

ARTÍCULO ORIGINAL

INTERRELACIÓN ENFERMERA-CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS SEGÚN MODELO DE JOYCE TRAVELBEE EN LIMA, PERÚ

Aurelia Pozo-Huanca ^{1,a}, Jacqueline Mery Hendenmann-Manrique ^{1,a}

FILIACIÓN

¹ Unidad de cuidados intensivos, Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú^a Licenciada en Enfermería, especialista en cuidados intensivos

RESUMEN

Objetivo: Determinar la interrelación enfermera-cuidador principal del niño hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del INSN-Breña de Lima-Perú, según el Modelo de Joyce Travelbee en el periodo 2023-2024. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal prospectivo. Se usó la escala basada en el modelo de relaciones entre seres humanos Joyce Travelbee en una muestra conformada por cuidadores principales (padres y/o tutores) de niños hospitalizados. Se aplicó un instrumento en escala Likert validado por juicio de expertos, que constó de cinco dimensiones con veinticuatro ítems y se hizo el cálculo de la consistencia interna obteniendo un valor Alpha = 0,88. Se utilizaron pruebas como exacta de Fisher y Chi-cuadrado. **Resultados:** Participaron 300 cuidadores principales que fueron evaluados en cada dimensión del modelo Joyce Travelbee. La dimensión “encuentro original”, e identidades emergentes, simpatía y armonía obtuvieron puntajes predominantemente muy buenos en más del 50 % de los participantes; mientras que en la dimensión “empatía” el puntaje solo fue bueno en el 78,3 %. El nivel de instrucción del cuidador puede considerar un factor importante al momento de evaluar la interrelación entre enfermeras y cuidadores principales ($p < 0,05$). **Conclusión:** La teoría de Joyce Travelbee con sus cinco dimensiones obtuvo resultados positivos, con tendencias calificadas como “buena” y “muy buena”. Estos hallazgos sugieren que las interacciones entre enfermeras y cuidadores pueden alinearse con los objetivos establecidos, promoviendo una relación de calidad en el contexto de cuidados intensivos pediátricos.

Palabras claves: Programa Educativo, Infecciones Relacionadas con Catéteres, Pediatría; Conocimiento, Eficacia. (Fuente: DeCS BIREME).



Citar como:

Pozo-Huanca A, Jacqueline Mery Hendenmann-Manrique JM. Interrelación enfermera-cuidador principal del paciente en unidad de cuidados intensivos pediátricos según Modelo de Joyce Travelbee en Lima, Perú. Rev Pediatr Espec. 2025;4(3):122-129. doi:10.58597/rpe.v4i3.122

Correspondencia:

Aurelia Pozo Huanca.
Av. Alfonso Ugarte 742. Lima.
Correo: deliaaurepozo@gmail.com

Recibido: 05/07/2025

Aprobado: 24/09/2025

Publicado: 30/09/2025



Esta es una publicación con licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

INTERRELATIONSHIP BETWEEN NURSES AND PRIMARY CAREGIVERS IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNITS ACCORDING TO JOYCE TRAVELBEE'S MODEL, IN LIMA, PERU

ABSTRACT

Objective: To determine the nurse-primary caregiver relationship of children hospitalized in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) of the INSN-Breña in Lima, Peru, according to Joyce Travelbee's model in the period 2023-2024. **Materials and methods:** Observational, descriptive, and cross-sectional study. The scale based on Joyce Travelbee's model of human relationships was used in a sample consisting of primary caregivers (parents and/or guardians) of hospitalized children. A Likert scale instrument validated by expert judgment was applied, consisting of five dimensions with twenty-four items, and internal consistency was calculated, obtaining an Alpha value of 0.88. Tests such as Fisher's exact test and Chi-square were used. **Results:** Three hundred primary caregivers participated and were evaluated in each dimension of the Joyce Travelbee model. The dimensions of original encounter, emerging identities, sympathy, and harmony obtained predominantly very good scores in more than 50% of the participants, while in the dimension of empathy, the score was only good in 78.3%. The caregiver's level of education can be considered an important factor when evaluating the interrelationship between nurses and primary caregivers ($p < 0.05$). **Conclusion:** Joyce Travelbee's theory with its five dimensions obtained positive results, with trends rated as “good” and “very good.” These findings suggest that interactions between nurses and caregivers can be aligned with established goals, promoting a quality relationship in the context of pediatric intensive care.

Key words: Remedial Teaching; Catheter-related Infections; Pediatrics; Knowledge, Efficacy. (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La atención en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) representa uno de los mayores desafíos dentro de los sistemas de salud, debido a la complejidad clínica y emocional que involucra el manejo de pacientes pediátricos críticos. Diversos estudios realizados en todo el mundo han destacado la importancia de implementar estrategias que permitan reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, en línea con las metas planteadas por la Organización Mundial de la Salud para fortalecer los sistemas de salud.¹ Los avances en tecnología médica y la tecnificación de las prácticas de enfermería han sido factores clave para optimizar los cuidados en este entorno.²

Sin embargo, el enfoque técnico intensivo requerido en estas unidades puede limitar el tiempo y los recursos destinados a aspectos emocionales y a la integración familiar en el proceso de cuidado, lo que afecta particularmente a los cuidadores principales, como padres, madres o tutores legales del paciente.³ La evidencia sugiere que la atención humanizada y la comunicación efectiva entre el equipo de salud y los cuidadores principales son fundamentales para mejorar la experiencia y los resultados en salud, tanto del paciente como de su entorno familiar.⁴

En el caso del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) en Lima, Perú, las interacciones entre las licenciadas en enfermería y los familiares de los pacientes se ven influenciadas por factores organizativos y estructurales, como la falta de coincidencia en horarios, la limitada coordinación entre profesionales de diferentes especialidades y las exigencias propias de la atención en cuidados intensivos.⁵ Esto evidencia la necesidad de implementar estrategias que promuevan la humanización del cuidado y fortalezcan la comunicación entre el personal de salud y los cuidadores principales.⁶

En este contexto, las teorías de Joyce Travelbee, que describen cinco fases de interrelación entre el personal de enfermería y los cuidadores principales, ofrecen un marco conceptual valioso para abordar estas limitaciones y diseñar intervenciones orientadas a mejorar la comunicación y fomentar la empatía en el cuidado pediátrico crítico.⁶

La población atendida en el INSN se caracteriza por su diversidad sociodemográfica y la complejidad clínica de los casos, lo que resalta la importancia de implementar medidas que reduzcan el estrés laboral del personal de enfermería, promuevan la confianza con los cuidadores principales y refuercen un enfoque integral en la atención.⁷ Estudios previos han señalado que fases específicas de interacción descritas por Travelbee, como el encuentro original y la simpatía, son esenciales para establecer relaciones de apoyo y comprensión entre el equipo de enfermería y las familias de los pacientes.⁸

Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo determinar la interrelación entre las enfermeras y los cuidadores principales de niños hospitalizados en la UCIP del INSN, en Lima, Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio

Estudio de diseño observacional, descriptivo transversal y prospectivo basado en el modelo de relaciones interpersonales entre seres humanos propuesto por Joyce Travelbee.

Población y muestra

Conformada por los cuidadores principales (padres o tutores) de los niños hospitalizados en la UCIP del periodo 2023-2024. Se incluyeron cuidadores principales de ambos sexos, que comprendieran el idioma español y que acudieran de forma presencial al establecimiento de salud. Aquellos cuidadores principales con alteraciones a nivel auditivo o visual, o que evidenciaron problemas de alcohol o sustancias ilícitas, o problemas de salud mental, fueron excluidos. Se utilizó un muestreo por conveniencia en un marco muestral de 425 cuidadores principales. Se hizo el cálculo de la muestra con Epidat 4.2 con una fórmula para poblaciones finitas considerando una proporción. Se aplicó un nivel de confianza del 95 %, una potencia estadística del 80 % y un nivel de precisión del 5 %, y se obtuvo un tamaño muestral estimado mínimo de 156 individuos. Se trató de acceder al máximo tamaño de muestra posible. Tres individuos rechazaron participar del estudio por no tener tiempo disponible al momento de la ejecución del estudio. El muestreo concluyó con 300 participantes.

Procedimientos de recolección de datos

Antes de la aplicación del cuestionario, se explicó la finalidad del estudio y se aplicó el consentimiento informado en los participantes. Se utilizó la técnica de la encuesta de forma presencial para la recolección de datos. La UCIP del INSN cuenta con 15 camas hábiles y dinámicas, y la estancia de los niños es temporal. Durante la visita de su cuidador o tutor se pidió su autorización para participar del estudio. Muchos de ellos aceptaron; algunos rechazaron participar. Solo las investigadoras realizaron la recolección de datos; no hubo colaboración del personal de enfermería de turno, debido a falta de capacitación en el llenado del cuestionario o por carga laboral. El tiempo de aplicación del cuestionario fue entre 20 a 30 minutos previa explicación del contenido del cuestionario y se desarrolló después de que el cuidador o tutor terminara con su visita rutinaria. La ejecución del estudio tuvo una duración de aproximada de 12 meses.

Instrumentos de recolección de datos

La recolección de los datos comenzó en noviembre del 2023 y concluyó en septiembre del 2024. Se utilizó un cuestionario conformado por dos secciones, una sección de datos sociodemográficos y el instrumento en escala Likert que midió la variable interrelación enfermera asistencial-padre o cuidador principal. Las características sociodemográficas recolectadas fueron sexo, edad, lugar de procedencia, estado civil, número de hijos del cuidador principal, nivel de instrucción, tipo de trabajo, nivel de ingreso, hospitalización.

El instrumento que evalúa la interrelación enfermera-cuidador principal consta de 24 ítems divididos en cinco dimensiones (encuentro Original [ítems 1, 2, 3], identidades emergentes [ítems 4, 5], empatía [ítems 6 al 10], simpatía [ítems 11 al 19], armonía o penetración [ítems 20 al 24]), según el modelo Joyce Travelbee (Figura 1). Este instrumento ha sido aplicado en nuestro contexto en idioma español peruano.⁸ Para fines del estudio en el INSN, tuvo que ser validado en contenido por cinco expertos y se midió su confiabilidad mediante el Alpha de Cronbach (α). Se obtuvo un buen nivel de acuerdo entre los expertos en los criterios de relevancia, pertinencia, claridad, coherencia (v -Aiken = 1) y un valor $\alpha = 0,9$. Las preguntas se midieron las alternativas: siempre (4), con frecuencia (3), rara vez (2) y nunca (1). Los puntajes globales de esta escala se interpretan como “muy buena” (96 puntos), “buena” (72 puntos), “regular” (48 puntos) y “deficiente” (24 puntos).

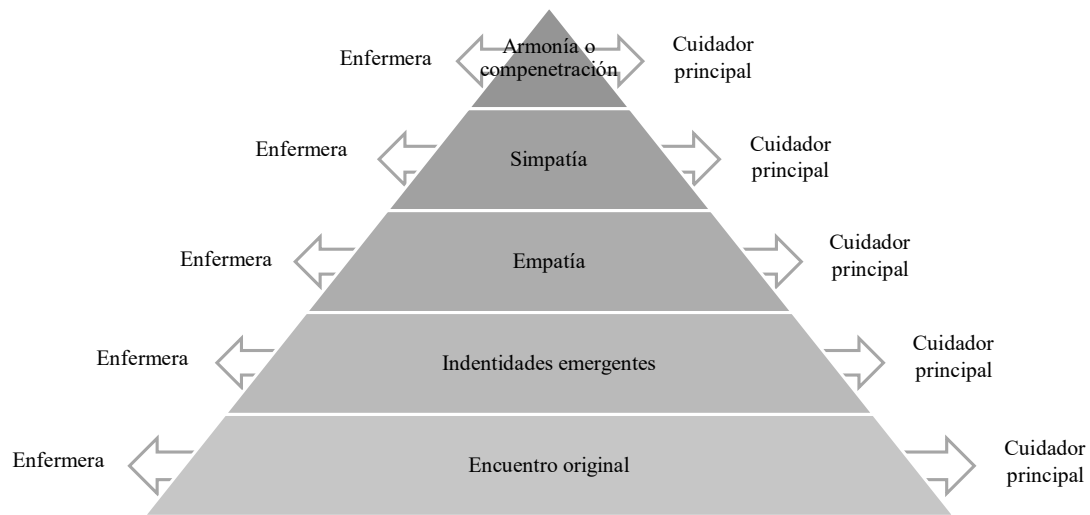


Figura 1. Modelo de Joyce Travelbee de Relación Persona a Persona. Relación entre seres humanos: Enfermera – cuidador principal. ⁹

Plan de análisis

Recolectados los datos, se procedió a realizar una base de datos usando Microsoft Excel. Posteriormente, se utilizó el paquete estadístico SPSS Statistics, versión 20. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes en tablas simples y de contingencia. Las variables numéricas se reportaron como medianas con rangos intercuartílicos, por no existir normalidad en la muestra según la prueba de Kolmogorov Smirnov. Se utilizaron pruebas no paramétricas, como la prueba exacta de Fisher y Chi-cuadrado de independencia para encontrar asociaciones exploratorias entre las variables, pese al tipo de estudio descriptivo. Se consideró significativo todo valor $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INSN con el código PI-43/22. La participación fue voluntaria, confidencial y basada en los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado como cláusula indispensable para que cada cuidador participe del estudio.

RESULTADOS

La población encuestada estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (70,7 %, $n = 212$), con una mediana de edad de 35 años (RIQ: 28-41). La procedencia predominante fue la zona urbana (82 %, $n = 246$), y el 56 % de los participantes se identificaron como convivientes. El número mediano de hijos fue de 2 (RIQ: 1-3). En términos de nivel educativo, el 47,3 % ($n = 142$) alcanzaron la secundaria como nivel máximo de instrucción. La mayoría de los encuestados fueron amas de casa (46,6 %, $n = 140$) y reportaron ingresos económicos menores a 1000 soles mensuales en el 80,7 % de los casos. El tiempo promedio de estancia hospitalaria de los niños en la UCIP fue de 3 días (RIQ: 2-5) (v. Tabla 1).

En relación con la evaluación de la interrelación enfermera-cuidador principal, se evaluaron cada una de las dimensiones en la tabla 2 y 3. Para la dimensión “encuentro original” más del 50 % de los cuidadores principales respondieron “siempre” a las preguntas, lo que posicionó al nivel global como “muy buena” en el 64,7 % ($n = 194$) de los

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio ($n = 300$)

Características	n (%)
Sexo	
Femenino	212 (70,7)
Masculino	88 (29,3)
Edad†	35 [41-28]
Lugar de procedencia	
Rural	54 (18,0)
Urbana	246 (82,0)
Estado Civil	
Casado	56 (18,7)
Divorciado	8 (2,7)
Conviviente	168 (56,0)
Soltero	68 (22,6)
Nº de Hijos†	2 (1-3)
Nivel de Instrucción	
Primaria	32 (10,7)
Secundaria	142 (47,3)
Técnico	57 (19,0)
Universitario	32 (10,7)
Primaria incompleta	16 (5,3)
Secundaria incompleta	21 (7,0)
Tipo de Trabajo	
Independiente	129 (43,0)
Dependiente	31 (10,3)
Ama de Casa	140 (46,7)
Nivel de Ingreso	
S/. 1000	242 (80,7)
S/1000 a S/2000	48 (16,0)
Más de S/2000	10 (3,3)
Hospitalización†	3 (2,5)

†Mediana [rango intercuartílico]

casos. Los participantes percibieron a las enfermeras como sonrientes y amables durante las interacciones. Para “identidades emergentes”, el 62,3 % (n = 187) calificó el nivel como “muy buena”, señalando que las enfermeras identificaron y confirmaron a los cuidadores principales durante las visitas. La dimensión “empatía” fue calificada como “buena” en el 78,3 % (n = 235) de los casos. Los cuidadores destacaron que las enfermeras mantenían contacto visual y explicaban

claramente la información relacionada con el cuidado de los niños. Con relación a “simpatía”, el 67 % (n = 201) calificó esta dimensión como “muy buena”, destacando que las enfermeras estaban atentas a las necesidades del niño y respondían con amabilidad. Para la “armonía o compenetración”, el 54 % (n = 162) de los encuestados calificaron esta dimensión como “muy buena”, afirmando que las enfermeras mostraban habilidades técnicas y permitían a los cuidadores participar en el cuidado del niño hospitalizado.

Tabla 2. Frecuencia de las preguntas del cuestionario interrelación enfermera padre, cuidador principal: modelo Joyce Travelbee

Ítems	Respuestas n (%)				
	Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Siempre	
D1	La enfermera me saluda amablemente cuando se dirige hacia mí	16 (5,3)	23 (7,7)	66 (22)	195 (65)
	La enfermera se muestra sonriente al saludarme.	20 (6,7)	46 (15,3)	99 (33)	135 (45)
	La enfermera utiliza un tono de voz cálido cuando se dirige hacia mí	24 (8)	24 (8)	68 (22,7)	184 (61,3)
D2	La enfermera se identifica como personal especialista de la unidad	27 (9)	31 (10,3)	60 (20)	182 (60,7)
	La enfermera confirma que usted es el responsable del niño hospitalizado.	42 (14,0)	26 (8,7)	40 (13,3)	192 (64)
D3	La enfermera utiliza un lenguaje claro y sencillo cuando conversa conmigo	8 (2,7)	22 (7,3)	52 (17,3)	218 (72,7)
	La enfermera me mira a la cara al hablar	12 (4)	21 (7)	46 (15,3)	221 (73,7)
	La enfermera muestra gestos negativos cuando le solicitó información	200 (66,7)	51 (17)	25 (8,3)	24 (8)
	La enfermera realiza sus actividades ignorando mi presencia.	181 (60,3)	62 (20,7)	25 (8,3)	32 (10,7)
	La enfermera me explica de manera clara y sencilla los cuidados que recibe el niño en la UCIP	19 (6,3)	29 (9,7)	57 (19)	195 (65)
D4	La enfermera se muestra atenta a las necesidades de mi hijo	12 (4)	17 (5,7)	59 (19,7)	212 (70,7)
	La Enfermera me orienta y anima para la participación en el cuidado directo de mi hijo.	23 (7,7)	23 (7,7)	61 (20,3)	193 (64,3)
	La enfermera responde con amabilidad a mis preguntas	10 (3,3)	19 (6,3)	60 (20)	211 (70,3)
	La enfermera muestra interés por mis dudas e incertidumbre ante el estado crítico de mi niño.	24 (8)	25 (8,3)	61 (20,3)	211 (70,3)
	La enfermera me pide con amabilidad permanecer en la sala de espera hasta que me pueda atender.	21 (7)	23 (7,7)	55 (18,3)	201 (67)
	La enfermera me alienta y me consuela cuando estoy triste.	37 (12,3)	51 (17)	66 (22)	146 (48,7)
	La enfermera toma en cuenta y respeta mis creencias religiosas.	34 (11,3)	29 (9,7)	51 (17)	186 (62)
	La enfermera acepta y coordina la presencia de un guía espiritual (sacerdote y/o pastor).	107 (35,7)	40 (13,3)	32 (10,7)	121 (40,3)
	La enfermera se preocupa de que acompañe a mi niño hospitalizado, y no lo abandone.	42 (14)	19 (6,3)	52 (17,3)	187 (62,3)
D5	La enfermera demuestra conocimiento y habilidad en el cuidado de mi niño.	12 (4)	12 (4)	52 (17,3)	224 (74,7)
	Confío en el cuidado que brinda la enfermera a mi niño.	13 (4,3)	16 (5,3)	43 (14,3)	228 (76)
	La enfermera me enseña el cuidado que debo realizar en mi casa al alta de mi hijo.	76 (25,3)	26 (8,7)	49 (16,3)	149 (49,7)
	La enfermera me permite participar en el cuidado directo de mi hijo	44 (14,7)	34 (11,3)	51 (17)	171 (57)
	Permite que acompañe a mi niño.	217 (72,3)	6 (2)	17 (5,7)	60 (20)

Dimensiones (D), D1: encuentro original; D2: identidades emergentes; D3: empatía; D4: simpatía; D5: armonía

Tabla 3. Dimensiones del modelo Joyce Travelbee

Niveles	Dimensiones n (%)					
	Global	Originalidad	Identidad	Empatía	Simpatía	Armonía
Deficiente	1 (0,3)	8 (2,7)	14 (4,7)	1 (0,3)	2 (0,7)	6 (2)
Regular	9 (3)	17 (5,7)	23 (7,7)	14 (4,7)	15 (5)	26 (8,7)
Buena	101 (33,7)	81 (27)	76 (25,3)	235 (78,3)	82 (27,3)	106 (35,3)
Muy Bueno	189 (63)	194 (64,7)	187 (62,3)	50 (16,7)	201 (67)	162 (54)

Los niveles de desempeño global indicaron una calificación “muy buena” en el 63 % (n = 189) de las respuestas, mientras que solo el 1 % se clasificó como “deficiente” (v. Tabla 3). El análisis bivariado mostró que las mujeres (70,7 %, n = 212), predominantemente amas de casa (46,7 %, n = 140), con nivel educativo secundario (47,3 %, n = 142), provenientes de zonas urbanas (82 %, n = 246), y con ingresos menores a 1000 soles (80,7 %, n = 242), tuvieron más del 60 % de respuestas positivas en las dimensiones evaluadas (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El presente estudio realizado en el área de UCIP resalta la importancia de la interrelación entre las enfermeras y los cuidadores principales de niños hospitalizados, especialmente durante momentos de alta tensión emocional como son las visitas en terapia intensiva.¹⁰ Los resultados obtenidos subrayan la necesidad de mejorar la comunicación entre ambos actores, un factor crítico para mitigar el estrés, la ansiedad y la angustia experimentada por los cuidadores, en concordancia con lo reportado en estudios previos.^{6,11}

La predominancia del sexo femenino y su labor principal como amas de casa es consistente con estudios similares, como el de Malliarou *et al.*¹² que también reportó un alto porcentaje de mujeres como cuidadoras principales. Estas características reflejan el perfil típico del cuidador primario en entornos hospitalarios críticos en países en desarrollo, mujeres en edades productivas (25-45 años), con responsabilidades domésticas, procedentes mayoritariamente de zonas urbanas y con limitados ingresos económicos. El modelo teórico de Travelbee identificó cinco dimensiones clave en la relación enfermera-cuidador, confirmándose como una herramienta útil para evaluar, identificar puntos clave y mejorar a largo plazo la interacción en la UCIP.^{13,14}

Para la dimensión “encuentro original”, que inicia con el primer contacto enfermera-paciente donde surgen emociones percibidas por ambas partes, fue calificada de forma positiva en la mayoría de los cuidadores. En esta fase se destacó la importancia de las primeras impresiones en establecer una relación positiva entre la enfermera y el cuidador. Los resultados encontrados coincidieron con los reportados por Jahuancama-Villagaray *et al.*,⁸ quienes enfatizaron la relevancia de una comunicación inicial efectiva para mejorar la satisfacción y calidad de vida del cuidador.¹⁵

Cuando los cuidadores evaluaron las identidades emergentes, es decir, el vínculo personal enfermera-paciente para el abordaje de problemas y la participación del paciente, se encontró una buena aceptación, lo que refleja el éxito de las enfermeras en reconocer y establecer vínculos sólidos con los cuidadores principales. Esto fue concordante con lo que indicó Bustamante,¹⁶ una comunicación clara y efectiva fomenta la confianza y contribuye a la recuperación del paciente, lo que resulta esencial en entornos de alta complejidad como las unidades de cuidados intensivos.

De la misma forma, la dimensión “empatía” valoró la interacción

enfermera-paciente, pues observó la comprensión y motivación de ayuda de parte del profesional, y evidenció buenos niveles de empatía percibida por los cuidadores. En este aspecto, también se subraya la importancia de la capacidad de las enfermeras para percibir y responder al estrés y la angustia de los cuidadores. Resultados similares se encontraron en estudios de Duque Ortiz y Bautista, quienes resaltaron que el lenguaje claro y sencillo utilizado por las enfermeras es fundamental para reducir la incertidumbre de los cuidadores.^{11,17}

La fase de simpatía, de igual forma, tuvo un alto puntaje y evidenció que el lenguaje humanizado y las explicaciones claras contribuyen a disminuir las dudas y temores de los cuidadores. Bautista y Velandia destacaron que esta dimensión permite al cuidador afrontar mejor las emociones negativas asociadas al proceso de hospitalización, lo cual coincide con los hallazgos del presente estudio.¹⁷ Estos resultados también se atribuyen a que la simpatía emerge de la empatía, lo cual se refleja como una genuina preocupación por el paciente.

La armonía y compenetración se calificó como muy buena, aunque hubo una alta proporción de respuestas “nunca”, lo que reflejó que muchos cuidadores no experimentaron que sus hijos se encontraron en la etapa final de su vida. No obstante, Raile¹⁵ y Yoo¹⁸ han señalado que la experiencia y las habilidades de las enfermeras son claves para lograr una interacción más efectiva, permitiendo así al cuidador participar en el cuidado del niño y disminuir su estrés e incertidumbre.

El uso de la teoría de Travelbee permitió una evaluación sistemática de la relación enfermera-cuidador en un contexto específico. Sin embargo, factores externos como limitaciones en los horarios de visita, discapacidad social y recursos humanos insuficientes pueden haber influido en las percepciones de los cuidadores, como se ha reportado en otros contextos internacionales.¹⁹ La naturaleza observacional y el tipo de estudio limita la capacidad de emitir conclusiones de tipo causal. De esta forma, las asociaciones exploratorias realizadas solo identifican posibles diferencias entre grupos de comparación sin tener certeza de qué valores *p* calculados son válidos para realizar una inferencia, debido a no haberse realizado un cálculo de la potencia estadística. Los resultados sugieren la necesidad de implementar programas de capacitación enfocados en mejorar la comunicación y la empatía de las enfermeras en áreas críticas. Además, flexibilizar los horarios de visita podría facilitar una interacción más efectiva entre cuidadores y enfermeras.²⁰ Este estudio proporciona una base para futuras investigaciones que aborden estrategias para fortalecer la interrelación enfermera-familia en otros entornos de cuidados críticos. Finalmente, la escasa literatura ha permitido reconocer el rol de la enfermera en la colaboración con las familias en momentos clave durante la atención en la UCIP, por tanto, es importante que la investigación se oriente a identificar los factores que dificulten su rol en la toma de decisiones.²¹

Tabla 4. Dimensiones del modelo Joyce Travelbee y variables sociodemográficas (n = 300)

Variables	Total	Global		p-valor	Originalidad		p-valor	Identidad		p-valor	Empatía		p-valor	Simpatía		p-valor	Armonía		p-valor
		Bajo	Alto		Bajo	Alto		Bajo	Alto		Bajo	Alto		Bajo	Alto		Bajo	Alto	
Sexo																			
Femenino	212	3,3 %	96,7 %	1**	8 %	92 %	0,76**	13,2 %	86,8 %	0,565*	5,7 %	94,3 %	0,565*	6,6 %	93,4 %	0,412**	12,3 %	87,7 %	0,218*
Masculino	88	3,4 %	96,6 %		9,1 %	90,9 %		10,2 %	89,8 %		3,4 %	96,6 %		3,4 %	96,6 %		6,8 %	93,2 %	
Lugar de procedencia																			
Rural	54	5,6 %	94,4 %	0,394*	9,3 %	90,7 %	0,787*	13 %	87 %	0,877**	3,7 %	96,3 %	1*	11,1 %	88,9 %	0,095*	13 %	87 %	0,625*
Urbana	246	2,8 %	97,2 %		8,1 %	91,9 %		12,2 %	87,8 %		5,3 %	94,7 %		4,5 %	95,5 %		10,2 %	89,8 %	
Estado Civil																			
Casado	56	1,8 %	98,2 %		1,8 %	98,2 %		12,5 %	87,5 %		5,4 %	94,6 %		7,1 %	92,9 %		3,6 %	96,4 %	
Divorciado	8	0 %	100 %		0 %	100 %		0 %	100 %		12,5 %	87,5 %		12,5 %	87,5 %		0 %	100 %	
Conviviente	168	4,8 %	95,2 %	0,477**	11,9 %	88,1 %	0,065**	16,1 %	83,9 %	0,064**	6 %	94 %	0,381**	6,5 %	93,5 %	0,333**	13,1 %	86,9 %	0,169**
Soltero	68	1,5 %	98,5 %		5,9 %	94,1 %		4,4 %	95,6 %		1,5 %	98,5 %		1,5 %	98,5 %		11,8 %	88,2 %	
Nivel de Instrucción																			
Primaria	32	6,3 %	93,8 %		18,8 %	81,3 %		28,1 %	71,9 %		21,9 %	78,1 %		18,8 %	81,3 %		12,5 %	87,5 %	
Secundaria	142	2,8 %	97,2 %		8,5 %	91,5 %		10,6 %	89,4 %		3,5 %	96,5 %		4,2 %	95,8 %		9,2 %	90,8 %	
Técnico	57	1,8 %	98,2 %	0,235**	7 %	93 %	0,173**	14 %	86 %	0,083**	1,8 %	98,2 %	0,76**	3,5 %	96,5 %	0,012**	12,3 %	87,7 %	0,772**
Universitario	32	0 %	100 %		0 %	100 %		6,3 %	93,8 %		3,1 %	96,9 %		0 %	100 %		6,3 %	93,8 %	
Primaria incompleta	16	12,5 %	87,5 %		6,3 %	93,8 %		6,3 %	93,8 %		6,3 %	93,8 %		12,5 %	87,5 %		12,5 %	87,5 %	
Secundaria incompleta	21	4,8 %	95,2 %		9,5 %	90,5 %		9,5 %	90,5 %		0 %	100 %		4,8 %	95,2 %		19 %	81 %	
Tipo de Trabajo																			
Independiente	129	2,3 %	97,7 %	0,262	6,2 %	93,8 %	0,377**	9,3 %	90,7 %	0,363**	3,1 %	96,9 %	0,081**	1,6 %	98,4 %	0,000**	7 %	93 %	0,15**
Dependiente	31	0 %	100 %		6,5 %	93,5 %		12,9 %	87,1 %		0 %	100 %		3,2 %	96,8 %		9,7 %	90,3 %	
Ama de Casa	140	5 %	95 %		10,7 %	89,3 %		15 %	85 %		7,9 %	92,1 %		10 %	90 %		14,3 %	85,7 %	

*Prueba Exacta de Fisher; **Prueba Chi-cuadrado independencia

CONCLUSIÓN

La evaluación de la teoría de Joyce Travelbee en las cinco dimensiones analizadas (encuentro original, identidades emergentes, empatía, simpatía y armonía/compenetración) arrojó resultados positivos con tendencias calificadas como “buena” y “muy buena”. Estos hallazgos sugieren que las interacciones entre las enfermeras y los cuidadores pueden alinearse con los objetivos establecidos, lo que promueve una relación de calidad en el contexto de cuidados intensivos pediátricos.

Financiamiento: Es autofinanciada por recursos propios de los investigadores.

Conflicto de interés: Desde que se inició el proyecto, ejecución e informe final no se presentó ningún conflicto de interés por las investigadoras.

Contribuciones de autoría: APH y JMHM, participaron conjuntamente en la concepción de la idea de investigación, en la búsqueda de información, gestión de recursos para desarrollar el estudio, análisis de resultados y redacción de la primera versión del manuscrito hasta su aprobación final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campos-Miño S, Sasbón JS, Von Dessauer B. Los cuidados intensivos pediátricos en Latinoamérica. *Med Intensiva*. 2012;36(1):3–10. doi: 10.1016/j.medin.2011.07.004
- Shelton G. Appraising Travelbee's Human-to-Human Relationship Model. *J Adv Pract Oncol*. 2016;7(6):657-661. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5866131/>
- Manturano GN, Miranda KE. Apoyo emocional que brinda el profesional de Enfermería y el afrontamiento de los padres de pacientes pediátricos post operados con cardiopatía congénita, INCOR 2014. *Rev Cient Cienc Salud*. 2015;7(2):43-52. doi: 10.17162/rccs.v7i2.223.
- González-Gil MT, Alcolea-Cosín MT, Pérez-García S, Luna-Castaño P, Torrent-Vela S, Piqueras-Rodríguez P, et al. La visita infantil a la unidad de cuidados intensivos pediátricos desde la experiencia de las enfermeras. *Enferm Intensiva*. 2021;32(3):133-144. doi: 10.1016/j.enfi.2020.06.003.
- Julca-Chilcon Margarita Soleinsh, Diaz-Manchay Rosa Jeuna, Guzman-Tello Socorro Martina, Mesta-Delgado Rosio del Pilar. Interacción enfermera-paciente para el éxito del proceso quirúrgico. *Rev Cubana Enfermer*. 2022;38(2):1-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000200009
- Inostroza P, Rivas-Riveros E, Catalán P. Interpretación de la norma de acompañamiento, respecto de la presencia de madres, padres o cuidadores, en procedimientos invasivos pediátricos: Análisis bajo prisma bioético. *Horiz Enferm*. 2024;35(1):196–216. Disponible en: <https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/67857>
- Landman C, Cruz M, García E, Pérez P, Sandoval P, Serey K, Valdía C. Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *Cienc Enferm*. 2015;21(1):91-102. doi: 10.4067/S0717-95532015000100009.
- Jahuancama-Villagaray O, Espinoza-Moreno T. Relación terapéutica entre enfermera y familia basada en la teoría de Joyce Travelbee, en un hospital de Lima. *Health Care & Global Health*. 2017;1(1):31-35. doi: 10.22258/hgh.2017.8.
- Intervención de Doona M. E. Travelbee en enfermería psiquiátrica. 2.ª ed. Filadelfia, PA: FA Davis Company; 1979.
- Fegran L, Helseth S. The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context--closeness and emotional involvement. *Scand J Caring Sci*. 2009;23(4):667-73. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00659.x.
- Duque-Ortiz C, Arias-Valencia MM. Relación enfermera-familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hacia una comprensión empática. *Rev Cienc Salud*. 2021;19(1):1-20. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10059>
- Malliarou M, Gerogianni G, Babatsikou F, Kotrotsiou E, Zyga S. Family Perceptions of Intensive Care Unit Nurses' Roles: A Greek Perspective. *Health Psychol Res*. 2014;2(1):994. doi: 10.4081/hpr.2014.994.
- Jang MS, Kim S. [Person-Centered Relational Care Experienced by Critical Care Nurses: An Interpretative Phenomenological Analysis Study]. *J Korean Acad Nurs*. 2019;49(4):423-436. Korean. doi: 10.4040/jkan.2019.49.4.423.
- Lascano De la Torre R, Cusme N. Aplicación del Modelo de Joyce Travelbee en la relación persona a persona con adultos mayores. *Sal Cienc Tec*. 2022; 5(2):1-10. doi: 10.56294/saludcyt202277.
- Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 10ma ed. España: Elsevier; 2023. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=560252>
- Wieke Noviyanti L, Ahsan A, Sudartya TS. Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *J Public Health Res*. 2021;10(2):2225. doi: 10.4081/jphr.2021.2225.
- Galvis ML, Espinel GO, Rangel JA, Quintero C, Pérez N. Incertidumbre en los cuidadores de niños hospitalizados en unidades de cuidado intensivo neonatal – cuidado intensivo pediátrico (UCIN-UCIP). *Cul. Cuid*. 2019;23(55):256-269. doi: 10.14198/cuid.2019.55.22.
- Yoo SY, Cho H. Exploring the Influences of Nurses' Partnership with Parents, Attitude to Families' Importance in Nursing Care, and Professional Self-Efficacy on Quality of Pediatric Nursing Care: A Path Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5452. doi: 10.3390/ijerph17155452

19. Duque L, Rincón E, León V. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. 2020;14(3):e14308. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008
20. Inceleme I, Demir S. Professional identity formation in nursing: the role of Travelbee's human-tohuman relationship model. J Gazi Univ Health Sci Inst. 2025;7(1):28-36. doi:10.59124/guhs.1608845.
21. Masterson K, Connolly M, Alexander D, Brenner M. Voice of the nurse in paediatric intensive care: a scoping review. BMJ Open. 2024;14(12):e082175. doi: 10.1136/bmjopen-2023-082175.