pasar sólo un acompañante por paciente pero la realidad es que debido a la infraestructura del Servicio hay muchas puertas de acceso y es imposible controlar la entrada masiva de acompañantes. Todo esto perjudica tanto a los profesionales, que ven interrumpido su trabajo, como a los pacientes que se encuentran en un ambiente hacinado y ruidoso, lo que sumado a la ansiedad que produce estar en un servicio de urgencias, afecta negativamente

a su bienestar. Por otro lado en esta Unidad, se cuenta con un personal, las Auxiliares de Información, dentro de cuyas funciones está informar periódicamente a los familiares, estando esta necesidad cubierta. La consecuencia de esta masificación de acompañantes es fundamentalmente la interrupción del trabajo de los profesionales sanitarios, lo que conlleva en muchos casos de demanda urgente a no poder actuar con toda la rapidez que precisa esa situación crítica, disminuyendo así la eficacia y la eficiencia de las actividades, ya que el aumento del tiempo en el servicio de urgencias aumenta también los costes.

El objetivo general es conocer la percepción del personal de enfermería de la unidad de Urgencias del CAULE sobre la permanencia de acompañantes en los boxes de adultos. Se trata de un estudio descriptivo transversal por encuesta cuya cuestión fundamental es un análisis estratégico a partir del cual se podrán hacer propuestas de mejora en la unidad y abrir futuras líneas de investigación. Como objetivo secundario está la creación de un instrumento de medida para dicho fin puesto que existen cuestionarios sobre satisfacción laboral, estrés en enfermería y burnout, pero no existe ninguno validado que incluya este aspecto en concreto. Aunque el problema de los acompañantes en las unidades de hospitalización ya ha sido muy estudiado, la investigación propuesta difiere del resto puesto que la tendencia actual es a permitir libremente el acceso de acompañantes, justamente lo opuesto al objeto de este estudio.

2.2. Estado de los conocimientos

El bienestar del paciente se ve afectado en muchas ocasiones debido al excesivo ruido y la falta de intimidad. Este derecho a la intimidad se recoge en la Ley General de Sanidad (1986): "los pacientes tienen derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso" (15207-15224). La Ley de Autonomía del paciente (2002) reconoce que "el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica" (40126-40132).

Un estudio realizado en los servicios de urgencias de Aragón (Duarte et al., 2013), refleja que la percepción que tienen los pacientes respecto a su privacidad mientras permanecen en esta Unidad es que se respeta adecuadamente aunque la privacidad auditiva es la menos respetada y concluye diciendo que se debería alcanzar un nivel de respeto total ya que la privacidad es un derecho básico del paciente. Para ello se sugiere por ejemplo la presencia de puertas en vez de cortinas en los boxes de urgencias, lo que favorece la intimidad auditiva. Hace referencia también a las características que reúnen los servicios de urgencias y que pueden suponer amenazas para el respeto a la intimidad de los pacientes y para la seguridad entre los cuales destaca el número elevado de acompañantes

y pacientes, la tardanza en la atención, la presencia de muchos profesionales sanitarios en poco espacio y la falta de salas adecuadas para la información. Por lo tanto la percepción del personal de enfermería podría suponer futuros estudios enfocados al resto de profesionales de la Unidad de Urgencias, llevando a tomar medidas para mejorar este problema de masificación de acompañantes, que mejorasen el bienestar del paciente y la eficiencia de los cuidados.

Respecto a la normativa en nuestro país, en cada Comunidad Autónoma aparecen publicados derechos y deberes de usuarios y pacientes. En Castilla y León en el BOCYL del 22 de octubre del 2003, se publican las cartas de derechos y deberes de las guías de información al usuario en las que en el punto 3 del Catálogo de Derechos se detalla: "Derecho a que se le facilite el acompañamiento de los pacientes por un familiar o persona de su confianza, excepto si es desaconsejable o incompatible con la prestación sanitaria".

En otro apartado se citan los deberes de los usuarios, en el apartado 6 de los cuales se publica: "Deber de uso correcto de las instalaciones y servicios sanitarios, conforme a las normas generales de la utilización y las establecidas por los centros, servicios y establecimientos". Por lo tanto vemos que se pueden establecer normas de utilización particulares en cada caso y que se podría evaluar la atención profesional teniendo en cuenta tanto las expectativas de los pacientes como de los trabajadores, como ya se había estudiado previamente (Aguirre, 1990). De estas normas particulares se puede hacer referencia por ejemplo al Hospital Universitario de Asturias (HUCA), en el cual entre sus normas internas está la de que sólo se permiten acompañantes en el caso de personas mayores o discapacitados, lo que permite trabajar con fluidez en un entorno tranquilo, organizado y libre de ruidos, repercutiendo todo ello en el bienestar del paciente.

Diversa literatura plasma este tema, así hay autores que han estudiado diversas estrategias para mejorar esa eficiencia en nuestro sistema de salud, mediante reformas factibles y que no suponen un impacto presupuestario elevado a corto plazo (Artells, Meneu & Peiró, 2013). En este sentido en otros países como por ejemplo Portugal se han publicado ideas de mejora para los servicios de Urgencia. En este país los familiares tradicionalmente permanecen en la sala de espera pero son conscientes que debe haber un sistema de información eficaz para esas personas que están en la sala de espera durante largos periodos de tiempo. Son útiles las pantallas actualizadas en dichas salas con el tiempo de espera estimado de cada paciente, conseguir entornos pacíficos mediante música relajante, o televisores evitando programas que traten de enfermedades o desastres y dividir las salas para evitar multitudes. Es importante también apoyar emocionalmente a enfermeras/os y

resto de personal que trabaja en estas áreas de tormenta emocional (Sousa, Almeida & Simões, 2011).

Las actitudes de una persona pueden proporcionar una mejor comprensión de su comportamiento y se definen como "grupos relativamente estables de sentimientos y creencias" (Greenberg & Baron, 1997), para los cuales las prácticas realizadas se consideran una acción normal o habitual. Hay pocos estudios acerca de la experiencia que vive el acompañante cuando un familiar o amigo se enferma en su paso por las unidades hospitalarias y más concreto de urgencias. La experiencia es una forma de conocimiento derivada de la observación, de la vivencia de un evento o de las cosas que nos suceden en la vida. Generalmente se refiere al conocimiento procedimental vinculado a lo empírico, y condensa las dimensiones temporales pasadas y futuras. Las experiencias son posibles si se tienen expectativas y se transmiten de unos a otros, lo que permite aprender y volverlas un fenómeno social. En la experiencia se condensa la realidad y el pensamiento, mientras el sujeto que la elabora en esquemas mentales previos reflexiona, aprende, interpreta, transmite y define maneras de actuar. Por acompañante nos referimos a los familiares y amigos que están presentes cuando el paciente acude a los diferentes servicios sanitarios y se involucran en el cuidado del enfermo, no sólo proveen su asistencia en la unidad médica, sino en el hogar y el entorno comunitario. En la literatura anglosajona existe un término (family caregiver) refiriéndose a cuidador familiar. Dentro del término usuarios, incluimos tanto a pacientes como a acompañantes, quienes de manera similar o diferenciada tienen experiencias al acudir en busca de atención a las unidades hospitalarias. Es por ello que además del acompañante, también considera en ocasiones la experiencia del paciente. Las normas para los acompañantes difieren según el área en que los pacientes son atendidos, así los acompañantes en las áreas de urgencias y hospitalización cumplen funciones complejas y pasan por situaciones más estresantes teniendo que acoplarse a reglamentos más estrictos durante el internamiento del paciente. Se puede distinguir también entre acompañante y visitante, el primero es aquel que se involucra en los cuidados del paciente, atención del enfermo en casa, y en muchas ocasiones la efectividad y apego al tratamiento mientras que el visitante mantiene una relación más o menos de conocido en el círculo social del paciente. Es importante identificar las funciones que desempeñan los familiares o acompañantes como mediadores entre las necesidades del paciente y los procesos de atención médica urgente. La literatura apoya la idea de que las instituciones médicas se deben de humanizar más a través de la comunicación, información oportuna y el trato amable para generar una buena relación, lo que ayuda a disminuir los efectos que produce el padecimiento como son la angustia, la confusión y la incertidumbre. Los acompañantes son el vínculo entre el exterior de las unidades hospitalarias y el interior, cumplen una

función social ayudando con la información entre paciente y personal sanitario, influye también en la motivación del paciente para que siga las recomendaciones y alerta de los posibles cambios en el estado de salud. Además se necesita a esas personas para adaptar las necesidades, cultura, creencias y valores además del grado de discapacidad cuando es necesario (Sutton et al., 2013)

Estudios previos hablan de la presencia de acompañantes en el momento de realizar actuaciones urgentes sobre los pacientes como por ejemplo la RCP (Reanimación Cardiopulmonar) en Urgencias, afirmando en unos casos que tendría más riesgos que beneficios el hecho de que la familia estuviese presente en este tipo de actuaciones (Walker, 2008). En USA (Fisher et al., 2008) también se indagaron las actitudes del personal de enfermería y los comportamientos en relación con la presencia de la familia en las atenciones de rutina en varios servicios y también en el servicio de Urgencias mediante un cuestionario. No se encontró evidencia de los efectos positivos de la presencia de la familia en salas de emergencia y unidades de cuidados especiales, aunque señalan que sí puede ayudar a recopilar informaciones precisas durante las evaluaciones de riesgos, a disminuir la ansiedad del paciente, ayudar en su cuidado y animarlo, además de reforzar la información dada por el enfermo. Las enfermeras/os que habían experimentado la presencia de la familia en los procedimientos de urgencias expresaron como la familia recibe asistencia en los procesos de duelo, estimula con su presencia a un comportamiento más profesional de las enfermeras y da la oportunidad de una comunicación más abierta entre profesionales y familiares. La comprensión de la familia ante la situación aumenta al estar presente, teniendo la garantía de los procesos correctos, llevando a los acompañantes a reconocer los esfuerzos hechos para salvar la vida en determinados casos y aumentar la tranquilidad. Para conseguir esto se necesita educación al profesional de enfermería y preparación y educación también a los familiares para que no haya arrebatos durante la presencia de estos eventos traumáticos. Lederman realizó otra investigación similar y a pesar de que una gran cantidad de pruebas y directrices profesionales apoyan la opción de la presencia de la familia durante la reanimación, los profesionales tampoco consideraron oportuno que los familiares estuviesen presentes durante la RCP puesto que disminuye las posibilidades de supervivencia y no se respeta la privacidad. A pesar de estas opiniones no existe evidencia de que la presencia física aumente ni disminuya la supervivencia (Lederman, Garasic, & Piperberg, 2014). Otro estudio similar se llevó a cabo en hospitales suizos, los familiares consideraron útil estar presente en procedimientos invasivos, al contrario de los que se quedaron fuera que experimentaron incertidumbre y miedo. Por el contrario, los profesionales no están de acuerdo con esta práctica (Blaettler, Schlaeppli, & Senn, 2014). Por lo tanto, hay una serie de beneficios percibidos y una serie de barreras frente a la

presencia de la familia en situaciones críticas, como la reanimación en el servicio de urgencias, y es un debate que continúa entre los profesionales de la salud. Los beneficios que varios autores ven se centran en ayudar en el proceso de duelo, facilitar la curación y proporcionar comprensión de la familia y que reconozcan los esfuerzos de los profesionales, frente a las barreras que supone el aumento del estrés en los profesionales, la ansiedad que provoca en los familiares este tipo de situaciones y la distracción que pueden producir en médicos y enfermeras/os su presencia, además del temor a posibles reclamaciones y la experiencia traumática para la familia. Diversas asociaciones de urgencias y reanimación recomiendan la presencia de la familia pero para ello se deben de realizar programas de educación y capacitación a la población (Porter, Cooper, & Sellick, 2014). Siguiendo con esta temática se realizó una investigación en 32 hospitales españoles para ver la opinión de los profesionales sobre la presencia de los padres en las pruebas invasivas de sus hijos en los servicios de urgencias pediátricas y se observó que los profesionales están poco de acuerdo en la presencia de los padres sobre todo en técnicas más invasivas, argumentando un peor rendimiento de los profesionales y la ansiedad de los padres, que en ocasiones lleva a situaciones como mareo. Se deberían crear protocolos para poder ofrecer la posibilidad a los padres de estar presentes en determinadas intervenciones puesto que la tendencia actual es a que los padres participen en todas las decisiones médicas para lo cual también deben estar presentes en todo momento (Gamell, Corniero, Parra, Trenchs & Luaces, 2010). Otros estudios señalan la controversia sobre el tema centrándolo en la dimensión cultural y religiosa de las familias. Así, se analizó la opinión de la comunidad musulmana en un estudio realizado en hospitales universitarios de Teherán cuyo propósito era determinar la postura de los profesionales sanitarios en cuanto a la presencia o no de familiares durante la RCP. Para ello se realizaron casos de RCP tanto en Urgencias como en UCI con los acompañantes presentes antes de pasar el cuestionario, advirtiéndose una oposición general a la presencia de la familia argumentando miedo al trauma psicológico de los familiares, posibles interferencias con la atención y toma de decisiones respecto al paciente y un aumento del estrés personal. Por lo tanto en culturas tan arraigadas a pesar de que las directrices generales estén a favor de la presencia de familiares, es necesario comenzar con educación a la población general y a los profesionales (Kianmehr, Mofidi, Rahmani, & Shahin, 2010). Un estudio similar se realizó en Jordania, teniendo en cuenta la religión musulmana y lo importante que sería estar con su familiar enfermo para rezar en ese momento, pero sin hacer mención a si facilita o entorpece el trabajo de los profesionales (Masa'Deh, Saifan, Timmons, Nairn & Stuart, 2013).

Varias investigaciones hacen hincapié tanto en el bienestar y la participación de familiares o acompañantes en los cuidados del paciente en situación urgente como en la

necesidad del bienestar psicológico y emocional de las enfermeras/os que trabajan en los servicios de urgencias (Cypress, 2013). Esta autora se centra en la tríada que constituyen las enfermeras/os, pacientes y miembros de la familia, puesto que la perspectiva de cada uno es diferente, para ello entrevistó a individuos de las tres categorías para explorar, entender y describir sus experiencias. Los pacientes y familiares perciben que la comunicación, el pensamiento crítico, la sensibilidad y el cuidado son características esenciales para las enfermeras/os del servicio de urgencias. Las enfermeras/os por otro lado perciben que para abordar el déficit fisiológico del paciente con prontitud es vital la coparticipación de los familiares para dar la información necesaria, de ahí que en estas unidades los familiares aporten datos relevantes que ayudan a poder tomar decisiones rápidamente en situaciones que comprometen la vida del paciente. Esto puede ser aportado por una sola persona sin necesidad de masificar el servicio con personas que no conocen en profundidad al paciente y que no aportan ningún dato ni información que pueda ayudar en esos momentos. La autora reconoce al paciente y familia como participantes activos en la atención médica, fomenta la presencia de la los familiares y la creación de políticas institucionales para centrar la atención en la familia. Por otro lado hace hincapié en el bienestar psicológico de las enfermeras/os, para que haya un equilibrio entre todos los actores que participan en una unidad de emergencias. En España recientemente se presentó un trabajo fin de grado comparativo entre la opinión de enfermería sobre la presencia de acompañantes en urgencias pediátricas y de adultos (Bañares, 2013). Aunque tradicionalmente en nuestras unidades pediátricas de urgencias no se ha permitido permanecer junto al niño mientras se realizaban procedimientos invasivos, esto ha ido cambiando y hoy en día el modelo se centra en la atención al sujeto y su familia, y debido a la carga de estrés de las situaciones críticas, se debe dar importancia a mejorar la experiencia del paciente, familia y profesional de enfermería. En este estudio se encontró que las enfermeras/os en general muestran descontento con la presencia de familiares en técnicas como punciones venosas, suturas de heridas, sondajes y punciones lumbares y se mostraron muy descontentos en las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar, concluyendo que la presencia de los familiares no beneficia ni a adultos ni a niños y no facilita la labor del personal enfermero.

Es conveniente tener en cuenta la edad de los pacientes a la hora de precisar acompañantes o no; en nuestra provincia en concreto que es una población envejecida, los usuarios más frecuentes son por lo tanto ancianos. Normalmente acuden acompañados de un familiar que tiene un papel importante en la vida del paciente, salvo en casos de ancianos procedentes de residencias o instituciones sociales. La literatura actual no aborda las experiencias de miembros de la familia que acompañan a pacientes de edad avanzada pero

si existe algún artículo al respecto por ejemplo uno publicado en USA, en el cuál se entrevistó a familiares de pacientes ancianos atendidos en el servicio de urgencias. Estos familiares se percibieron a sí mismos como extraños en la unidad y decepcionados por la falta de participación que se les brindó, es decir ellos querían ser activos en el cuidado de su familiar. Como estudios comentados anteriormente también estos familiares se consideran importantes a la hora de informar sobre medicación, capacidad funcional y otros datos importantes que el paciente debido a su avanzada edad en ocasiones no es capaz de describir (Nikki, Lepistö, & Paavilainen, 2012). Otra investigación posterior también en el sureste de los EEUU en 2013 analiza cómo a pesar de que tradicionalmente la restricción de visitas familiares en unidades como la UCI parecía ser lo correcto, estas prácticas pueden tener un efecto perjudicial en la salud general del paciente. Familiares y enfermeras/os completaron un cuestionario con su perspectiva de las horas visita a pacientes críticos. Las enfermeras/os opinaron que se debía permitir las visitas con moderación en caso de familiares que vivan fuera, la necesidad emocional del paciente lo requiera, el peligro de muerte sea inminente, en el momento de dar las instrucciones del alta o para hablar con el médico. Por lo tanto sugiere crear planes de adaptación para permitir el acceso abierto a familiares en momentos concretos, siendo las visitas flexibles y abiertas, y que se acoplen a cada familia de manera individual (Hart, Hardin, Townsend, Ramsey & Mahrle-Henson, 2013).

La tendencia actual a percibir al paciente como un ser biopsicosocial nos lleva a la necesidad de hacer partícipe al familiar o acompañante de todo su proceso asistencial como cuidadores principales. El grado de satisfacción del paciente es un indicador de calidad para los hospitales en nuestro país y los métodos usados para valorar el nivel de satisfacción están siendo integrados en las estrategias de mejora de la calidad asistencial. El nivel de satisfacción es definida como "un estado o sentimiento positivo percibido por la persona que desemboca en un aumento de la calidad de vida" (Rubio, Cabezas, Aleixandre & Fernández, 1998). Así en 2011 se publicó en una revista española un estudio realizado a partir de una encuesta realizada a familiares y/o acompañantes del paciente durante su estancia en urgencias. La mayor satisfacción de los acompañantes se asoció a estar acompañando al paciente, recibir información periódica y el tiempo corto de espera. Por el contrario la insatisfacción procedía, sobretodo, de la demora en la atención tras el primer contacto y la falta de acompañamiento. En cuanto a los familiares, destacaron como aspectos más negativos la sensación de aislamiento del enfermo, la demora en la asistencia, el personal insuficiente, las instalaciones y la ubicación. Los autores concluyen que los aspectos más valorados por los individuos cuando acuden a un servicio de urgencias son la rapidez en la asistencia, que se les facilite el acompañamiento, amabilidad, información periódica y

empatía, poder hablar con los médicos cuando lo soliciten, sentirse escuchados y utilización de un lenguaje asequible. Este estudio aporta como novedad de mejora la integración de una unidad de atención a familiares en el servicio de urgencias, que garantice la continuidad en el nivel de atención que se presta a los usuarios y evita la sensación de desinformación que tienen en ocasiones. Otra medida propuesta es definir estándares de tiempo para ofrecer información sobre tiempos de espera, aprovechar las esperas para hacer educación sanitaria y aumentar la dotación de recursos humanos. Este tipo de estudios permiten detectar áreas de excelencia y de mejora (Morales, Nogales & Pérez, 2011).

Un aspecto característico de las unidades de urgencias es el alto nivel de ruido, que se debe por un lado a que la tecnología ha aumentado dichos niveles, tanto en las unidades de urgencias como en las unidades de cuidados intensivos debido a sistemas de monitorización con alarmas sonoras, bombas de infusión y otros dispositivos. En las salas de emergencias en hospitales como el de León con un número elevado de visitantes, es frecuente un tono de conversación elevado lo que también propicia un ambiente ruidoso. El ruido es por definición una onda de sonido accidental sin ningún ritmo o armonía que puede interferir con la audición y la contaminación acústica se define como el nivel de ruido ambiental que es molesto, causando problemas auditivos cuando sobrepasa los 85dB. De acuerdo a las recomendaciones de la OMS, el máximo ruido de fondo no debe superar los 35dB por el día y 30dB por la noche. Cuando se superan los estándares internacionales (35-45dB), se produce inestabilidad e insatisfacción en el paciente y genera efectos negativos sobre la salud del personal y la calidad de sus servicios. Diversos estudios revelan que la presencia continua de ruido en el ambiente provoca aumento del riesgo de hipertensión arterial y enfermedades isquémicas del corazón en los pacientes, así como contribuir a comportamientos agresivos de los mismos. Moor y sus colaboradores añadieron que el ruido es el factor más importante en la provocación de dolor en pacientes encamados y postquirúrgicos, y que los pacientes sometidos a ruido ambiental necesitan más dosis de sedantes que los pacientes en un entorno tranquilo (Moor, 1998, citado por Khademi, 2011). Por otro lado para el personal los altos niveles de ruido provocan un aumento de la ansiedad y estrés, porque enmascaran en ocasiones las alarmas vitales y reducen la comunicación verbal. En este estudio descriptivo, Moor midió los niveles de ruido en diversas unidades de un hospital de Mashhad, entre ellas el servicio de urgencias, y comprobó que en todas era más alto que el nivel estándar, así en Urgencias el nivel fue de 62.2 dB. Por lo tanto el personal debe ser enseñado para reducir los ruidos controlables tales como el volumen de las alarmas y también educar a pacientes y acompañantes para que exista un ambiente tranquilo y respetuoso con los demás pacientes y con el personal.

Otra línea de investigación reciente relacionado con este estudio es cómo el ambiente físico puede afectar a los pacientes, por ejemplo Tanja (2010), refleja la repercusión psicológica de los estímulos ambientales (se trata de crear un "ambiente curativo") y también cómo forman parte del "paisaje laboral" del personal, siendo determinante para la satisfacción y bienestar en el lugar de trabajo. Por lo tanto para la renovación eficaz de las instalaciones habría que prestar atención tanto a las necesidades de los pacientes como del personal sanitario. Concluye que el ambiente sanitario debe generar una atmósfera de promoción de la salud y bienestar del paciente pero sin que esto afecte negativamente al personal ni física ni psicológicamente.

En nuestro país, autores como Sonia Isabel Belo en su tesis doctoral, identifica como principales causas de insatisfacción de los usuarios la valoración de los profesionales de la salud, el ruido, el número de visitas, la alimentación, la limpieza y la higiene de las instalaciones. También destaca que es necesario homogeneizar la información que se da a los pacientes (Belo, 2011). Otro estudio relacionado con el ruido en los Servicios de urgencias hospitalarios es el de John Graneto, en el que trata de corroborar la hipótesis de que el ruido es el responsable de las interferencias de comunicación, de realización de procedimientos y de toma de decisiones, pero curiosamente, el nivel de decibelios detectado no fue elevado, y las enfermeras/os perciben el nivel de ruido como bajo y que no interfiere en su función cognitiva (Graneto & Damm, 2013).

El ruido ambiental en el entorno de trabajo puede ser percibido como una molestia que podría afectar negativamente el bienestar y la productividad de las personas expuestas a él. Son necesarios más estudios para determinar si el ruido produce distracciones lo suficientemente importantes en el servicio de urgencias como para que se produzcan errores.

En la mayor parte de las publicaciones el estrés laboral entra dentro del contexto de la satisfacción laboral y la salud percibida. El personal de urgencias suele tener un nivel moderado de satisfacción laboral en la mayoría de estudios que utilizan cuestionarios para medir dicha variable y además una alta vulnerabilidad en cuanto a la salud psíquica de dicho personal.

También se puede analizar no sólo como afecta el ambiente ruidoso al personal de urgencias sino como afecta a los pacientes, puesto que junto con la limpieza, temperatura e iluminación, el nivel de ruido también influye en los factores ambientales que los pacientes contemplan entre los factores de calidad, a la hora de preguntarles por la satisfacción con la unidad. Sin embargo a pesar de ser el ruido un factor importante para el bienestar de pacientes y trabajadores, son otros los factores que los pacientes ponen más de relieve a la

hora de valorar la insatisfacción como pueden ser el tiempo prolongado de espera, desconsideración por parte de los profesionales y falta de respeto como indica Bustamante (Bustamante et al., 2013).

En Urgencias son varios los factores estresantes para la enfermería pudiendo ser uno de ellos la interrupción continua de las actividades debido a la presencia de familiares o personas que acuden de visita, impidiendo la adecuada realización de las tareas. En este sentido un estudio realizado en Brasil demuestra que los factores más estresantes para la Enfermería son los que tienen que ver con la dimensión Asistencial, para lo cual en este estudio tuvieron en cuenta entre otros estresores el nivel de ruido y el entorno físico de la unidad de urgencias, mientras que para las unidades asistenciales de hospitalización lo que más les estresa son las tareas administrativas (Pereira et al., 2013).

Los factores estresantes para enfermería en las unidades de urgencias hospitalarias han sido muy estudiados y así por ejemplo en la revisión de Stephani Wilkinson (2014), encontró que los principales estresores son las demandas de trabajo, falta de tiempo, falta de apoyo en la gestión, la agresión del paciente y acompañantes, y la exposición del personal a los eventos traumáticos. Los efectos que producen en las enfermeras/os incluyen agotamiento, quejas somáticas, problemas de salud mental y dificultades en su vida diaria.

El estrés laboral crónico en profesionales de los servicios de urgencias hospitalarios, puede considerarse una agresión continuada, y como respuesta a la cual surge el síndrome de desgaste profesional o "burnout", como así lo relaciona Isabel Ríos en un artículo sobre un estudio realizado en Murcia. La autora destaca que el malestar psíquico y satisfacción laboral están correlacionadas negativamente al igual que ocurre entre satisfacción laboral y burnout. Se especifica también que la satisfacción con los aspectos intrínsecos del trabajo disminuye el burnout y que un protector contra el agotamiento emocional sería la satisfacción con los compañeros y superiores. Esto se observa con síntomas como la ansiedad e insomnio que se dan a menudo en personas no satisfechas con su puesto de trabajo. Por el contrario tienen menor incidencia de síndromes depresivos las personas satisfechas con su trabajo, que perciben su responsabilidad y que están satisfechos también con sus compañeros de trabajo. Por lo tanto los gestores de los servicios sanitarios, en este caso de la unidad de urgencias tendrán que buscar estrategias de cambio para elevar la satisfacción laboral de los profesionales y lograr un mayor nivel de bienestar psíquico entre ellos (Ríos-Risquez & Godoy-Fernández, 2008).

Asociado al bienestar de profesionales y pacientes, actualmente hay diversos estudios sobre las agresiones al personal de Urgencias, por parte de usuarios y acompañantes puesto que se han dado varios casos. Así un estudio realizado en Cataluña apunta que

muchas situaciones de conflicto se deben a la falta de información a los usuarios y que la permisividad en el acompañamiento sin restricciones es elevada en los hospitales catalanes. En muy pocos se controla la entrada de acompañantes mediante un indicador, y cuando se presenta un conflicto el riesgo de los profesionales es claro (Miró et al., 2014). Otro estudio realizado en un hospital de Murcia demuestra que el mayor porcentaje de profesionales agredidos en urgencias se corresponde con el personal de enfermería y que el porcentaje más elevado de agresiones fueron cometidas por acompañantes de los pacientes, que intervienen en un 81% de las agresiones que se produjeron. El autor refiere que en ese hospital se permite un acompañante en todo momento y en cuando se trata de pacientes pediátricos permiten la entrada de los dos padres. En este artículo también se habla del aspecto positivo de los acompañantes como es aportar compañía y seguridad a los enfermos y ayudar en el control de los pacientes, así como informar a los profesionales de lo sucedido en muchas ocasiones. Pero al ser Urgencias una unidad donde se producen momentos de mucha ansiedad, nerviosismo, esperas largas y desinformación en muchos casos, puede dar lugar a actitudes violentas por parte de los familiares o acompañantes, afirma el autor. Por lo tanto se puede considerar al personal de urgencias como vulnerable a sufrir agresiones en su puesto de trabajo y curiosamente en este estudio las más agredidas han sido las enfermeras/os entre 26-35 años con contrato fijo y en horario nocturno. La prevención debería ser una mejora a instaurar mediante la formación y medidas de seguridad además de la información periódica a pacientes y acompañantes para disminuir la ansiedad y evitar muchas de estas situaciones (Ortells, Muñoz, Paguina, & Morató, 2013). Las acciones violentas por parte de pacientes, familiares y/o acompañantes hacia los profesionales sanitarios va en aumento en todos los países, como ponen de relieve diversos trabajos, siendo el servicio de urgencias y emergencias donde se desencadenan con mayor frecuencia, debido en parte a la alta carga emocional que facilita la aparición de comportamientos violentos (Bernaldo de Quirós, Labrador, Piccini, Mar & Cerdeira, 2014).

Siguiendo con esta línea de investigación, destaca un estudio reciente realizado en Irlanda, en el cuál se entrevistó a enfermeras/os de un servicio de urgencias para determinar los factores predisponentes a la agresión en estas unidades y se observó que los tiempos de espera y la falta de comunicación son los más comunes. El término agresión engloba un amplio espectro tanto de hostilidad verbal como no verbal, física y no física y puede ser además intencional o no intencional en el puesto de trabajo. En este estudio también se vio que el triaje es la zona donde más se producen este tipo de agresiones y que las características del agresor suele ser de género masculino entre veintitrés y treinta años, además el uso de drogas y alcohol suele estar fuertemente unido a esta violencia. También coincide como otros estudios citados anteriormente en que se producen más de noche y

aporta este estudio que la superpoblación, congestión y hacinamiento en ocasiones de estos servicios pueden alimentar la agresión. Por lo tanto concluye este estudio con la necesidad de aumentar la información a los pacientes y acompañantes sobretodo de los tiempos de espera y la necesidad de aumentar el personal de Seguridad en estas Unidades, que además controlen la entrada excesiva de gente a la unidad (Angland, Dowling & Casey, 2014).

Otro estudio realizado en Suiza revela que las agresiones son el riesgo ocupacional más grave que los profesionales sanitarios deben lidiar, y se observa como los profesionales de mayor edad y médicos reciben menos agresiones, siendo el personal de enfermería el más agredido por acompañantes, coincidiendo estos resultados con los analizados anteriormente, siendo además los servicios de atención crítica como urgencias, dónde más episodios de violencia se producen (Hahn et al., 2013). Fuera de Europa también son comunes las agresiones al personal sanitario por los acompañantes en las Unidades de Urgencias como se relata en un estudio realizado en EEUU, en una unidad de urgencias en la cual los profesionales más agredidos también eran enfermeras/os de género femenino y que trabajaban a turno completo. Los profesionales achacan las agresiones a disminución del personal, tiempos de espera elevados, y la insatisfacción con la atención por parte de pacientes, acompañantes y familiares, perjudicando al bienestar de los profesionales y al cuidado eficiente de los pacientes (Renker, Scribner, & Huff, 2014). Solo una pequeña proporción de las agresiones al personal sanitario sale a la luz en España. Se han creado algunos protocolos y registros de agresiones en diversas comunidades para recoger datos precisos y poder tomar decisiones más adecuadas y oportunas. También es cierto que no solo las agresiones procedentes de acompañantes o pacientes sino que los mismos profesionales con "burnout" (síndrome de estar quemados) pueden incrementar con sus actitudes en el trabajo el riesgo de agresiones contra sí mismos o contra sus compañeros, por lo tanto las autoridades deben priorizar para que los profesionales sanitarios puedan trabajar en un entorno de satisfacción, motivación y seguridad idóneos. Según datos que aporta Miret en un estudio, en torno al 60% de personal sanitario ha sido agredido física o verbalmente alguna vez y el 45% de estas agresiones ocurren en urgencias y provienen generalmente de pacientes o familiares que se sienten vulnerables, frustrados y fuera de control. También señala que los profesionales con mayor riesgo son el equipo de enfermería puesto que son los que están más próximos al paciente y más frecuentemente en las salas de urgencias y psiquiatría. Los efectos de la violencia pueden ir desde lesiones físicas leves o graves, trauma psicológico, y producir resultados negativos para la organización como son posibles bajas, estrés laboral progresivo, disminución de la confianza y en definitiva un entorno de trabajo hostil. Como medidas para prevenir la violencia en centros sanitarios se

deben desarrollar programas de salud y seguridad, reducir los tiempos de espera de los pacientes, informar a familiares y acompañantes, áreas para acomodar a visitantes y restringir el del público en la Unidad mediante accesos controlados por tarjeta (Miret & Martinez, 2010).

Este problema de las agresiones al personal de enfermería es tan acusado que se están haciendo estudios en todo el mundo, así en Australia se han establecido iniciativas para proteger a enfermeras/os y matronas de pacientes y visitantes aunque su eficacia no ha sido examinada exhaustivamente. Los factores de protección que se encontraron fueron el alto nivel de las instalaciones, la cantidad suficiente de personal, políticas efectivas y equipos de protección personal adecuados. También parece un factor protector trabajar en la sanidad privada en ese país. Una mayor incidencia de violencia se asoció con estar en turnos rotatorios y en concreto en el turno de noche (Farrel, Shafiei & Chan, 2014).

Las agresiones que se producen al personal de enfermería no sólo son físicas sino en muchos casos agresiones verbales que son las más frecuentes. Así en un artículo jordano (Albashtawy, 2013), se encontró que el número de incidentes de violencia verbal en los servicios de urgencias fueron el quíntuple que el número de incidentes de violencia física, y los pacientes fueron los principales autores. La muestra eran enfermeras/os y más de las tres cuartas partes habían sido expuestas a por lo menos un tipo de violencia durante los dos últimos meses.

Aunque la violencia es un tema complejo con muchas paradojas, es muy importante la comunicación empática interpersonal eficaz puesto que tiene un papel significativo en la reducción de la violencia en los servicios de urgencias. Las enfermeras/os deben esforzarse en establecer una buena relación con los pacientes desde que llegan a la unidad, ya que en muchas ocasiones los significados culturales de la violencia son complejos y subjetivos. Factores como el medio ambiente, los mensajes contradictorios en relación con el tiempo de espera y la relación recíproca enfermera-paciente resultan críticos. Esto se refleja incluso en estudios etnográficos, como uno realizado en un área metropolitana de Australia, en el servicio de urgencias durante tres meses, observando y entrevistando a las enfermeras/os de dicho área (Law, Magarey & Wiechula, 2012).

Aunque este tipo de violencia es un fenómeno común en los servicios de urgencias, no está suficientemente investigado. La literatura nos muestra como en un cuestionario realizado en dos instituciones de salud en el noreste de Italia, el 49% habían sufrido una agresión al menos en el año anterior, siendo el 82% de ellas verbales, ocurriendo más en las unidades de urgencias, geriatría y psiquiatría. Los agresores eran pacientes y familiares en su mayor parte y principalmente de género masculino. Este estudio destaca que la

mayoría de las enfermeras/os agredidas no pidieron ayuda después del incidente. Se observa una elevada incidencia de la percepción de la agresión, sobretodo verbal hacia las enfermeras/os. La prevención debe centrarse en aumentar la motivación laboral mejorando las condiciones de trabajo, con más seguridad y es preciso también documentación sistemática para que los trabajadores no se sientan indefensos en este campo (Zamperion, Galeazzo, Turra & Buja, 2010).

Por otro lado, en muchos hospitales se suelen restringir las horas de las visitas para asegurar un ambiente de descanso a los pacientes y facilitar el trabajo al personal clínico. Actualmente la atención se centra en la satisfacción del paciente, potenciando la participación familiar por lo cual se está cuestionando la restricción del régimen de visitas, ya que según las últimas tendencias la entrada libre de acompañantes disminuye la ansiedad del paciente y beneficia a pacientes y familias. En esta línea hay un estudio realizado en el Morristown Medical Center, se aplicó durante un tiempo un régimen de visitas abierto 24 horas y se comparó la satisfacción de los pacientes antes y después de aplicar el régimen abierto de visitas, en las plantas de hospitalización. Curiosamente se observó que acudieron un número elevado de visitantes entre las 20h y las 5h, no existiendo aumento del número de quejas de pacientes o acompañantes y tampoco se produjeron situaciones violentas ni de ningún otro tipo que alterasen el orden. El personal también reconoció que la experiencia había sido positiva. Por lo tanto la conclusión de este estudio es que las visitas abiertas en las unidades de hospitalización se pueden conseguir con la interrupción mínima si se utilizan bien por los visitantes, mejora la experiencia de la familia y es aceptado por el personal del hospital (Shulkin et al., 2013).

Posteriormente se realizó otro estudio similar en Grecia, en este caso en la unidad de cuidados intensivos, y aunque la evidencia apoya las políticas de fondo flexible en cuanto a régimen abierto de visitas, existe controversia entre la evidencia y la práctica. El objetivo de este estudio fue explorar las creencias de las enfermeras/os en las unidades de cuidados intensivos griegas sobre los efectos de las visitas y las actitudes de las enfermeras/os hacia dichas políticas de visita. Mediante un cuestionario anónimo se recogieron los datos y como resultados se comprobó que la gran mayoría de las enfermeras/os no quieren una política abierta en su unidad, ya que aunque sean un apoyo para los pacientes, los efectos generales no son tan positivos ya que las visitas crean mayor carga física y psicológica además de obstaculizar el trabajo enfermero. Por otro lado se pueden relacionar las actitudes de las enfermeras/os hacia las visitas según los años de experiencia laboral, dotación de personal y frecuencia de turnos de noche. De este estudio se deduce que para flexibilizar las visitas en las unidades de cuidados intensivos se deben implementar nuevas políticas en las cuales deben participar las enfermeras/os y para cambiar sus actitudes se

necesita que sean experimentadas y realizar menos turnos para que se cambie esa actitud negativa hacia la visita abierta (Athanasίου, Papathanassoglou, Patiraki, McCarthy & Giannakopoulou, 2014).

En este campo están en auge las investigaciones para liberalizar la entrada de visitas a las Unidades de Cuidados Intensivos. Lo que antes se consideraba como inamovible que era el régimen cerrado de visitas que consiste en un máximo de una hora al día de presencia de acompañantes en la UCI, como ocurre en muchos hospitales de nuestro país, ahora se cuestiona puesto que diversos estudios demuestran como la presencia de familiares de forma continua beneficia la recuperación del paciente crítico. En un artículo publicado por Elena Capellini se explica cómo esta percepción es distinta según el país, debido a diferencias culturales, falta de legislación o política de los distintos hospitales, destacando Suecia con el mayor porcentaje de UCIs con sistema abierto de visitas e Italia que posee la tasa más baja. Preocupa mucho la cuestión de posibles infecciones si se permiten las visitas durante las 24 horas, además del aumento de trabajo para el personal de enfermería al tener que atender a los acompañantes dándoles información continuamente, a parte de la pérdida de intimidad que sufrirían los pacientes. Sin embargo el éxito de los programas de UCI abiertas cuestionan todos estos riesgos, por lo tanto concluyen reconociendo la necesidad de hacer más estudios al respecto ya que las familias quieren estar al lado de sus seres queridos y, como los sistemas actuales de salud tienen como objetivo la atención centrada en el paciente, se deberían adecuar políticas de liberalización de los horarios de visita de manera controlada y previniendo riesgos de infección mediante ropa adecuada para los acompañantes, lavado de manos y respeto a la intimidad del paciente (Capellini, Bambi, Lucchini & Milanesio, 2014).

Como limitación en el estado de conocimientos destacan los escasos estudios similares encontrados en la búsqueda bibliográfica, de ahí la pertinencia de la investigación y la necesidad de crear un instrumento de medida puesto que no se encontró ninguno validado para medir el objeto de este estudio.

2.3. Modelo teórico y cuestiones de investigación

El marco teórico en el que se centra el presente estudio es por una parte la teoría fenomenológica, basada en la antropología de los servicios de urgencias, ya que estas unidades en concreto y no otras suponen un punto de encuentro entre poblaciones con distinto concepto de los términos salud y enfermedad y distintas percepciones desde el punto de vista del usuario y de los profesionales. La teoría fenomenológica intenta describir e interpretar el marco y las formas en que se realiza la interacción entre estas personas (Husserl, 1982), a partir del escenario de la unidad de urgencias del CAULE y cómo se

produce un choque cultural entre el grupo de pacientes y el personal sanitario, en este caso analizamos el personal de enfermería. Según algunos autores las puertas de urgencias hospitalarias son un lugar de contraste entre dos percepciones distintas de proceso salud-enfermedad, por una parte la de los pacientes, basada en un paradigma sociocultural, es decir perciben la enfermedad como algo experimentado subjetivamente y por otra parte la percepción de los profesionales que se centran más en un paradigma biosanitario, es decir la percepción de la enfermedad como algo observado científicamente (Beltrán, Díaz, Manso & Beltrán, 2001). Por otro lado el estudio se basa también en el modelo ecológico de Bronfenbrenner. Este psicólogo categoriza el ambiente en que se desenvuelve el ser humano en cuatro niveles, microsistema que sería el nivel más cercano y engloba la familia, mesosistema que comprende la interrelaciones de los ambientes en los que más se desenvuelve, exosistema que abarca niveles más amplios como entidades, instituciones, etc. y el macrosistema que comprende las creencias y estilos de vida. Habla el autor de dos más que son el cronosistema que sería como la época histórica en la que vive afecta al individuo y el globosistema que se refiere a eventos como cambios climáticos o desastres naturales. Cada uno de estos niveles contiene al otro (Bronfenbrenner, 1987). Este estudio por lo tanto se desenvuelve en el nivel del exosistema puesto que el hospital es una institución en la cual la persona participa ya sea activa o pasivamente. Los pacientes no están incluidos directamente en ese entorno pero en un momento dado forman parte de él. Por otro lado los familiares cuando participan activamente como acompañantes salen de su microsistema familiar para cuidar a sus seres queridos. Tanto para pacientes como para acompañantes es un entorno que es extraño para ellos. Por otro lado, para los profesionales el hospital forma parte de su microsistema pues es su entorno habitual de trabajo. Bronfenbrenner destaca la importancia de los ambientes en los que nos desenvolvemos, y como la manera de relacionarnos en ellos influyen en nuestro desarrollo. Por lo tanto mejorar en lo posible las relaciones en los entornos en los que los seres humanos nos desarrollamos debe ser un objetivo para que haya un equilibrio y este equilibrio debe existir también en las relaciones entre los distintos niveles del ecosistema.

Como se observa en publicaciones recientes, existe controversia entre las últimas tendencias de atención centrada en el paciente las cuales defienden la presencia de acompañantes en todo momento y los que también buscan el bienestar del paciente por encima de todo, pero mediante la calidad de los cuidados de los profesionales que deben trabajar en un medio adecuado, seguro y que les permita realizar idóneamente su trabajo. En el caso de los Servicios de Urgencias por las características de los usuarios debe prestarse especial atención a la información periódica a familiares y acompañantes, lo que evita muchas tensiones y adaptar las infraestructuras para que la entrada de personas esté

controlada en todo momento, adaptando salas para que la espera sea lo más cómoda posible.

La cuestión de investigación es profundizar en el conocimiento de las actitudes del personal de enfermería, en concreto, se plantean como objetivos:

1. Evaluar la percepción que tiene el personal de enfermería de Urgencias del CAULE sobre la presencia de acompañantes, analizando si realmente su trabajo se ve dificultado por la masificación de personas en su área de trabajo, y que posibles propuestas de mejora se podrían hacer a partir de esta investigación, para llevar a cabo una atención al paciente más eficaz y eficiente.

2. Elaborar un instrumento para medir esa percepción, derivado de la falta de cuestionarios validados en la bibliografía sobre el tema a estudio.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño

Se trata de un estudio descriptivo transversal por encuesta para valorar la Percepción del Personal de Enfermería, siendo esta una variable cualitativa ordinal y atributiva. La percepción se define como el proceso cognoscitivo a través del cual las personal son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben haciendo mención en este caso a una determinada idea. La definición operativa es el resultado obtenido con el cuestionario de elaboración propia sobre Percepción del Personal de Enfermería, herramienta cuantitativa creada para este estudio.

3.2. Instrumentos de recogida de información

El instrumento construido para la investigación fue el cuestionario autocumplimentado: "Percepción del personal de enfermería de la unidad de urgencias del CAULE, sobre la presencia de acompañantes en los boxes de adultos" (PPEUCAB) y consta de tres secciones, una de datos demográficos, otra sobre el puesto de trabajo y otra con 12 ítems de opinión sobre el tema a tratar, estas últimas con una escala con valores desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo) y que incluye una pregunta final abierta como se muestra en el Anexo I. Se elaboró una propuesta inicial de cuestionario con el que se realizó un análisis de fiabilidad y validez para después eliminar y modificar los ítems necesarios para optimizarlo, quedando como resultado final el cuestionario que se adjunta en el Anexo II, y que en el análisis final obtuvo un alfa de Cronbach de 0,737, lo que refleja una buena

consistencia interna, y también una buena validez de constructo que se examinó mediante un análisis factorial con rotación Varimax, observando que se agrupan todos los ítems en torno a dos factores que explican un 61,35% del total de la varianza. Por lo tanto el instrumento muestra fiabilidad y validez de constructo. El cuestionario es anónimo para garantizar la confidencialidad de los participantes.

3.3. Participantes

La población a la cual fue dirigido el estudio fue el Personal de Enfermería de la Unidad de Urgencias del CAULE, que comprende tanto a Enfermeras/os como a TCAEs (Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería). La muestra seleccionada fue el total de la población, y la técnica de muestreo fue no aleatoria, mediante muestreo voluntario. La participación en el estudio fue la plantilla al completo, 51 enfermeras/os y 31 TCAES en total. Se tuvieron en cuenta las siguientes características de la muestra: el género, siendo el 7,32% hombres y el 92,68% mujeres; edad dividida en rangos que van de 20-29 , 30-39, 40-49, 50-60 y >de 60 años, correspondiendo el mayor porcentaje al grupo comprendido entre 30 y 39 años y el menor a los mayores de 60 años; puesto de trabajo, correspondiendo un 62,19% a enfermeras/os y un 37,80% a TCAEs; otra característica que se tuvo en cuenta fue la antigüedad en el puesto para lo cual se tuvieron en cuenta cinco rangos, desde menos de 5, de 5-10, entre 11-20 , de 21 a 30 y las personas que llevaban más de 30 años en la unidad, observándose que el mayor número de personas llevan en la unidad entre 5 y 10 años y no habiendo ninguna que lleve más de 30 años; el turno de trabajo la mayoría están en turno rotatorio, un 88,9%, frente a un 11% que trabajan en turno fijo; por último la situación laboral que está bastante equiparado el personal fijo (49,3%) con el no fijo(50,7%).

3.4. Procedimiento

Aunque los cuestionarios son anónimos y voluntarios se comunicó el proyecto a la Dirección de Enfermería del Hospital que dio su aprobación. No se precisó permiso del Comité de Ética del Hospital puesto que no se van a manejar datos confidenciales, aunque si se contó con el consentimiento informado de los participantes.

La investigadora en este caso forma parte del equipo de enfermeras/os de urgencias y fue la encargada de crear el cuestionario. El periodo de recogida de datos se llevó a cabo durante el mes de mayo del 2015 en la Unidad de Urgencias del CAULE, y se eligió este mes puesto que no coincide con periodo vacacional para que estuviese el mayor número de plantilla habitual posible. Ella se encargó de informar a todo el personal y pasar el cuestionario, permaneciendo el mismo un mes en la unidad para que todo el personal de turno rotatorio tuviese la oportunidad de rellenarlo. Una vez finalizado este periodo se

analizaron los datos mediante el programa estadístico SPSS 20.0, clasificándolos según género, edad, categoría profesional, antigüedad en el puesto, turno de trabajo y situación laboral. Una vez realizado el primer análisis se eliminaron tres ítems del cuestionario inicial y se modificó uno, optimizando así la fiabilidad y validez del cuestionario que constituyó el instrumento final.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis inicial del cuestionario "Percepción del Personal de Enfermería de Urgencias del CAULE sobre la Presencia De Acompañantes En Los Boxes De Adultos (PPEUCAB)".

Análisis de fiabilidad (I)

Con el objetivo de mejorar las características psicométricas del cuestionario, se realizó en primer lugar un análisis de fiabilidad, detectando y eliminando los ítems que no aportasen suficiente consistencia interna. Este análisis reveló un coeficiente α (alpha) de Cronbach de 0,580, lo cual indica una escasa fiabilidad del instrumento.

Respecto al análisis de la fiabilidad de cada ítem por separado, se observó que tres de los cuales serían los candidatos a eliminar puesto que su correlación con el resto de ítems es negativa o muy pequeña y además si los eliminamos el α de Cronbach es mayor, es decir aumenta la fiabilidad global como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. *Fiabilidad de los ítems del cuestionario PPEUCAB*

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
OPINIÓN7	44,84	28,111	-,095	,625
OPINIÓN8	42,79	25,249	,186	,570
OPINIÓN9	44,38	23,490	,235	,562
OPINIÓN10	43,33	25,613	,087	,597
OPINIÓN11	44,00	30,111	-,258	,694
OPINIÓN12	42,51	23,698	,438	,524
OPINIÓN13	42,71	22,013	,725	,475
OPINIÓN14	42,68	23,024	,612	,499
OPINIÓN15	42,59	24,329	,403	,533
OPINIÓN16	42,79	22,832	,594	,498
OPINIÓN17	43,25	22,716	,283	,549
OPINIÓN18	43,38	23,073	,445	,517

Análisis factorial del Cuestionario PPEUCAB (I)

Una vez analizada la fiabilidad, se procedió a explorar la validez de constructo mediante el análisis factorial con el objetivo de analizar en torno a que variables no observables se agrupan los ítems del cuestionario. Esto tiene que producirse de una manera coherente y que permitan interpretar las variables observadas. También se busca que estos factores encontrados tengan independencia entre sí, es decir, sean ortogonales.

Para realizar este análisis se utilizó el índice de Kaiser -Meyer-Olkin que arroja un valor de 0,750, lo que indica al ser elevado, una correcta adecuación de los datos al modelo de análisis factorial. Por otro lado se usó la prueba de esfericidad de Bartlett con un nivel de significación de 0,000, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, habría asociación entre las variables, por lo que tiene sentido aplicar el análisis factorial.

Una vez extraídos los valores comprobamos que cuatro factores explican el 69,32% de la varianza como se plasma en la Tabla 2.

Tabla 2. Autovalores extraídos en el análisis del cuestionario PPEUCAB

Comp	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,801	31,676	31,676	3,801	31,676	31,676	3,499	29,162	29,162
2	2,147	17,895	49,571	2,147	17,895	49,571	2,406	20,054	49,216
3	1,251	10,425	59,996	1,251	10,425	59,996	1,207	10,056	59,272
4	1,118	9,317	69,314	1,118	9,317	69,314	1,205	10,041	69,314
5	,727	6,062	75,376						
6	,669	5,573	80,948						
7	,608	5,068	86,016						
8	,453	3,773	89,788						
9	,419	3,488	93,276						
10	,376	3,136	96,413						
11	,255	2,124	98,537						
12	,176	1,463	100,000						

Se procedió a realizar una rotación de los factores iniciales para interpretar mejor los valores a través de una solución ortogonal Varimax. Claramente se observa como los ítems se agrupan en torno a dos factores:

- *Factor 1: Consecuencias negativas de la presencia de acompañantes.* Este factor englobaría los ítems 14,13 15,16 y 12 del cuestionario, con unos valores similares, en el cual se refleja la repercusión negativa que tiene tanto para los pacientes como para los profesionales la entrada masiva de acompañantes a la unidad.

- *Factor 2: Consecuencias positivas de permitir sólo un acompañante.* Los ítems 11, 9, 10 y 18 se centran en la idoneidad de una sola persona con cada usuario, agrupándose entorno a unos valores próximos. De estos cuatro, el 11 aunque tiene un valor importante también, puntúa en negativo lo que nos indica que se debe redactar a la inversa.

Fuera de estos factores quedan los ítems 7, 8 y 17 que se comportan independientemente del resto, tomando valores distintos y alejados de los demás. Por lo tanto, para mejorar la fiabilidad y validez es recomendable eliminar los ítems 7, 8 y 17 e invertir la codificación del ítem 11. El análisis de componentes rotados se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Matriz de componentes rotados cuestionario PPEUCAB

	Componentes			
	1	2	3	4
OPINIÓ14	,888	,080	-,215	-,118
OPINIÓ13	,847	,212	,074	,069
OPINIÓ15	,748	-,218	-,225	,036
OPINIÓ16	,715	,089	,364	,178
OPINIÓ12	,700	,047	-,027	-,050
OPINIÓ11	,090	-,764	,283	,015
OPINIÓ9	,066	,750	,243	,157
OPINIÓ10	-,013	,729	-,217	,033
OPINIÓ18	,427	,644	-,005	-,132
OPINIÓ7	-,144	-,223	,843	-,023
OPINIÓ8	,245	,261	,129	,817
OPINIÓ17	,396	,296	,241	-,663

4.2. Segundo análisis del cuestionario PPEUCAB

Para confirmar la necesidad de realizar los cambios propuestos, se realiza un segundo análisis una vez eliminados los ítems 7, 8 y 17 y una vez invertida la codificación del ítem 11.

Análisis de Fiabilidad (II)

Se observa que el α de Cronbach es más alto con los cambios realizados (0,737), mejorando así la consistencia interna del instrumento.

Con los ítems que han quedado finalmente, la correlación de cada uno con el resto es positiva en todos los casos no habiendo ninguna correlación negativa o muy pequeña, por lo tanto los nueve ítems definitivos presentan una relación adecuada con el total de la escala.

Por otro lado, se observa que no mejora el α de Cronbach si se eliminan, salvo en el caso del ítem 11 y no excesivamente, es decir no aumentaría la fiabilidad total. Estos resultados se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. *Fiabilidad de los ítems del cuestionario PPEUCAB (II)*

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza si se elimina el elemento	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
OPINIÓ9	33,19	20,566	,416	,716
OPINIÓ10	32,15	21,443	,372	,723
OPINIÓ11	33,22	21,103	,302	,747
OPINIÓ12	31,30	23,006	,409	,715
OPINIÓ13	31,53	21,897	,595	,690
OPINIÓ14	31,47	22,499	,555	,698
OPINIÓ15	31,38	24,293	,280	,732
OPINIÓ16	31,58	23,480	,376	,720
OPINIÓ18	32,19	20,731	,622	,678

Análisis factorial del Cuestionario PPEUCAB (II)

Para confirmar estos resultados se realiza un nuevo análisis de la validez, en el cual se observa un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de 0,768, más elevado que antes de realizar las modificaciones y en cuanto a la esfericidad, el nivel de significancia es de 0,000, lo que

indica una fuerte asociación entre los ítems, por lo tanto este análisis de validez nos arroja unos datos que indican una mejora en la adecuación de los datos al análisis factorial.

Una vez extraídos estos nuevos datos, se identifican claramente los dos factores finales que son los que explican el 61,35% de la varianza total como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Autovalores extraídos en el análisis del cuestionario PPEUCAB (II)

Comp.	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
	1	3,424	38,046	38,046	3,242	36,021
2	2,097	23,299	61,346	2,279	25,325	61,346

Los ítems se agrupan en torno a los dos factores no habiendo ningún ítem que funcione de manera independiente, como se observa en la Tabla 6.

Tabla 6. Matriz de componentes rotados del cuestionario PPEUCAB (II)

	Componentes	
	1	2
OPINIÓ14	,886	,088
OPINIÓ13	,815	,235
OPINIÓ15	,761	-,172
OPINIÓ16	,712	,032
OPINIÓ12	,708	,056
OPINIÓ11	-,099	,776
OPINIÓ10	-,017	,766
OPINIÓ9	,081	,747
OPINIÓ18	,434	,659

Por lo tanto los dos factores finales en torno a los cuales se agrupan todos los ítems como se observa en la tabla 6 son:

- *Factor 1: Consecuencias negativas de la presencia de acompañantes*, engloba las repercusiones de la masificación que afectan al bienestar del paciente: interrupción de los profesionales, exceso de ruido, pérdida de intimidad y propiciar agresiones.

- *Factor 2: Consecuencias positivas de permitir solo un acompañante*, lo que implica mejorar la calidad de la atención.

4.3. Análisis de las respuestas y diferencias por variables de interés

Una vez obtenido el cuestionario final con nueve ítems con una fiabilidad y validez adecuadas en el cual además, el análisis factorial determina claramente dos factores uniformes y consistentes, se realiza el análisis comparativo de las medias y las varianzas (ANOVA), para comprobar si hay diferencias significativas de opinión en función de las distintas características analizadas de la muestra.

En un primer análisis se evalúa si existen diferencias significativas en función del *género* tanto en los componentes del Factor 1 como en el Factor 2. Los hombres tienen una percepción más positiva sobre la presencia de un solo acompañante que las mujeres pero no es una diferencia importante de las medias como se muestra en la Tabla 7. Existe homogeneidad de varianzas ya que en el análisis mediante la prueba ANOVA nos da una significatividad de 0,86 para el Factor 1 y de 0,56 para el Factor 2, lo cual indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la percepción que tienen los participantes, ni en cuanto a las consecuencias negativas de la masificación, ni en cuanto a los beneficios de un solo acompañante con cada paciente.

Tabla 7. Comparación de las medias en función del género en cuestionario PPEUCAB

		Factor1	Factor2
Mujer	Media	4,5461	3,2083
Hombre	Media	4,5000	4,0417
Sig.ANOVA		0,863	0,56

Un segundo análisis compara las medias en cuanto a la *edad* de los participantes. En la tabla 8 se observa que no hay muchas diferencias o son mínimas en las medias y varianzas en función de la edad tanto para el Factor 1 como para el Factor 2. Existe una pequeña diferencia mínima en los trabajadores mayores de 40 años que muestran mayor acuerdo con el hecho de permitir un solo acompañante que los menores de esa edad.

Mediante ANOVA se comprueba que la significatividad es para el Factor 1 de 0,41 y para el Factor 2 de 0,80. Por lo tanto tampoco hay diferencias de opinión estadísticamente significativas en cuanto a los grupos de edad, ni en los componentes que forman el Factor 1 ni en los del Factor 2.

Tabla 8. Comparación de medias en función de la edad en Cuestionario PPEUCAB

		Factor1	Factor2
20-29	Media	4,5600	3,3000
30-39	Media	4,4862	3,1178
40-49	Media	4,5833	3,3090
50-60	Media	4,6632	3,3553
>60	Media	4,0000	3,6875
	Sig.ANOVA	0,41	0,80

Otra característica de la muestra que se analizó fue la *categoría profesional o puesto de trabajo*. Las medias son muy similares como muestra la Tabla 9 aunque la percepción sobre los acompañantes es ligeramente más negativa para las enfermeras/os/os que para TCAEs pero según la prueba paramétrica ANOVA, no hay diferencias significativas entre enfermeros y TCAEs ni en las opiniones reflejadas en los ítems del Factor 1 (significatividad = 0,74), y tampoco en los ítems que componen el Factor 2 (significatividad = 0,49).

Tabla 9. Comparación de medias de función de la categoría profesional en Cuestionario PPEUCAB

		Factor1	Factor2
Enfermera/o	Media	4,5608	3,3268
TCAE	Media	4,5129	3,1747
	Sig.ANOVA	0,74	0,49

La siguiente variable analizada fue la *antigüedad en el puesto de trabajo*. Las medias en los componentes de ambos factores son bastante homogéneas como refleja la Tabla 10. Las personas que tienen una percepción más negativa sobre los acompañantes son las que

llevan entre 5-10 años trabajando en la unidad y las que tienen una percepción más positiva sobre la presencia de un acompañante con cada paciente son las personas más antiguas de la unidad. No existe significación estadística para decir que existe asociación entre la antigüedad en el puesto de trabajo y los valores obtenidos tanto en los componentes del Factor 1 como en los del Factor 2 puesto que los niveles de significatividad son de 0,65 y 0,88 para Factor 1 y 2 respectivamente.

Tabla 10. Comparación de medias en función de la antigüedad en años en Cuestionario PPEUCAB

		Factor1	Factor2
<5	Media	4,4706	3,3088
5-10	Media	4,6091	3,2828
11-20	Media	4,5714	3,1429
21-30	Media	4,3400	3,4250
	Sig.ANOVA	0,65	0,88

El turno de trabajo es otra de las características que se tuvieron en cuenta en la muestra, al igual que en las comparaciones anteriores, arroja medias muy similares, lo cual nos indica que es independiente el valor obtenido en los componentes de cada factor con el hecho de tener un turno fijo o rotatorio. Los del turno fijo perciben más negativamente la presencia de acompañantes y los del turno rotatorio dan más importancia a la idea de que se permita un acompañante con cada paciente como se plasma en la Tabla 1. El análisis con la prueba paramétrica ANOVA lo confirma dando unos valores de significatividad de 0,31 para los ítems del Factor 1 y 0,28 para los del Factor 2, es decir no existen diferencias significativas.

Tabla 11. Comparación de medias en función del turno en Cuestionario PPEUCAB

		Factor1	Factor2
Fijo	Media	4,6444	2,9444
Rotatorio	Media	4,5301	3,3094
	Sig.ANOVA	0,31	0,28

La última característica analizada fue la *situación laboral* del personal de enfermería, diferenciando entre las personas con contrato fijo y las que no son fijas. Igualmente las medias en los componentes del Factor 1 y Factor 2 no muestran diferencias aparentes como se observa en la Tabla 12 y como en las comparaciones anteriores ANOVA corrobora la homogeneidad de las varianzas, no hay diferencias significativas de percepción sobre las consecuencias negativas de la masificación de acompañantes (aunque el personal fijo está más de acuerdo con esa idea que el eventual) y los efectos positivos de permitir un solo acompañante por paciente entre las personas con contrato fijo, percibiendo más el personal fijo también estos efectos positivos. La significatividad es de 0,70 para el Factor1 y de 0,52 para los componentes del Factor 2.

Tabla 12. Comparación de medias en función del contrato laboral en Cuestionario PPEUCAB

		Factor1	Factor2
Fijo	Media	4,5622	3,3581
No fijo	Media	4,5051	3,2201
Sig.ANOVA		0,70	0,52

4.4. Análisis cualitativo de la pregunta abierta del cuestionario

Una vez recogidas las respuestas a la pregunta abierta del cuestionario: "Propuestas para solucionar el problema de la masificación de acompañantes en su unidad", se procede a analizar las transcripciones, que en total fueron 59 y se hizo una reducción del contenido de las mismas para hacer la información más manejable. Posteriormente se segmentaron las transcripciones en unidades de análisis siguiendo un criterio temático, resultando un total de 78 unidades. Estas unidades se clasificaron y agruparon en 8 categorías correspondientes a las soluciones propuestas y que son las siguientes:

Unidad cerrada al público

Una de las ideas que propone el personal para evitar la entrada incontrolada de personas a Urgencias es cerrar la Unidad, en concreto el área de boxes de urgencias generales de adultos. De esta manera solo tendrían acceso el personal y los pacientes evitando el tráfico incontrolado de personas que existe actualmente.

"Cerrar área urgencias con puertas automáticas solo para personal".

"Unidades cerradas con acceso limitado a personal hospitalario".

"Cerrar puertas para aislar boxes".

Control de acompañantes

No tener controlados a los visitantes del servicio es algo que preocupa especialmente a los trabajadores de urgencias puesto que en muchas ocasiones se ve afectada la seguridad de los mismos, habiendo sufrido agresiones en varias ocasiones.

"Mayor control sobre el número de acompañantes".

"Mayor control en el acceso de acompañantes a la zona de boxes".

"No deberían pasar al servicio de urgencias todo el mundo , debería de controlarse".

Un acompañante por paciente

La idea de permitir un acompañante por paciente en los boxes de adultos es apoyada por el personal de enfermería ya que reduce el estrés del paciente, colabora en muchos casos aportando información que el paciente en ese momento no puede dar o no recuerda y en muchas ocasiones avisa de determinadas situaciones de alarma al personal.

"Controlar la entrada de un solo acompañante".

"Controlar la entrada a un solo acompañante autorizado".

"Permitir solo un acompañante por paciente".

Limitar accesos a la unidad

El hecho de que la infraestructura de la unidad tenga varias puertas de acceso tanto desde el exterior como desde el interior del hospital es un problema a la hora de intentar organizar y controlar la circulación de personas. Los profesionales proponen una reforma física del área de manera que las personas ajenas al servicio solo puedan acceder a través de una puerta y así conseguir una unidad organizada y un ambiente menos ruidoso.

"Limitar el número de puertas de acceso por urgencias".

"Puertas cerradas y menor número puertas de acceso".

"Solo una puerta de entrada".

Un acompañante solo en ciertos casos

En algunos hospitales de nuestro país solo se permite un acompañante en caso de deficiencia física o psíquica del paciente, lo cual es aprobado por muchos profesionales de urgencias del CAULE, que conocen estos centros sanitarios o consideran que sería una buena opción puesto que personas adultas y con todas sus capacidades no precisan en principio compañía mientras permanecen en la unidad.

"Identificar pacientes que necesitan acompañante".

"Un acompañante sólo en caso de deficiencia física o psíquica".

"No permitir la entrada salvo en casos excepcionales (paciente agitado, demente, deficiente...)".

Información periódica a acompañantes en sala habilitada

La falta de información es una de las reclamaciones más repetidas por parte de los usuarios hacia el personal de urgencias. En muchas ocasiones debido al excesivo número de urgencias y en otras porque se da por hecho que los usuarios conocen los procedimientos se deja de lado el derecho que tienen los pacientes y acompañantes a ser informados. Una sala de espera fuera de la unidad, habilitada para que los acompañantes puedan estar cómodos, y una información periódica sobre tiempos de espera, pruebas pendientes y resultados, disminuirían la intranquilidad que produce el desconocimiento. En la unidad existen las Auxiliares de Información que podrían llevar a cabo dicha tarea, aparte de los médicos que deberían informar también sobre los resultados pertinentes.

" Habilitar una sala para que los acompañantes, estén puntualmente informados".

"Más personal de información. Sala de familiares grande y cómoda".

"Proporcionar salas de espera e instalar megafonía para localizar e informar a familiares".

Identificación de acompañantes

No se debe olvidar el respeto a la intimidad del paciente, de ahí que sea necesario que la persona que acompaña al paciente ya sea familiar o conocido, sea identificado a la entrada puesto que en ocasiones determinadas personas entran en los boxes cuando se está explorando al paciente o realizándole cualquier otro cuidado poniendo en compromiso su intimidad, no siendo en muchos casos ni personas allegadas. Varias personas proponen

tarjetas identificativas de manera que se dé una por paciente, teniendo así a ese acompañante identificado en caso de que surgiese algún problema, y de esta manera se asegura que solo haya una persona con cada paciente.

"Más personal para controlar puertas".

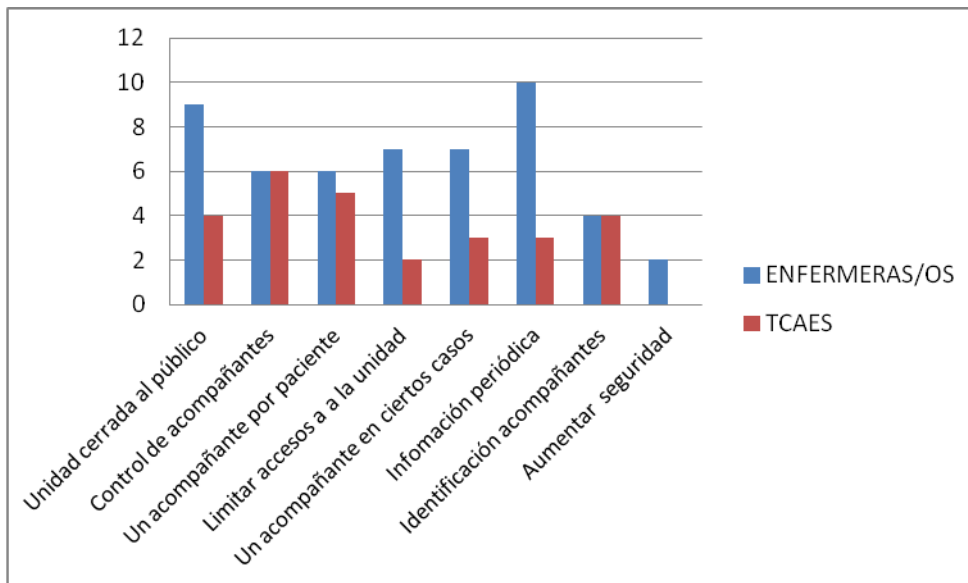
"Mayor número personal de seguridad"

Los datos recogidos se transformaron cuantitativamente en una tabla de frecuencias (tabla 13) y en ella se plasma como dentro de los profesionales enfermeros la solución más propuesta es la de "informar periódicamente en una sala habilitada", seguida en frecuencia por "unidad cerrada al público". Los TCAEs por otro lado consideran el "control de acompañantes" y "un acompañante por paciente" como las medidas más eficaces. Estos datos se muestran de manera visual en un diagrama de barras en la figura 1.

Tabla 13. *Tabla de frecuencias*

PROPUESTAS SOLUCIÓN PROBLEMA	ENFERMERAS/OS/OS	TCAES	TOTAL
Unidad cerrada al público	9	4	13
Control de acompañantes	6	6	12
Un acompañante por paciente	6	5	11
Limitar accesos a la unidad	7	2	9
Un acompañante solo en ciertos casos	7	3	10
Información periódica a acompañantes en sala habilitada	10	3	13
Identificación acompañantes	4	4	8
Aumentar personal de seguridad	2	0	2
Total	51	27	78

Figura 1. Soluciones propuestas por el personal de enfermería de urgencias del CAULE al problema de masificación de acompañantes



5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Para exponer las aportaciones de este estudio es necesario enfocarlo desde el marco teórico, teniendo en cuenta que los servicios de urgencias suponen un punto donde confluyen usuarios y profesionales teniendo cada uno de ellos una percepción distinta de la salud y de la enfermedad (Beltrán, Díaz, Manso & Beltrán, 2001). En este trabajo se enfoca la percepción dentro de ese entorno que es la unidad de urgencias, de los profesionales de enfermería de urgencias del CAULE. Actualmente existe una corriente a favor de la atención centrada en el paciente, defendiendo la presencia de familiares o acompañantes en todo momento, como participantes activos en el proceso de cuidados del paciente. También es cierto que en los estudios existentes hasta el momento se hace patente una controversia entre los que opinan que los acompañantes deben estar presentes (Sutton et al., 2013) y los que creen que en determinados momentos de actuación urgente lo óptimo tanto para los profesionales como para los usuarios es la no permanencia de los mismos (Blaettler, Schlaeppli, & Senn, 2014).

El objetivo principal del trabajo era explorar la percepción que tenían los profesionales de enfermería, tanto enfermeras/os como TCAEs, en cuanto al problema de masificación de acompañantes que existe en la unidad de urgencias del Complejo Asistencial Universitario de León. Como objetivo secundario se planteó la elaboración de un cuestionario para medir

dicha variable, cuestionario PPEUCAB puesto que no existe ninguno validado para tal fin. La ventaja que tiene respecto a otros que miden la percepción de enfermería es que es específico para este problema en concreto. Una vez creado se analizaron las características psicométricas del mismo, y de los 12 ítems de opinión iniciales una vez eliminados y modificados los ítems pertinentes se obtuvo un cuestionario con una sección de datos demográficos, otra con datos profesionales y una sección final con 9 ítems de opinión, uno de los cuales consta de una pregunta abierta. El análisis final del cuestionario aporta un α de Cronbach de 0,737, lo que indica una buena consistencia del instrumento. Esta fiabilidad se complementa con una notable validez de constructo ($KMO=0,768$) y en cuanto a la esfericidad, el nivel de significancia de 0,000, revela una fuerte asociación de los ítems y por lo tanto una adecuación de datos al análisis factorial. Claramente los componentes se agruparon en torno a dos factores: consecuencias negativas de la presencia de acompañantes y consecuencias positivas de permitir un solo acompañante. El análisis de las medias comparando esos dos factores con cada una de las características recogidas en la muestra (género, edad, puesto de trabajo, antigüedad, turno de trabajo y situación laboral), nos indica que no hay diferencias significativas de opinión, mostrando una homogeneidad de criterio en cuanto a la presencia de acompañantes en los boxes de adultos del CAULE, y siendo más fuerte el peso del primer factor (consecuencias negativas de la presencia de acompañantes) para todos los subgrupos de la muestra que el del segundo (consecuencias positivas de permitir solo un acompañante).

Los resultados del análisis cualitativo realizado a partir de la pregunta abierta del cuestionario arrojan propuestas de los participantes para solucionar el problema. Una vez categorizadas las unidades de análisis de las transcripciones se resumen en ocho propuestas, siendo las más apoyadas por parte de enfermeras/os, informar periódicamente en una sala habilitada y la unidad cerrada al público mientras que para los TCAEs el control de acompañantes y permitir sólo un acompañante por paciente son las medidas más propuestas. El resto de soluciones aportadas como son limitar accesos a la unidad, un acompañante solo en ciertos casos, identificación de acompañantes y aumentar el personal de seguridad también se reflejaron de manera importante.

Aunque no existen muchos estudios similares en unidades de urgencias, si se han encontrado investigaciones de este tipo en unidades de críticos, como uno realizado en Gran Canaria en el cual el personal de enfermería ve a los acompañantes como entes molestos, que en muchas ocasiones interrumpen o atrasan el trabajo del personal y dificultan el descanso del paciente (Yanez, Santana, Hernández & Molina, 2011). Otro resultado comparable es el estudio de Bañares, que concluye con que la presencia de

familiares no beneficia a los pacientes ni facilita la labor del personal enfermero (Bañares, 2013).

Teniendo en cuenta la revisión de la literatura conceptual y de investigación y los resultados de este estudio, se deduce la posibilidad de aplicación de este estudio en otras unidades de urgencias, tanto en los que existe una organización e infraestructura similar a la del CAULE con acceso libre de acompañantes, como aquellas unidades cerradas al público, como es el caso de varios hospitales españoles. Esto nos llevaría a comparar la opinión de los profesionales de enfermería en otros entornos, para proponer ideas de mejora en el ámbito de los servicios de urgencias. En el caso del hospital de León, la uniformidad de opinión de los profesionales de enfermería en cuanto al problema de los acompañantes y las propuestas hechas suponen unas líneas de mejora a analizar y exponer a los coordinadores de la unidad, para que sean tenidas en cuenta en futuras reformas.

En cuanto a las limitaciones encontradas, es destacable la poca bibliografía encontrada al respecto así como la falta de un cuestionario validado para el problema específico. A pesar de que en el estudio realizado la muestra es el total de la población de enfermeras/os y TCAEs de la unidad de urgencias del CAULE, este trabajo se podría complementar con estudios similares en otros hospitales españoles, puesto que en los diferentes hospitales existen distintas normas internas respecto a la permisividad de visitas. Creo que sería muy interesante comparar las opiniones del personal de enfermería en función de estas diferentes normas respecto a los acompañantes. Por lo tanto este estudio abre nuevas líneas de investigación en la utilización y organización de los servicios de urgencias.

En mi opinión el estudio realizado refleja la necesidad de encontrar soluciones al problema de la masificación de acompañantes en la unidad de urgencias del Hospital de León, que se plasma en la preocupación del personal de enfermería de dicha unidad. Se debería remodelar dicho área para limitar y controlar las puertas de acceso, permitir solo un acompañante identificado por paciente e incidir en dar información periódica a los acompañantes adaptando una sala para dicho cometido. Dichas soluciones propuestas a la larga supondrían una atención al paciente más eficiente puesto que disminuyendo las interrupciones en el trabajo de los profesionales, también se reduce el tiempo de estancia en la unidad y por lo tanto los costes. El ambiente tranquilo que supone la no circulación libre de personas por la unidad favorece al paciente aumentando su bienestar y protegiendo su intimidad. Por otro lado estas medidas aumentan la seguridad de los profesionales, evitando amenazas y agresiones a los profesionales que se producen frecuentemente.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica expectativas de los pacientes y de los trabajadores de la unidades médicas. *Salud pública Méx*,32(3), pp. 170-80.
- Albashtawy, M. (2013). Workplace violence against nurses in emergency departments in Jordan. *International Nursing Review*, 60(4), pp. 550-555.
- Angland, S., Dowling, M., & Casey, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *International emergency nursing*, 22(3), pp. 134-139.
- Artells, J.J., Meneu,R., Peiró, S. (2013). Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 25(2), pp. 95-105.
- Athanasidou, A., Papathanassoglou, E. D., Patiraki, E., McCarthy, M. S., & Giannakopoulou, M. (2014). Family Visitation in Greek Intensive Care Units: Nurses' Perspective. *American Journal of Critical Care*, 23(4), pp. 326-333. doi: 10.4037/ajcc2014986
- Bañares, E. (2013). Acompañamiento Familiar en Urgencias Pediátricas y la labor de enfermería (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Zaragoza, Escuela Universitaria de Enfermería. España.
- Belo, S., (2011). Calidad de los cuidados de salud en contexto hospitalario sugerencias para mejorar. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, Departamento de Didáctica de las Ciencias Sociales, Lengua y Literatura, España.
- Beltrán, C. R., Díaz, E. A., Manso, M. P. B., & Beltrán, S. C. (2001). Antropología educativa de los cuidados enfermeros: antropología en urgencias. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (10), pp. 21-29.
- Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., Piccini, A. T., Mar Gómez, M., & Cerdeira, J. C., (2014). Violencia laboral en urgencias extra hospitalarias: Una revisión sistemática y líneas de intervención psicológica: Accésit de la XX edición del premio de psicología aplicada "Rafael burgaleta" 2013. *Clínica y Salud*, 25(1), pp. 11-18.

- Blaettler, T., Schlaeppli, B., & Senn, B. (2014). Experiences of relatives, who witnessed resuscitation or invasive procedures in life-threatening situations at the bedside of the next of kin or attending in a waiting room. *Pledge*, 27(2), pp. 93-104.
- BOCYL (2003). Orden SBS/1325/2003, de 3 de setiembre, Cartas de derechos y deberes de las guías de información al usuario. Boletín Oficial de Castilla y León, 22 de octubre de 2003.
- BOE (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102 de 29 de abril de 1986.
- BOE(2002). 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. Boletín Oficial del Estado, núm. 274 de 15 de noviembre de 2002.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*.
- Bustamante, P., Avendano, D., Camacho, B., Ochoa, E., Alemany, F.X., Asenjo, M.,...Sanchez, M. (2013). Patient evaluation of quality of emergency department care and associated factors. *Emergencias*, 25(3), pp. 171-176.
- Cappellini, E., Bambi, S., Lucchini, A., & Milanese, E. (2014). Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives and critical care teams. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), pp. 181-193.
- Cypress, B.S. (2013). Using the synergy model of patient care in understanding the lived emergency department experiences of patients, family members and their nurses during critical illness: a phenomenological study. *Dimensions of critical care nursing*, 32(6), pp.310-321 .
- Duarte, J. M., Lahoz, J. M., Noaín, A. G., Mirallas, M. J. M., Moros, R. W. F., & Hernández, M. J. R. (2013). Percepción de intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón. *Emergencias*, 25, pp. 445-450.
- Farrell, G.A., Shafiei, T., & Chan, S.P. (2014). Patient and visitor assault on nurses and midwives: An exploratory study of employer 'protective' factors. *International journal of mental health nursing*, 23(1), pp. 88-96.

- Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D., & Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. *Journal of advanced nursing*, 64(6), pp. 615-624.
- Gamell, F. A., Corniero, A. P., Parra, C. C., Trenchs, S. D. , & Luaces, C. C. (2010). Are parents present during invasive procedures?. Assessment in 32 Spanish hospitals. *Anales de pediatría* ,72(4), pp. 243-249).
- Graneto, J., & Damm, T. (2013). Perception of noise by emergency department nurses. *Western Journal of Emergency Medicine*, 14 (5), pp. 547.
- Greenberg, J. & Baron, R.A . (1997): Behaviour in organizations. 7th edition. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Hahn, S., Müller, M., Hantikainen, V., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2013). Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *International journal of nursing studies*, 50 (3), pp. 374-385.
- Hart, A., Hardin, S. R., Townsend, A. P., Ramsey, S., & Mahrle-Henson, A. (2013). Critical Care Visitation: Nurse and Family Preference. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(6), pp. 289-299.
- Husserl, E. (1982) La idea de la fenomenología. Fondo de Cultura Económica. México, DF.
- Khademi, G., Roudi, M., Farhat, A. S., & Shahabian, M. (2011). Noise pollution in intensive care units and emergency wards. *Iranian journal of otorhinolaryngology*, 23(65), pp. 141.
- Kianmehr, N., Mofidi, M., Rahmani, H., & Shahin, Y. (2010). The attitudes of team members towards family presence during hospital-based CPR: a study based in the Muslim setting of four Iranian teaching hospitals. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 40(1), pp. 4-8.
- Lau, J.B.C., Magarey, J., & Wiechula, R. (2012). Violence in the emergency department: An ethnographic study (part II). *International emergency nursing*, 20 (3), pp. 126-132.
- Lederman, Z., Garasic, M., & Piperberg, M. (2013). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: who should decide?. *Journal of medical ethics*, medethics-2012.

- Masa´De, R., Nairn, S., Saifan, A., & Timmons, S. (2013). Families' stressors and needs at time of cardio-pulmonary resuscitation: a Jordanian perspective. *Global journal of health science*, 6(2), pp. 72-85. doi: 10.5539/gjhs.v6n2p72.
- Miret, C., & Martinez, A. (2010). El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout The professional in emergency care: aggressiveness and burnout. *An. Sist. Sanit. Navar*, 33(1), pp. 193.
- Miró, O., Escalada, X., Gene, E., Boque, C., Jiménez, F. X., & Netto, C. (2014). Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*, 26(1).
- Morales, A.M., Nogales, M.D., & Pérez, L. (2011). Acompañante satisfecho, un indicador de calidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), pp. 47-53.
- Nikki, L., Lepistö, S., & Paavilainen, E. (2012). Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: A qualitative study. *International emergency nursing*, 20(4), pp. 193-200.
- Ortells, N., Muñoz, T., Paguina, M., & Morató, I. (2013). Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enferm glob*, 12(30), pp. 196-207.
- Pereira D.S., Araújo T.S.S.L., Gois C.F.L., Gois Júnior J.P., Rodriguez E.O.L. & Santos V. (2013). Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. *Rev Gaúcha Enferm.*, 34 (4), pp. 55-61. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.39824>.
- Porter, J. E., Cooper, S. J., & Sellick, K. (2014). Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *International emergency nursing*, 22(2), pp. 69-74.
- Renker, P., Scribner, S. A., & Huff, P. (2014). Staff perspectives of violence in the emergency department: Appeals for consequences, collaboration, and consistency. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*.
- Ríos-Risquez, M. I., & Godoy-Fernández, C. (2008). Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enfermería Clínica*, 18 (3), pp. 134-141.

- Rubio, P.R., Cabezas, J.L., Aleixandre, M., & Fernández J.C. (1998). Un modelo de satisfacción vital basado en la comunicación tripartita: profesional de salud, pacientes y familiares. *Index de enfermería*, (23), pp. 22-25.
- Shulkin, D., O'Keefe, T., Visconi, D., Robinson, A., Rooke, A. S., & Neigher, W. (2013). Eliminating visiting hour restrictions in hospitals. *Journal for Healthcare Quality*, 36 (6), pp. 54-57.
- Sousa, L., Almeida, A., & Simões, C. J. (2011). Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Saúde e Sociedade*, 20(1), pp. 195-206.
- Sutton, A. H., de la Roche, O. F. R., Hernández, R. A., García, R. S. F., Villanueva, A. D., & Lamont, D. S. G. (2013). La experiencia de los acompañantes en su trayectoria por las unidades hospitalarias durante un evento de atención médica: un acercamiento cualitativo. *Ene*, 58(1), pp. 26-36.
- Tanja-Dijkstra, K., Pieterse, M.(2010) Efectos mediados psicológicamente del ambiente físico sanitario sobre los resultados relacionados con el trabajo del personal de asistencia sanitaria. Cochrane Database of Systematic Reviews . Issue 12. Art. No.: CD006210. doi:10.1002/14651858.CD006210.
- Walker, W.(2008). Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review. *Journal of advanced nursing*, 61(4), pp. 348-62. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04535.x.
- Wilkinson , S. (2014). Staff nurse in the acute medical unit. *Emergency Nurse*, 22(7), pp. 27-31. doi.org/10.7748/en.22.7.27.e1354.
- Yanez, B., Santana, L., Hernández, A., & Molina, A. (2011). Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Medicina Intensiva*, 35(1), pp. 62-63.
- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., & Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of clinical nursing*, 19(16), pp. 2329-2341.

7. ANEXOS

7.1. Anexo I. Cuestionario inicial

CUESTIONARIO : PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL CAULE SOBRE LA PRESENCIA DE ACOMPAÑANTES EN LOS BOXES DE ADULTOS (PPEUCAB)

Responda marcando con una X la respuesta correcta:

DATOS DEMOGRÁFICOS:

1-Indique su género : MUJER HOMBRE

2-Indique su edad: 20-29 30-39 40-49 50-60 >60

DATOS SOBRE EL PUESTO DE TRABAJO

3- Puesto de trabajo: ENFERMERA/O TCAE

4-Antigüedad en el puesto en años: <5 5-10 11-20 21-30 >30

5-Turno de trabajo: FIJO ROTATORIO

6-Situación laboral: FIJO NO FIJO

DATOS DE OPINIÓN SOBRE LA PRESENCIA DE ACOMPAÑANTES EN URGENCIAS

Responda a las siguientes preguntas marcando con una X la correcta teniendo en cuenta que:

① **MUY EN DESACUERDO** ② **EN DESACUERDO** ③ **NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO**
④ **DE ACUERDO** ⑤ **MUY DE ACUERDO**

- 7-La infraestructura de la unidad me permite desarrollar satisfactoriamente mi trabajo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 8- Debería existir solo una puerta de acceso desde el exterior al Servicio de Urgencias

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 9- Considero que no debería haber acompañantes en los boxes en ninguno de los casos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 10- Debería haber un acompañante por paciente en caso de deficiencia física o psíquica

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 11- Considero que debería permitirse siempre un acompañante con cada paciente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 12-. Más de un acompañante con cada paciente dificulta el trabajo de los profesionales

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 13-La Unidad de Urgencias es ruidosa debido a la cantidad excesiva de acompañantes

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 14- El bienestar de los pacientes se ve alterado por el exceso de ruido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 15-La entrada libre de acompañantes supone una pérdida de la intimidad del paciente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 16- La mayoría de agresiones a los profesionales son propiciadas por acompañantes

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 17- Realizo mejor mi trabajo sino tengo a los acompañantes observándome

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 18-La calidad de la atención al paciente es mayor en Urgencias que no permiten visitas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 19-Explique brevemente en el siguiente recuadro que propuesta/s aportaría para solucionar el problema de la masificación de acompañantes en su Unidad:

7.2. Anexo II. Cuestionario final

CUESTIONARIO : PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL CAULE SOBRE LA PRESENCIA DE ACOMPAÑANTES EN LOS BOXES DE ADULTOS

Responda marcando con una X la respuesta correcta:

DATOS DEMOGRÁFICOS:

Indique su género : MUJER HOMBRE

Indique su edad: 20-29 30-39 40-49 50-60 >60

DATOS SOBRE EL PUESTO DE TRABAJO

Puesto de trabajo: ENFERMERA/O TCAE

Antigüedad en el puesto en años: <5 5-10 11-20 21-30 >30

Turno de trabajo: FIJO ROTATORIO

Situación laboral: FIJO NO FIJO

DATOS DE OPINIÓN SOBRE LA PRESENCIA DE ACOMPAÑANTES EN URGENCIAS

Responda a las siguientes preguntas marcando con una X la correcta teniendo en cuenta que:

① *MUY EN DESACUERDO* ② *EN DESACUERDO* ③ *NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO*

④ *DE ACUERDO* ⑤ *MUY DE ACUERDO*

- 1- Considero que no debería haber acompañantes en los boxes en ninguno de los casos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 2- Debería haber un acompañante por paciente en caso de deficiencia física o psíquica

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 3- Considero que nunca debería permitirse un acompañante con cada paciente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 4- Más de un acompañante con cada paciente dificulta el trabajo de los profesionales

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 5-La Unidad de Urgencias es ruidosa debido a la cantidad excesiva de acompañantes

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 6- El bienestar de los pacientes se ve alterado por el exceso de ruido

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 7-La entrada libre de acompañantes supone una pérdida de la intimidad del paciente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 8- La mayoría de agresiones a los profesionales son propiciadas por acompañantes

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- 9-La calidad de la atención al paciente es mayor en Urgencias que no permiten visitas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10-Explique brevemente en el siguiente recuadro que propuesta/s aportaría para solucionar el problema de la masificación de acompañantes en su Unidad: