

INFERMERIA



escoles universitàries
g i m b e r n a t

ADSCRITA A LA **UAB**

Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat

Treball final de Grau

Curs acadèmic 2025-2026

**Título: Fortaleciendo el vínculo madre hijo/a a través del
contacto piel con piel en neonatos prematuros: propuesta de
un diagnóstico NANDA-I.**

Autoras: Marta Bayó Ribera y Aldara Cárdenas Fernández

Tutora: Lidia Fernández Donaire

Sant Cugat del Vallès, Mayo/Junio de 2026

ESCOLES UNIVERSITÀRIES GIMBERNAT

GRAU D'INFERMERIA

PRESENTACIÓ TREBALL FINAL DE GRAU

Nom i Cognoms autor/a: Marta Bayó Ribera i Aldara Cárdenas Fernández

Títol treball: Fortaleciendo el vínculo madre hijo/a a través del contacto piel con piel en neonatos prematuros: Propuesta de un diagnóstico NANDA-I

Autoritzo a que aquest sigui presentat el proper mes de: Maig

Nom i cognoms tutor/a: Lidia Fernández Donaire

LÍDIA
FERNÁNDEZ
DONAIRE - DNI 52198899P
52198899P

Signat digitalment
per LÍDIA FERNÁNDEZ
DONAIRE - DNI
52198899P
Data: 2026.05.07
15:19:01 +02'00'

Sant Cugat del Vallès, 8 de maig de 2026

Índice

1. Resumen y palabras clave	3
2. Abstract and keywords	4
3. Introducción.....	4
4. Justificación.....	7
5. Marco teórico.....	8
5.1 Vínculo afectivo madre-hijo/a en el recién nacido prematuro.....	8
5.2 Contacto piel con piel en el contexto neonatal.....	9
5.3 Dificultades en la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel	10
5.4 Limitaciones de los diagnósticos NANDA-I actuales.....	10
5.5 Taxonomía NANDA-I como marco conceptual	14
5.6 Propuesta de diagnóstico enfermero	16
6. Hipótesis y objetivos.....	16
6.1 Hipótesis	17
6.2 Objetivo General	17
6.3 Objetivo Específicos	18
7. Material y métodos	19
7.1. Tipo de estudio y diseño propuesto (metodología)	19
7.2 Muestra y tipo de muestra.....	21
7.3 Criterios de inclusión y exclusión	22
7.4 Proceso de recogida de datos	22
7.5 Análisis de los datos	23
7.6 Criterios de rigor y aspectos éticos	26
7.7 Limitaciones	27
8. Aplicabilidad en la práctica y líneas futuras de investigación	28

9. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS).....	29
10. Cronograma	30
11. Presupuesto	32
12. Agradecimientos.....	33
13. Bibliografía	34
14. Anexos	38

1. Resumen y palabras clave

El contacto piel con piel (CPP), también conocido como método madre canguro, es una práctica fundamental en el cuidado neonatal, especialmente en recién nacidos prematuros. La evidencia científica muestra que ayuda a mantener la estabilidad del neonato, favoreciendo la regulación de la temperatura y la función cardiorrespiratoria, reduciendo el estrés y contribuyendo a su desarrollo neurológico. Además, permite que madre e hijo/a comiencen a construir su vínculo afectivo desde los primeros momentos de vida.

Sin embargo, en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), esta interacción no siempre se produce de forma óptima. Factores como la prematuridad, la situación clínica del recién nacido, la duración de la hospitalización o el estado emocional de la madre pueden dificultar este proceso. Aunque la taxonomía NANDA-I recoge diagnósticos relacionados con el vínculo y los roles parentales, no aborda de manera específica esta realidad, lo que pone de manifiesto un vacío en la práctica enfermera.

Por ello, este estudio tiene como objetivo diseñar y validar un nuevo diagnóstico enfermero: “Riesgo de interacción madre-hijo/a alterada durante el contacto piel con piel”. Para ello, se propone un estudio metodológico cuantitativo basado en el juicio de expertos. Esta propuesta pretende ayudar a identificar de forma precoz situaciones de vulnerabilidad, facilitando la planificación de cuidados más individualizados, promoviendo un apego seguro y contribuyendo a una atención neonatal más humana.

Palabras clave: Recién nacido, Método madre canguro, Relaciones madre-hijo, Prematuro, Cuidados neonatales y Apego.

2. Abstract and keywords

Skin-to-skin contact (SSC), also known as kangaroo mother care, is a fundamental practice in neonatal care, especially for preterm newborns. Scientific evidence shows that it helps maintain physiological stability by supporting temperature and cardiorespiratory regulation, reducing stress, and promoting neurological development. It also allows mothers and their infants to begin building an emotional bond from the very first moments of life.

However, in neonatal intensive care units (NICUs), this interaction does not always occur under optimal conditions. Factors such as prematurity, the newborn's clinical condition, prolonged hospitalization, and the mother's emotional state may make this process more challenging. Although the NANDA-I taxonomy includes diagnoses related to bonding and parental roles, it does not specifically address this situation, highlighting a gap in nursing practice.

Therefore, this study aims to ~~design and validate a~~ new nursing diagnosis: "Risk of impaired mother-infant interaction during skin-to-skin contact." A quantitative methodological study based on expert judgment is proposed. This approach seeks to support the early identification of vulnerable situations, facilitate more individualized care planning, promote secure attachment, and contribute to more humanized neonatal care.

Keywords: Infant, Newborn, Kangaroo-Mother Care Method, Mother-Child Relations, Infant, Premature and Neonatal Care

3. Introducción

El contacto piel con piel (CPP) también conocido como *skin-to-skin contact*, consiste en colocar al recién nacido desnudo, boca abajo, sobre el pecho o abdomen desnudo de la madre inmediatamente tras el parto, sin ningún elemento entre ellos. Para evitar la pérdida de calor, se puede colocar un pañal

y un gorro al bebé, y cubrir a ambos con una manta o sábana, conservando así el calor y preservando la intimidad de madre e hijo/a (1,2).

Este contacto precoz es fundamental para la adaptación del recién nacido al mundo exterior y para la creación del vínculo afectivo entre madre e hijo/a. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo recomienda como parte de la atención neonatal humanizada, y la evidencia científica respalda sus múltiples beneficios, tanto inmediatos como a largo plazo, para el recién nacido y la madre (1,3).

Numerosos estudios muestran que el CPP ayuda a regular la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y respiratoria del bebé, reduce la incidencia de hipotermia y mejora la supervivencia neonatal, especialmente en neonatos prematuros o de bajo peso al nacer. Por ello, se considera un componente central del Método Madre Canguro (MMC), cuya implementación inmediata o temprana ha demostrado disminuir complicaciones asociadas a la prematuridad (4).

Además de los beneficios fisiológicos inmediatos, el CPP favorece el desarrollo neurológico y cognitivo del recién nacido, mejorando la maduración sensorial y la adaptación al entorno, especialmente en bebés prematuros (5,6).

El CPP tiene un impacto positivo en la madre. La liberación de oxitocina durante este contacto favorece la reducción del estrés y la ansiedad, ayuda a prevenir la depresión posparto y fortalece el vínculo afectivo madre-hijo/a (7,8). Incluso, cuando se mantiene de forma regular durante los primeros meses, el CPP puede tener beneficios metabólicos para la madre, contribuyendo a la regulación de la glucosa y reduciendo el riesgo de obesidad y diabetes tipo II (7) y combinado con estrategias de apoyo, como mindfulness, puede reducir aún más el estrés materno y favorecer la interacción afectiva (9).

A pesar de los múltiples beneficios del CPP, la práctica clínica enfrenta diversos desafíos. En las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), factores como la inestabilidad clínica del recién nacido, la presencia de dispositivos médicos o la separación prolongada madre-bebe pueden limitar o retrasar el inicio del CPP (10,11,12). Además, la percepción de inseguridad por parte del

personal de enfermería o de los propios padres puede dificultar su aplicación, lo que hace necesario un acompañamiento cercano y una planificación cuidadosa de los cuidados.

Aunque la evidencia científica respalda los beneficios del CPP, la práctica clínica muestra que, en situaciones como la prematuridad y la hospitalización neonatal, pueden surgir dificultades que afectan a la interacción y al vínculo afectivo entre la madre y su hijo/a (13). La ansiedad materna, la separación en los primeros días de vida o la complejidad clínica del recién nacido son factores que pueden interferir en este proceso y que no siempre quedan reflejados de forma específica en los diagnósticos enfermeros actuales recogidos en la taxonomía NANDA-I.

Ante esta situación, el presente Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo proponer un nuevo diagnóstico enfermero orientado a identificar el riesgo de alteración de la interacción madre-hijo/a durante la realización del CPP en recién nacidos prematuros, con el fin de facilitar la planificación de cuidados preventivos, individualizados y centrados en la familia.

En este marco, el papel de la enfermera resulta esencial. Las enfermeras de UCIN no solo realizan intervenciones técnicas complejas, sino que también promueven la humanización de los cuidados, fomentan la participación de los padres y facilitan la construcción del vínculo afectivo (14,15,16). La existencia de protocolos claros y la formación continuada aumentan la confianza del personal y favorecen la implementación del CPP, mientras que la ausencia de estos recursos puede generar diferencias en la práctica clínica (16).

Teniendo en cuenta la importancia del vínculo madre-hijo/a y los desafíos que presenta su cuidado en neonatos prematuros, este TFG propone la creación y validación de un nuevo diagnóstico enfermero NANDA-I. Este diagnóstico permitirá a las enfermeras identificar situaciones de vulnerabilidad de manera temprana, planificar cuidados personalizados y fomentar un apego seguro, reforzando la humanización y calidad de la atención neonatal, y contribuir a estandarizar los cuidados para garantizar que todos los neonatos y sus familias se beneficien de esta práctica desde los primeros momentos de vida.

Para la realización de este trabajo, se ha contado con el apoyo puntual de la herramienta ChatGPT en tareas específicas como la traducción de artículos científicos en inglés, la revisión de la expresión escrita y la orientación en el desarrollo del punto 9 relativo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El resto del trabajo han sido elaborado íntegramente por las autoras.

4. Justificación

En la práctica diaria en el ámbito neonatal, se observa con frecuencia que la separación temprana entre madre e hijo/a tiene consecuencias que van más allá de lo físico. Muchas madres manifiestan miedo, inseguridad y una profunda angustia por no poder tener contacto con su bebé, expresando sentir que “no están cumpliendo” con su rol materno o que el vínculo con su recién nacido se está debilitando desde los primeros días. Al mismo tiempo, hay neonatos que, pese a estar clínicamente estables, muestran signos de irritabilidad, llanto persistente o dificultad para calmarse cuando no tienen el contacto directo con la piel de su madre (2,3,4). Estas situaciones ponen de manifiesto la fragilidad y la relevancia de este periodo inicial.

La aplicación del CPP permite observar cambios inmediatos y significativos tanto en el recién nacido como en la madre. La regulación de la respiración y la disminución del llanto en el neonato, junto con la reducción de la ansiedad y el aumento de la seguridad materna (2,3,8), hacen que la madre comience a relajarse y a conectar con su hijo/a de una manera visible y emocionalmente profunda. Estos momentos, son un reflejo claro de lo que confirma la evidencia científica: el contacto temprano fortalece el apego, reduce el estrés y favorece la estabilidad fisiológica del recién nacido (3,4,6,7).

Sin embargo, en la práctica clínica se identifica que algunos factores de riesgo presentes en el diagnóstico NANDA-I “Riesgo de conductas de apego alteradas” (00439) no abarcan completamente la realidad del entorno neonatal (17). Factores como la ansiedad materna, la separación prolongada por hospitalización o la falta de experiencia en el cuidado del recién nacido

premature son situaciones frecuentes que necesitan ser incorporadas y actualizadas para orientar de forma precisa las intervenciones de enfermería.

Por todo ello, este Trabajo de Fin de Grado surge de la necesidad de integrar la experiencia clínica con la evidencia científica más reciente, proponiendo la actualización y ampliación del abordaje diagnóstico enfermero. El objetivo final con la incorporación del nuevo diagnóstico enfermero es facilitar una planificación de cuidados más ajustada a las necesidades reales de las madres y sus bebés, fortaleciendo el vínculo afectivo desde los primeros momentos de vida y brindando una atención neonatal más humana, cercana y efectiva.

5. Marco teórico

En este apartado nos hemos centrado en definir los conceptos del vínculo afectivo, contacto piel con piel y detectar los obstáculos de la interacción.

Esta información nos ha permitido identificar las limitaciones de los diagnósticos NANDA-I relacionados con nuestro objeto de estudio y ver el vacío existente en la taxonomía NANDA-I, hecho que nos ha llevado a realizar nuestra propuesta de un nuevo diagnóstico.

5.1 Vínculo afectivo madre-hijo/a en el recién nacido prematuro

Dentro del proceso de atención neonatal, la enfermería desempeña un papel clave en la promoción del vínculo afectivo temprano, el apego seguro y la interacción madre-hijo/a, factores fundamentales en el desarrollo emocional, neurológico y social del prematuro. La identificación de riesgos que pueden interferir en esta interacción resulta esencial para implementar intervenciones preventivas oportunas (19).

El vínculo afectivo temprano entre madre y recién nacido constituye un proceso dinámico y bidireccional que se inicia desde los primeros momentos de vida. En el caso de recién nacidos prematuros, este proceso puede verse afectado por la

inmadurez neurológica del neonato, la necesidad de cuidados intensivos y la separación física a causa de la hospitalización. Estas circunstancias pueden dificultar el reconocimiento de señales en el establecimiento de un apego seguro, aumentando el riesgo de alteraciones en la interacción madre-hijo/a.

5.2 Contacto piel con piel en el contexto neonatal

El contacto piel con piel (CPP) se ha consolidado como una intervención fundamental en el cuidado neonatal, especialmente en recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. Este método favorece la estabilidad térmica, respiratoria y hemodinámica del neonato, además de promover la lactancia materna y reducir el estrés tanto en el bebé como en la madre (5,6,18,20).

No obstante, la práctica clínica evidencia que, en determinadas circunstancias, la aplicación del contacto piel con piel puede verse condicionada por factores como la inestabilidad clínica del recién nacido o la separación prolongada madre-hijo/a o la inestabilidad psicológica materna. Estas situaciones pueden generar sentimientos de miedo, inseguridad o sobrecarga emocional en la madre, lo que podría interferir en la calidad de la interacción afectiva durante los primeros días de vida, etapa crítica para el establecimiento del apego (5).

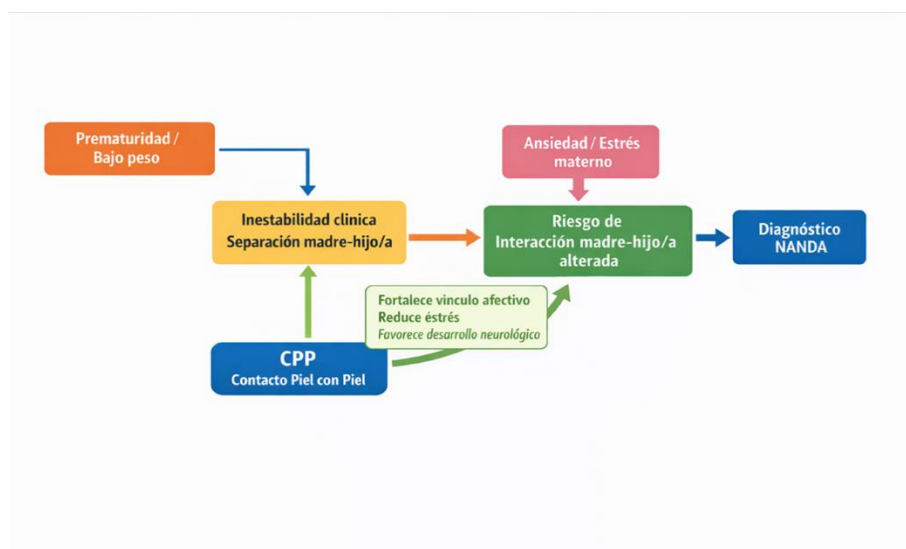


Figura 1: Esquema contacto piel con piel (propio).

5.3 Dificultades en la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel

En el área de neonatología, y particularmente en el contexto del contacto piel con piel (CPP) aplicado en el recién nacido prematuro, se identifican situaciones clínicas complejas que no siempre quedan recogidas en los diagnósticos existentes. La implementación del contacto piel con piel, aunque ampliamente respaldada por la evidencia científica, puede generar desafíos emocionales en madres que experimentan ansiedad, estrés o inseguridad durante la hospitalización neonatal, lo que justifica la propuesta de un nuevo diagnóstico enfermero orientado a la prevención de alteraciones en la interacción madre-hijo/a (20).

5.4 Limitaciones de los diagnósticos NANDA-I actuales

A pesar de la relevancia clínica del vínculo madre-hijo/a y del CPP en el contexto de la prematuridad, la Taxonomía NANDA-I vigente no contempla un diagnóstico específico que aborde el riesgo de alteración de la interacción madre-hijo/a durante la implementación del contacto piel con piel. Los diagnósticos existentes relacionados con roles parentales, afrontamiento o ansiedad materna no integran de forma conjunta los factores propios de la prematuridad, la hospitalización neonatal y la interacción afectiva durante el CPP, lo que evidencia un vacío diagnóstico en este ámbito.

La identificación de este vacío justifica la necesidad de proponer un nuevo diagnóstico enfermero orientado a la prevención de alteraciones en la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel en recién nacidos prematuros. La formulación de un diagnóstico de riesgo permite a la enfermería identificar precozmente situaciones de vulnerabilidad y planificar intervenciones dirigidas a fortalecer el vínculo afectivo, reducir la ansiedad materna y favorecer el desarrollo del prematuro.

Revisando los diagnósticos ya existentes, y la literatura científica, nos damos cuenta de que, aunque existen diagnósticos relacionados, persisten limitaciones relacionadas con la precisión diagnóstica y la evidencia que lo sustenta, ninguno cubre completamente nuestro enfoque, como por ejemplo (17,21,22):

Tabla 1: Comparación de diagnósticos NANDA-I relacionados con el vínculo madre-hijo/a en el contexto neonatal tomado de: Diagnósticos de Enfermería NANDA 2024-2026: Guía Completa y Actualizada [Internet]. DiagnosticosNANDA.com; 2025 [citado 2026 ene 10]. Disponible en: <https://diagnosticosnanda.com/> (elaboración propia).

Diagnóstico NANDA-I	Código	Dominio	Clase	Factores Relacionados / Riesgo	Signos y Síntomas	Intervenciones NIC	Resultados NOC
Vínculo madre-hijo insuficiente	00063	Promoción de la salud	Percepción/Conocimiento	Experiencia materna limitada, estrés, separación prolongada	Falta de contacto, escaso contacto visual, poca respuesta al llanto	Fomentar contacto piel con piel, educar sobre apego, reforzar interacciones madre-hijo	Nivel de apego, satisfacción materna, frecuencia de interacciones positivas
Ansiedad	00146	Seguridad/Protección	Fisiológica-Psicológica	Estrés por cuidado del neonato, incertidumbre	Inquietud, insomnio, preocupación excesiva	Técnicas de relajación, educación sobre cuidado del neonato, apoyo emocional	Nivel de ansiedad, sensación de calma, autocontrol
Fatiga	00093	Actividad/Reposo	Descanso/Sueño	Privación de sueño, estrés, cuidado intensivo	Cansancio, somnolencia, dificultad para concentrarse	Planificación de descansos, apoyo en cuidados, educación sobre autocuidado	Nivel de energía, estado de alerta, capacidad de cuidado
Riesgo de lesión	00035	Seguridad/Protección	Fisiológica	Posturas inadecuadas, manejo incorrecto del bebé	Ninguno (es riesgo)	Enseñar posicionamiento seguro del bebé, supervisar lactancia y piel con piel	Ausencia de lesiones, postura adecuada, manejo seguro

Riesgo de alteración de la temperatura corporal (RN)	00031	Seguridad/Protección	Fisiológica	Prematuridad, bajo peso, exposición ambiental	Ninguno (es riesgo)	Contacto piel con piel, monitorizar temperatura, ambiente térmico adecuado	Temperatura dentro del rango normal, estabilidad térmica
Riesgo de alteración en la nutrición: menos de lo necesario (RN)	00002	Nutrición	Ingesta	Lactancia insuficiente, dificultad de succión	Ninguno (es riesgo)	Fomentar lactancia materna, supervisar agarre, educación sobre alimentación	Peso adecuado, ingesta nutricional suficiente, patrón de lactancia exitoso
Riesgo de infección (RN)	00004	Seguridad/Protección	Fisiológica	Inmadurez inmunológica, contacto hospitalario	Ninguno (es riesgo)	Lavado de manos, piel con piel, cuidado higiénico del neonato	Ausencia de infección, signos vitales normales
Riesgo de desarrollo retrasado (RN)	00104	Desarrollo	Maduración	Prematuridad, poca estimulación, separación	Ninguno (es riesgo)	Contacto piel con piel, estimulación sensorial, interacción madre-hijo	Desarrollo neurológico adecuado, interacción afectiva positiva
Interacción parental alterada	00062	Promoción de la salud	Percepción/Conocimiento	Estrés, hospitalización, falta de apoyo	Escaso contacto, dificultad para responder a señales del bebé	Promover contacto piel con piel, educar sobre cuidado y señales del bebé	Calidad de interacción, respuesta parental, apego
Riesgo de desequilibrio familiar	00061	Promoción de la salud	Dinámica Familiar	Hospitalización prolongada del neonato, estrés familiar	Ninguno (es riesgo)	Integrar familia en cuidados, educar, apoyo emocional	Nivel de adaptación familiar, cohesión, participación en cuidados

5.5 Taxonomía NANDA-I como marco conceptual

Los diagnósticos NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association International) son herramientas clínicas esenciales dentro del cuidado de enfermería, ya que permiten identificar, analizar y describir las respuestas humanas de individuos, familias o comunidades ante problemas de salud reales, situaciones de riesgo o procesos propios del ciclo vital. Estos diagnósticos no solo se centran en la enfermedad, si no en como la persona reacciona física, emocional y socialmente frente a su estado de salud mediante un lenguaje estandarizado y reconocido a nivel internacional. Constituyen la base para la planificación del cuidado de enfermería, ya que orientan la selección de intervenciones específicas y adecuadas, permitiendo alcanzar resultados esperados y garantizar una atención integral y de calidad, acorde a las responsabilidades propias de la enfermera. Los diagnósticos se organizan en un sistema jerárquico que facilita la identificación de las respuestas humanas y la planificación de los cuidados. Este sistema se compone de:

- **Dominios:** son 13 y representan áreas amplias de respuesta humana, como salud, nutrición, desarrollo o roles y relaciones.
- **Clases:** Subdivisiones dentro de cada dominio que agrupan diagnósticos con características similares.
- **Diagnósticos específicos:** Juicios clínicos que identifican problemas reales o de riesgo.

Esto permite a enfermería seleccionar intervenciones dirigidas y medir resultados de forma estandarizada.

Los diagnósticos NANDA-I surgen en la década de 1970 a partir de la necesidad de estandarizar el lenguaje del diagnóstico enfermero. Su inicio se sitúa en 1973 con la primera conferencia sobre clasificación de diagnósticos enfermeros. En 1982 se publica la primera lista oficial de diagnósticos y, en 2002, la organización adopta el nombre de NANDA-I International. En la actualidad, NANDA-I continúa

actualizando sus diagnósticos, siendo la Taxonomía II (2024–2026) el marco de referencia vigente para la práctica, la docencia y la investigación en enfermería.

Los diagnósticos son elementos esenciales del proceso enfermero de cara a identificar las respuestas humanas ante situaciones de salud reales o potenciales, en el ámbito neonatal, estas respuestas no solo afectan al recién nacido, sino también a la madre y a la díada madre-hijo/a, especialmente en el contexto de la prematuridad (17).

La incorporación de nuestra propuesta de diagnóstico “Riesgo de interacción madre-hijo/a alterada durante el contacto piel con piel” permitiría a los profesionales de enfermería identificar de forma precoz situaciones de vulnerabilidad en la díada madre-hijo/a, facilitando la planificación de cuidados preventivos e individualizados. Asimismo, contribuiría a reforzar el papel autónomo de la enfermera en la promoción del vínculo afectivo temprano y en la humanización de los cuidados neonatales, alineándose con el enfoque de atención centrada en la familia y con los principios del modelo NANDA–NIC–NOC.

5.6 Propuesta de diagnóstico enfermero

En este contexto, proponemos realizar un nuevo diagnóstico enfermero, con el objetivo de facilitar la planificación de cuidados orientados a la prevención de alteraciones en la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel en recién nacidos prematuros.

Nombre del diagnóstico propuesto: Riesgo de interacción madre-hijo/a alterada durante el contacto piel con piel. (Riesgo de alteración del vínculo madre-hijo/a relacionado con la implementación del contacto piel con piel en prematuros).

Definición:

Posibilidad de alteración en la relación madre-hijo/a durante la hospitalización neonatal o en los primeros días de vida, que puede afectar el establecimiento del apego, la comunicación afectiva y el desarrollo del recién nacido.

Justificación:

Este diagnóstico se propone a partir de la evidencia que muestra como el contacto piel con piel es fundamental para fortalecer el vínculo entre madre e hijo/a, favorece la regulación emocional y contribuye a la estabilidad del recién nacido prematuro. Permite a las enfermeras detectar posibles riesgos en la interacción madre-hijo/a y planificar cuidados adaptados a cada situación, siguiendo la taxonomía NANDA-I, con objetivo de prevenir dificultades en el apego y fomentar una comunicación afectiva positiva desde los primeros días de vida (23,24).

6. Hipótesis y objetivos.

El fijar la hipótesis nos ha servido para elaborar los objetivos de la investigación, teniendo en cuenta la necesidad de adecuar el trabajo enfermero/a a la práctica asistencial.

En el presente estudio se ha diseñado un objetivo principal para describir lo que queremos con nuestra investigación. Al mismo tiempo, se plantean siete objetivos específicos que permiten profundizar en aspectos derivados del objetivo principal.

6.1 Hipótesis

Dado el carácter metodológico y cuantitativo del estudio, se plantean las siguientes hipótesis de investigación.

El diagnóstico enfermero propuesto: *“Riesgo de interacción madre-hijo/a alterada durante el contacto piel con piel. (Riesgo de alteración del vínculo madre-hijo/a relacionado con la implementación del contacto piel con piel en prematuros)”* alcanzará un índice de validez de contenido igual o superior a 0,8, según el método Fehring (25,27). Este resultado permitiría considerar que el diagnóstico presenta una adecuada coherencia y relevancia clínica, respaldando así su posible incorporación a la taxonomía NANDA-I (23,29).

Las enfermeras expertas en unidades de cuidados intensivos neonatales valorarán como altamente relevantes (resultado igual o superior a 4 en la Escala Likert de 0 a 5) la etiqueta diagnóstica, la definición y los factores de riesgo asociados al diagnóstico propuesto (24,30).

6.2 Objetivo General

Diseñar y validar el contenido de un nuevo diagnóstico enfermero orientado a identificar el riesgo de alteración de la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel en recién nacidos prematuros, mediante juicio de expertos conforme el método Fehring.

6.3 Objetivo Específicos

1. Analizar la evidencia científica existente sobre la interacción madre-hijo/a, el vínculo afectivo temprano y el contacto piel con piel en recién nacidos prematuros.
2. Identificar los factores clínicos, emocionales y contextuales que pueden interferir en la interacción madre-hijo/a durante la realización del contacto piel con piel en el entorno de la hospitalización neonatal.
3. Revisar los diagnósticos enfermeros incluidos en la taxonomía NANDA-I relacionados con el vínculo afectivo, los roles parentales y la interacción familiar, identificando sus limitaciones en el contexto de la prematuridad.
4. Justificar la necesidad de un nuevo diagnóstico enfermero que aborde de forma específica el riesgo de alteración de la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel en recién nacidos prematuros.
5. Definir el diagnóstico enfermero propuesto conforme a la estructura NANDA-I, estableciendo su denominación, ubicación taxonómica, definición, tipo de diagnóstico y factores de riesgo asociados.
6. Diseñar un instrumento de validación para la evaluación del diagnóstico por enfermeras expertas.
7. Determinar el índice de validez del contenido del diagnóstico propuesto mediante el método Fehring.
8. Analizar el grado de consenso, su relevancia otorgada por las expertas a la etiqueta, definición y factores de riesgo.
9. Valorar la aplicabilidad clínica del diagnóstico propuesto en unidades de cuidados intensivos neonatales, como herramienta para reforzar el papel autónomo de la enfermera y la humanización de los cuidados.

7. Material y métodos

En este contexto, proponemos un nuevo diagnóstico enfermero, con el objetivo de facilitar la planificación de cuidados orientados a la prevención de alteraciones en la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel en recién nacidos prematuros.

7.1. Tipo de estudio y diseño propuesto (metodología)

Se plantea un estudio metodológico cuantitativo de validación de contenido mediante juicio de expertos, con incorporación de aportaciones cualitativas complementaria, orientado a la propuesta y validación de contenido de un nuevo diagnóstico enfermero según la taxonomía NANDA-I. El trabajo se fundamenta en una revisión de la literatura científica y en el análisis conceptual de diagnósticos enfermeros existentes, con el objetivo de identificar un vacío diagnóstico relacionado con la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel en recién nacidos prematuros (25,26).

El diseño metodológico se apoya en los modelos clásicos de validación de diagnósticos enfermeros, especialmente el método de Fehring (25,27) complementado con los criterios de Nunnally y Bernstein, ampliamente utilizados en estudios de validación de contenido en el ámbito del lenguaje enfermero estandarizado (28).

A partir del análisis de la literatura y de la revisión de la taxonomía NANDA-I vigente, se propone el siguiente diagnóstico enfermero:

Etiqueta diagnóstica propuesta:

Riesgo de interacción madre-hijo/a alterada durante el contacto piel con piel.

Ubicación taxonómica:

- Dominio: 7 – Roles/Relaciones

- Clase: 1 – Roles de cuidado
- Código: No asignado (diagnóstico propuesto, pendiente de validación)

Definición:

Posibilidad de alteración en la interacción afectiva y relacional entre la madre y su hijo/a durante la hospitalización neonatal o en los primeros días de vida, que puede interferir en el establecimiento del apego, la comunicación afectiva y el desarrollo del recién nacido prematuro durante la realización del contacto piel con piel.

Tipo de diagnóstico:

Diagnóstico de riesgo, ya que describe una situación de vulnerabilidad ante la presencia de factores que aumentan la probabilidad de que se produzca una alteración en la interacción madre-hijo/a, sin manifestaciones clínicas observables en el momento de la valoración.

Los factores de riesgo asociados al diagnóstico propuesto se identificaron a partir de la evidencia científica y de la comparación con diagnósticos NANDA-I relacionados. Se incluyen los siguientes:

- Prematuridad o bajo peso al nacer.
- Inestabilidad clínica o hemodinámica del recién nacido.
- Separación prolongada madre-hijo/a derivada de la hospitalización neonatal.
- Ansiedad, estrés o fatiga materna durante el ingreso en la unidad neonatal.
- Falta de experiencia o conocimientos en el cuidado del recién nacido prematuro.
- Entorno altamente tecnificado que dificulta la interacción espontánea madre-hijo/a.

Estos factores se fundamentan en estudios previos que relacionan la prematuridad, la hospitalización neonatal y el estado emocional materno con dificultades en el establecimiento del vínculo afectivo temprano (24,26).

Al tratarse de un diagnóstico de riesgo, no se definen características definitorias, siguiendo las directrices establecidas por la taxonomía NANDA-I (23).

7.2 Muestra y tipo de muestra

La muestra del estudio estará formada por 200 enfermeras siguiendo los principios psicométricos de Nunnally y Bernstein, que garantiza la estabilidad, fiabilidad y precisión de los resultados de este (30).

Asimismo, establecemos criterios de experiencia profesional y formación avanzada con el objetivo de asegurar un alto nivel de competencia clínica en las participantes, en línea con las recomendaciones metodológicas de Richard J. Fehring (25,27), quien destaca la importancia de seleccionar expertos con conocimiento y experiencia en el área de estudio, nuestras enfermeras contarán con una experiencia mínima de 10 años en unidades neonatales más formación especializada (EIR, máster, postgrados...), lo cual garantiza su perfil experto capaz de emitir juicios clínicos fundamentados.

Todas las participantes pertenecerán a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de diferentes hospitales de tercer nivel de toda España, lo cual garantiza que poseen un alto nivel de competencia clínica y una atención continuada del recién nacido prematuro.

El tipo de muestra se considera no probabilística y por conveniencia, dado que el objetivo es recabar la opinión de profesionales con experiencia específica en la atención madre-hijo/a y en el manejo de la taxonomía NANDA-I. Esta selección permite asegurar la experiencia y competencia clínica de los participantes, elemento clave para la validación de contenido de diagnósticos enfermeros (25,27,28).

7.3 Criterios de inclusión y exclusión

Para la validación de contenido del diagnóstico se establecen los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Enfermeras con experiencia profesional mínima de diez años en unidades de cuidados intensivos neonatales o áreas relacionadas con la atención al recién nacido prematuro.
- Enfermeras con formación específica de posgrado o cursos acreditados en neonatología, cuidados perinatales o metodología enfermera.
- Enfermeras que han participado en investigación, elaboración de protocolos o publicaciones científicas relacionadas con el ámbito neonatal o el lenguaje enfermero.

Se considera enfermera experta a aquella profesional que cumple al menos dos de los criterios anteriores, siguiendo las recomendaciones de Fehring (27).

Criterios de exclusión:

- Enfermeras sin experiencia directa en UCIN o cuidados a recién nacidos prematuros.
- Enfermeras que no puedan comprometerse con la participación completa en el proceso de validación (cuestionario y comentarios):

Estos criterios aseguran que las participantes poseen experiencia, conocimientos y competencia clínica necesarios para emitir juicios válidos sobre el diagnóstico enfermero propuesto (23,30).

7.4 Proceso de recogida de datos

Para validar el contenido del diagnóstico propuesto, se elaborará un cuestionario en línea mediante Google Forms, diseñado específicamente para este estudio y

dirigido a 200 enfermeras expertas. Este cuestionario incluye los siguientes apartados:

- Valoración de la propuesta de etiqueta diagnóstica.
- Valoración de la propuesta de definición del diagnóstico.
- Valoración de la propuesta de cada uno de los factores de riesgo propuestos para el diagnóstico.

Cada ítem será valorado mediante una escala tipo Likert de 0 a 5, donde:

- 0 = Nada relevante
- 1 = Poco relevante
- 2 = Relevancia baja
- 3 = Relevancia moderada
- 4 = Muy relevante
- 5 = Extremadamente relevante

El cuestionario permitirá a las participantes añadir comentarios cualitativos o sugerencias de mejora en cada apartado, con el fin de enriquecer el análisis del diagnóstico propuesto. (Anexo1). A continuación adjuntamos el siguiente enlace:

<https://forms.gle/uoFs5VxxWMVXHgCj7>

7.5 Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizará mediante un enfoque descriptivo, calculando el grado de relevancia de cada componente del diagnóstico a partir de las puntuaciones otorgadas por las enfermeras expertas (25).

Se seguirá el método de Fehring, que permite establecer la validez de contenido de los diagnósticos enfermeros mediante el consenso de expertos, asignando mayor peso a los ítems considerados más relevantes.

El método de Fehring es un procedimiento sistemático ampliamente utilizado para la validación de diagnósticos enfermeros mediante juicio de expertos. Su objetivo es determinar si un diagnóstico posee una adecuada validez de contenido, evaluando la representatividad y relevancia de sus componentes, como la etiqueta, la definición y los factores de riesgo o características definitorias. El proceso se inicia con la selección de expertos con experiencia clínica y académica en el área, quienes valoran cada elemento del diagnóstico utilizando una escala tipo Likert, asignando puntuaciones que reflejan el grado de pertinencia de cada ítem. A partir de estas puntuaciones se calcula el Índice de Validez de Contenido (IVC), que permite clasificar los elementos como altamente representativos, aceptables o no válidos. Según los criterios originales del método, un IVC igual o superior a 0,8 indica que el diagnóstico presenta una validez de contenido adecuada, lo que respalda su coherencia conceptual y su relevancia clínica. Este enfoque ha sido validado y reforzado en estudios posteriores, consolidándose como una herramienta confiable para la incorporación de nuevos diagnósticos en la taxonomía NANDA-I (25,27).

El análisis de los datos se realizará mediante estadística descriptiva utilizando el programa IBM SPSS Statistics, versión 29.

En primer lugar, se introducirán los datos obtenidos del cuestionario en una base de datos del programa. Posteriormente, se calcularán medidas de tendencia central y dispersión para cada uno de los componentes del diagnóstico evaluado (etiqueta diagnóstica, definición y factores de riesgo). En concreto, se obtendrán:

- Media aritmética
- Desviación estándar
- Frecuencia de puntuaciones iguales o superiores a 4 en la escala Likert

Estos análisis permitirán describir el grado de relevancia otorgado por las enfermeras expertas a cada elemento del diagnóstico.

Validación de contenido según el método de Fehring:

Para determinar la validez de contenido del diagnóstico propuesto, se aplicará el modelo descrito por Richard J. Fehring.

Las puntuaciones otorgadas en la escala Likert (0–5) serán transformadas en valores ponderados según los criterios establecidos por dicho autor:

$$5 = 1$$

$$4 = 0,75$$

$$3 = 0,50$$

$$2 = 0,25$$

$$1 = 0$$

$$0 = 0$$

A partir de esta transformación, se calculará la media ponderada de cada componente, obteniendo así el Índice de Validez de Contenido (IVC) individual.

Los criterios de interpretación serán:

$\geq 0,80 \rightarrow$ Alta validez de contenido (componente mayor)

$0,60-0,79 \rightarrow$ Validez moderada (componente menor, revisable)

$< 0,60 \rightarrow$ Componente no válido (requiere modificación o eliminación)

El índice global del diagnóstico se calculará mediante la media aritmética de los índices individuales. Se considerará que el diagnóstico presenta adecuada validez de contenido si el valor global es igual o superior a 0,80.

Consenso entre expertas:

De forma complementaria, se analizará el nivel de consenso entre las participantes mediante la evaluación de la desviación estándar y la concentración de puntuaciones en los valores más altos de la escala.

Siguiendo los principios psicométricos descritos por Joseph C. Nunnally e Ira H. Bernstein, se considerará adecuado un alto grado de acuerdo cuando las medias sean elevadas y la variabilidad entre respuestas sea baja (23,30).

Análisis cualitativo complementario:

Los comentarios abiertos recogidos en el cuestionario serán analizados mediante una categorización temática básica. Este análisis permitirá identificar posibles sugerencias de mejora o ajustes conceptuales, complementando la interpretación de los resultados cuantitativos.

Los resultados obtenidos permitirán valorar la adecuación de la etiqueta, la definición y los factores de riesgo del diagnóstico propuesto, así como identificar posibles modificaciones antes de su futura validación clínica (23,25).

7.6 Criterios de rigor y aspectos éticos

Dado el carácter teórico y metodológico del estudio y la participación voluntaria de profesionales sanitarios, se ha diseñado un protocolo que garantiza la confidencialidad y el anonimato de todas las enfermeras participantes. Para ello, cada participante será identificado únicamente mediante un código numérico, de manera que ningún dato pueda asociarse a su identidad. Todos los registros se almacenarán en soportes seguros, accesibles solo al equipo investigador, asegurando así la protección de la información y el respeto a la privacidad de las participantes.

La participación será completamente libre y voluntaria, sin compensación económica alguna, y las profesionales podrán retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello afecte su actividad profesional. Para formalizar esta participación, se entregará un consentimiento informado en el que se explicarán de manera clara y accesible: el objetivo del estudio, la metodología empleada, la forma de manejo de los datos, los posibles beneficios y riesgos (mínimos en este caso), y el derecho a retirarse cuando lo deseen. Este documento asegura que las enfermeras comprendan plenamente su participación y acepten voluntariamente formar parte del proyecto.

El rigor metodológico se garantizará mediante la utilización de fuentes científicas actuales y relevantes, la aplicación de modelos de validación reconocidos en el ámbito enfermero, como el método de Fehring (25,27), y la coherencia entre los objetivos, el marco teórico y la metodología del estudio. Estas medidas no solo

aseguran la validez científica del proyecto, sino que también protegen a las participantes de cualquier riesgo físico o psicológico, respetando los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y respeto a la autonomía.

Asimismo, el proyecto será sometido a revisión por un Comité de Ética Universitario o de Investigación, lo que garantiza que se cumplan todos los estándares éticos y legales, incluyendo los principios de la Declaración de Helsinki y la normativa nacional de protección de datos personales (por ejemplo, la Ley Orgánica 3/2018 en España) (33,34). Este paso proporciona un respaldo institucional que protege tanto a los investigadores como a las participantes y asegura que el estudio se desarrolle de manera responsable y transparente.

Es importante destacar que el incumplimiento de estos protocolos no solo vulneraría los derechos de las participantes, sino que también podría acarrear consecuencias legales y académicas, así como afectar la credibilidad científica del estudio. Por ello, se ha diseñado un marco ético y legal sólido, que permite asegurar que cada etapa del proyecto se realice con respeto, transparencia y seguridad, ofreciendo a las enfermeras participantes un entorno confiable y protegido.

En definitiva, el enfoque ético del estudio busca equilibrar el interés científico con la protección y el respeto a los profesionales participantes, asegurando que los resultados obtenidos sean válidos y confiables, y que su participación se desarrolle de manera consciente, voluntaria y segura.

7.7 Limitaciones

Aunque este trabajo esté diseñado, parte de un enfoque metodológico riguroso, existen algunas limitaciones que conviene señalar. En primer lugar, se trata de un estudio de validación de contenido, por lo que los resultados reflejan la percepción y experiencia de las enfermeras expertas, sin evaluar directamente la efectividad clínica del diagnóstico en la interacción madre-hijo/a. No obstante, este estudio podría, en un futuro, validar la efectividad clínica (3er nivel de evidencia de NANDA-I).

Por otro lado, durante la fase de diseño del estudio se identificó la dificultad de reclutar enfermeras con grado de doctorado que, simultáneamente, desarrollen su actividad en el ámbito neonatal (25,27) o posean experiencia específica en el uso de la taxonomía NANDA-I. Esta limitación responde a la realidad del contexto sanitario español, donde el perfil altamente especializado en práctica clínica neonatal y formación doctoral en diagnósticos enfermeros es aún reducido.

Asimismo, el juicio de expertos puede verse influido por la experiencia individual y la subjetividad de cada participante, y el análisis basado en escalas de relevancia puede no captar todos los matices de la práctica clínica diaria.

A pesar de estas limitaciones, el estudio ofrece una base sólida para la propuesta del diagnóstico y sienta las bases para futuras investigaciones que permitan validar su aplicabilidad y eficacia en distintos contextos clínicos.

8. Aplicabilidad en la práctica y líneas futuras de investigación

El diagnóstico enfermero propuesto anteriormente podría facilitar la identificación precoz de situaciones de riesgo en la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel, permitiendo planificar cuidados preventivos y personalizados. Como líneas futuras de investigación, se propone la validación clínica del diagnóstico y el desarrollo de intervenciones enfermeras y/o resultados esperados específicos evaluando su impacto en los resultados de la salud neonatal, como podrían ser las siguientes NIC y NOC:

Intervenciones de enfermería sugeridas (NIC):

Las intervenciones enfermeras orientadas a la prevención del diagnóstico propuesto incluyen:

Fomentar el contacto piel con piel frecuente y seguro entre la madre y el recién nacido prematuro.

Educar a la madre sobre las señales de hambre, confort y bienestar del neonato.

Apoyar y reforzar los comportamientos de cuidado materno durante la hospitalización.

Proporcionar orientación emocional y apoyo en el manejo del estrés y la ansiedad materna.

Facilitar la participación de la familia en los cuidados y en el seguimiento de las interacciones madre-bebé.

Resultados esperados (NOC):

Los resultados esperados para este diagnóstico incluyen:

Nivel adecuado de apego materno-infantil.

Mejora de la calidad de la interacción madre-hijo/a.

Reducción de la ansiedad materna y aumento de la confianza en el cuidado del prematuro.

Incremento de la frecuencia de contacto afectivo entre madre e hijo/a.

Favorecimiento del desarrollo emocional y sensorial del recién nacido.

9. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS).

El presente Trabajo de Fin de Grado, se alinea con los principios de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (31,32), promoviendo una atención neonatal equitativa, humanizada y centrada en la familia.

De forma prioritaria, este trabajo se relaciona con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Salud y bienestar, al centrarse en la mejora del bienestar físico, emocional y relacional del recién nacido prematuro y de la madre. La propuesta de un diagnóstico enfermero orientado a identificar el riesgo de alteración en la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel permite planificar cuidados preventivos e individualizados, favoreciendo el establecimiento de un apego seguro, la estabilidad fisiológica del neonato y la reducción del estrés y la

ansiedad materna, aspectos clave para la salud neonatal y el desarrollo temprano (18,31).

El trabajo también guarda relación con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 4: Educación de calidad, al destacar la importancia de la educación sanitaria dirigida a las madres y familias sobre el contacto piel con piel y el reconocimiento de las señales del recién nacido prematuro. Del mismo modo, la utilización de un lenguaje enfermero estandarizado mediante la taxonomía NANDA–NIC–NOC favorece la formación continua de los profesionales de enfermería y la mejora de la práctica clínica basada en la evidencia y ajustada con los principios de la Agenda 2030 (31).

Asimismo, el estudio se vincula con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5: Igualdad de género, al reforzar el papel activo de la madre en el cuidado de su hijo/a prematuro durante la hospitalización neonatal. La promoción del contacto piel con piel y el acompañamiento enfermero contribuyen al empoderamiento materno, fortaleciendo la confianza en el desempeño del rol cuidador y reconociendo el valor del cuidado materno dentro del ámbito sanitario.

Por último, este Trabajo de Fin de Grado se alinea con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 10: Reducción de las desigualdades, al promover la estandarización y humanización de los cuidados neonatales en unidades de cuidados intensivos neonatales. La identificación precoz de situaciones de vulnerabilidad en la díada madre-hijo/a contribuye a garantizar una atención equitativa y de calidad para todos los recién nacidos prematuros y sus familias, independientemente de su contexto social o clínico (31, 32).

10. Cronograma

El cronograma que se presenta a continuación constituye una estimación teórica del tiempo necesario para llevar a cabo el proceso completo de desarrollo, validación y eventual propuesta de aprobación del diagnóstico enfermero ante NANDA-I. Dicho cronograma se basa en experiencias descritas en la literatura y en los tiempos habituales de los procesos metodológicos y editoriales (23,25,27).

- Revisión bibliográfica y análisis conceptual del diagnóstico: 3–4 meses.
- Elaboración de la propuesta diagnóstica (etiqueta, definición y factores de riesgo): 1–2 meses.
- Diseño del instrumento de validación y contacto con enfermeras expertas: 1 mes.
- Recogida de datos y validación de contenido mediante juicio de expertos: 2–3 meses.
- Análisis de resultados y reformulación del diagnóstico: 1–2 meses.
- Preparación del informe final y envío de la propuesta a NANDA-I: 1 mes.
- Difusión de los resultados

En conjunto, el proceso completo podría extenderse aproximadamente entre 9 y 12 meses.

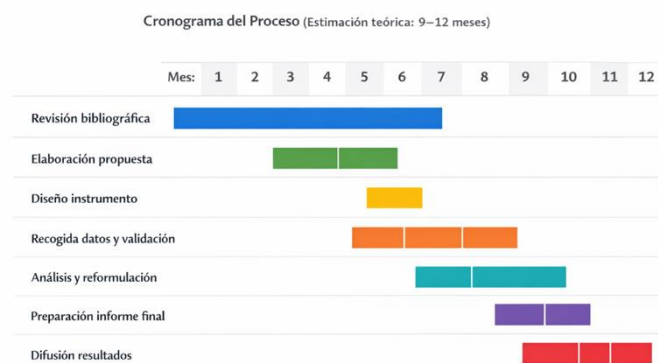


Figura 2: Cronograma del proceso (elaboración propia.)

11. Presupuesto

El presupuesto que se presenta a continuación es una estimación orientativa de los recursos económicos necesarios para llevar a cabo el proceso completo de validación y propuesta de aprobación del diagnóstico enfermero ante NANDA-I.

- Acceso a bases de datos científicas y bibliografía especializada: sin coste adicional, al estar cubierto por la institución universitaria.
- Diseño, impresión y distribución de cuestionarios (formato papel y/o digital mediante Google Forms): aproximadamente 100–150 euros.
- Gastos asociados a comunicación y coordinación con 200 enfermeras expertas (correo electrónico, llamadas, plataformas digitales): 50–100 euros.
- Traducción y adaptación del diagnóstico al inglés para su envío a NANDA-I (si fuera necesario): 200–300 euros.
- Tasas administrativas o de gestión asociadas al proceso de envío y evaluación por NANDA-I (estimación): 100–200 euros.

De este modo, el coste económico total estimado del proceso completo podría situarse entre 450 y 750 euros, dependiendo de los recursos disponibles y de los requisitos específicos establecidos por NANDA-I en el momento de la solicitud (24,28,29).

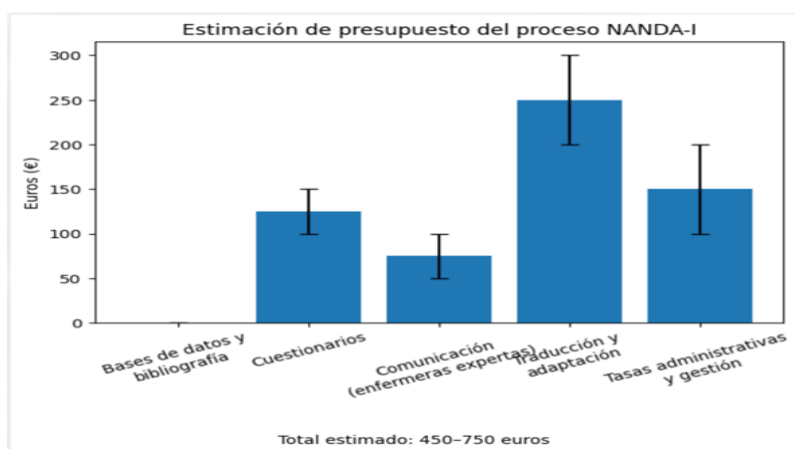


Figura 3: Presupuesto estimado (elaboración propia).

12. Agradecimientos

En primer lugar, deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento a nuestra tutora, Lidia Fernández Donaire, por su dedicación, orientación y apoyo constante a lo largo de la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado. Su acompañamiento, disponibilidad y rigor académico han sido fundamentales para el desarrollo de este trabajo y para nuestro crecimiento tanto académico como profesional.

Asimismo, queremos agradecer al conjunto de profesores y profesoras del Grado en Enfermería, quienes a lo largo de toda la carrera han contribuido de manera decisiva en nuestra formación. Gracias por compartir sus conocimientos, experiencia y vocación, y por inculcar valores esenciales para el ejercicio de la profesión enfermera, como la responsabilidad, la empatía y el compromiso con el cuidado de las personas.

De manera especial, queremos agradecer a nuestros compañeros Alex Díaz y Víctor Ripoll, por habernos acompañado y apoyado durante estos cuatro años. Gracias por vuestra paciencia, compañerismo y por estar siempre presentes tanto en los momentos de mayor carga académica como en los de apoyo personal. Sin duda, este camino habría sido mucho más difícil sin vosotros.

También quisiéramos reconocer el apoyo recibido por parte de la universidad y de las instituciones sanitarias en las que hemos realizado las prácticas clínicas, ya que han sido claves para consolidar los aprendizajes teóricos y comprender la realidad asistencial.

Por último, agradecemos a todas aquellas personas que, de una manera u otra, nos han acompañado y apoyado durante esta etapa académica, haciendo posible la culminación de este trabajo.

13. Bibliografía

1. Larsen JN, Hansson H, Poorisrisak P, Navne LE, Rom AL, Hegaard HK, et al. Obstetric and neonatal conditions and associations with early skin-to-skin contact – a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025 jul 2;25(1):692.
2. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index de Enfermería*. 2012 Dec;21(4):209–13.
3. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016 Nov 25;2016(11).
4. Jiang L, Dominguez G, Cummins A, Muralidharan O, Harrison L, Vaivada T, et al. Immediate Care for Common Conditions in Term and Preterm Neonates: The Evidence. *Neonatology*. 2024 Nov 12;1–23.
5. Cho H, Park J, Choe SA, Lee J. Short-term and long-term effects of skin-to-skin contact in healthy term infants: study protocol for a parallel-group double-blind randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2025 oct;15(10):e104809.
6. Lazarus MF, Marchman VA, Brignoni-Pérez E, Dubner S, Feldman HM, Scala M, et al. Inpatient Skin-to-skin Care Predicts 12-Month Neurodevelopmental Outcomes in Very Preterm Infants. *J Pediatr*. 2024 Nov; 274:114190.
7. Mehta R. Extended kangaroo mother care – Examining the utility of skin-to-skin contact over the first year of life. *Infant Behav Dev*. 2025 Jun; 79:102055.
8. Lee SB, Shin HS. Effects of Kangaroo Care on Anxiety, Maternal Role Confidence, and Maternal Infant Attachment of Mothers who Delivered Preterm Infants. *J Korean Acad Nurs*. 2007;37(6):949.

9. Ouyang X, Ye X, Liu X, Zhang H, Huang S, Fan Y, et al. Effects of kangaroo mother care combined with nurse-assisted mindfulness training for reducing stress among mothers of preterm infants hospitalized in the NICU: a randomized controlled trial. *BMC Pediatr*. 2024 Oct 2;24(1):628.
10. Luz SCL BMRRSESE. Kangaroo method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the Neonatal ICU.
11. Montaner-Ramón A, Merayo Fernández L, Cosmo García I, Carrillo Messa E, Camba Longueira F. Survey on the practice of skin-to-skin contact in Spanish neonatal units during the first days of life. Influence of the presence of umbilical catheters. *Anales de Pediatría (English Edition)*. 2025 Mar;102(3):503774.
12. Starke V, Thernström Blomqvist Y, Karlsson V. Attitudes and Experiences Among Swedish NICU Nurses Regarding Skin-to-Skin Care of Infants Born at 22-23 Weeks of Gestation. *Advances in Neonatal Care*. 2024 Dec;24(6):586–93.
13. Garnica-Torres Z, Brarymi Dias G, da Silva PJ. A systematic review of fatherhood and kangaroo care in the NICU. *Child Youth Serv Rev*. 2024 Feb; 157:107417.
14. Laforêt N, Moughalme M, Dumas-Laussinotte A, Lecomte C. Prématurité et prise en charge infirmière en soins intensifs de néonatalogie. *Soins Pédiatrie/Puériculture*. 2017 Nov;38(299):29–31.
15. Gómez-Cantarino S, García-Valdivieso I, Dios-Aguado M, Yáñez-Araque B, Gallego BM, Moncunill-Martínez E. Nursing Perspective of the Humanized Care of the Neonate and Family: A Systematic Review. *Children*. 2021 Jan 9;8(1):35.
16. Fernández Medina IM, Jiménez Fernández L, Solaz García ÁJ, Llorca Porcar A, Martínez Miguel E, Collados Gómez L. Documento de consenso en el método madre canguro. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2024 Sep;101(3):208–16.

17. Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus. La OMS recomienda el contacto inmediato de piel con piel para lograr la supervivencia de los bebés pequeños y prematuros.
18. Diagnósticos de Enfermería NANDA 2024-2026: Guía completa y Actualizada. 2024.
19. Kymere IG. NICU nurse's ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;
20. Fondos de las Naciones Unidas para la infancia. La primera hora de vida: prácticas esenciales para el recién nacido y la madre. 2016. 2016.
21. Rodríguez-Suárez. Effectiveness of a standardized nursing process using NANDA Internacional, Nursing Interventions Classification and Nursing Outcome Classification terminologies: Healthcare. 2023.
22. Lunney M. Critical Need to Address Accuracy of Nurses' Diagnoses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2008 Jan 31;13(1).
23. Herdman TH KS. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2024-2026. 13th ed. Herdman TH KS, editor. New York: Thieme; 2024.
24. Polit DF BC. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
25. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987 Nov;16(6 Pt 1):625–9.
26. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1. New York: Basic Books; 1982.
27. Carvalho E.C CDHT. Contribution of the Fehring model to nursing diagnosis validation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2013;24(2):73–9.
28. Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs's Health*. 1997 Jun;20(3):269–74.

29. NANDA International. Guidelines for submission of nursing diagnosis proposals. Milwaukee; 2023.
30. Nunnally JC BI. Psychometric Theory. 3ra ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
31. Asamblea General de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. 2015.
32. OpenAI. ChatGPT (versión GPT-4.5) [herramienta de inteligencia artificial]. San Francisco: OpenAI; 2025. Disponible en: <https://chat.openai.com/> [consultado enero de 2026].
33. Declaración de Helsinki – ética en investigación con seres humanos World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para la investigación médica con seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: World Medical Association; 2013 [citado 2026 Mar 2].
34. Ley Orgánica 3/2018 – protección de datos en España España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boletín Oficial del Estado; 2018 [citado 2026 Mar 2].

14. Anexos

1. Formato Google forms (ambos elaboración propia):

<https://forms.gle/uoFs5VxxWMVXHgCj7>

CUESTIONARIO DE VALIDACIÓN DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO Este cuestionario está dirigido a enfermeras expertas en Neonatología y/o cuidados del recién nacido prematuro. Valore cada ítem utilizando una escala de 0 a 5: 0 = Nada relevante 1 = Muy poco relevante 2 = Poco relevante 3 = Moderadamente relevante 4 = Muy relevante 5 = Extremadamente relevante. * Indica que la pregunta es obligatoria SECCIÓN A Datos de la enfermera experta: 1. 1. Edad: * _____ 2. 2. Años de experiencia en neonatología/UCIN: * _____	3. 3. Formación específica (EIR, masters, posgrados o cursos): * _____ _____ _____ 4. 4. Experiencia en el uso de diagnósticos NANDA-I * Marca solo un óvalo. ☐ Sí ☐ No 5. Si respondió sí, años de experiencia: _____ SECCIÓN B Etiqueta diagnóstica propuesta: Riesgo de interacción madre-hijo/a alterada durante el contacto piel con piel	6. 1. Valoración general de la etiqueta diagnóstica: * Marca solo un óvalo por fila. <table border="0"><thead><tr><th></th><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr></thead><tbody><tr><td>La etiqueta es clara y representativa del fenómeno</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>La etiqueta es comprensible para la práctica clínica</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>La etiqueta es aplicable en la UCIN</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></tbody></table> 7. Comentarios sobre la etiqueta: _____ _____ _____ _____		0	1	2	3	4	5	La etiqueta es clara y representativa del fenómeno	☐	☐	☐	☐	☐	☐	La etiqueta es comprensible para la práctica clínica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	La etiqueta es aplicable en la UCIN	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3	4	5																								
La etiqueta es clara y representativa del fenómeno	☐	☐	☐	☐	☐	☐																								
La etiqueta es comprensible para la práctica clínica	☐	☐	☐	☐	☐	☐																								
La etiqueta es aplicable en la UCIN	☐	☐	☐	☐	☐	☐																								

2. Consentimiento informado (elaboración propia)

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA VALIDACIÓN DE DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Título del estudio:

Propuesta y validación de contenido de un diagnóstico enfermero NANDA-I relacionado con la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel en recién nacidos prematuros.

Investigadoras responsables:

Aldara Cárdenas Fernández

Marta Bayó Ribera

Información para la persona participante:

Se le invita a participar de forma voluntaria en un estudio de carácter académico, realizado en el marco de un Trabajo Fin de Grado del Grado en Enfermería. El objetivo del estudio es proponer y validar el contenido de un nuevo diagnóstico enfermero según la taxonomía NANDA-I, relacionado con la interacción madre-hijo/a durante el contacto piel con piel en recién nacidos prematuros.

Su participación consistirá en la cumplimentación de un cuestionario estructurado, en el que se valorarán la etiqueta diagnóstica, la definición y los factores de riesgo del diagnóstico propuesto. El tiempo estimado para completar el cuestionario es de aproximadamente 10-15 minutos.

No existen riesgos físicos ni psicológicos derivados de su participación en el estudio. Tampoco se obtendrá ningún beneficio económico. Los posibles beneficios se relacionan con la contribución al desarrollo del conocimiento enfermero y a la mejora de la práctica clínica en el ámbito neonatal.

Voluntariedad de la participación:

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello suponga ningún perjuicio personal o profesional.

Confidencialidad y protección de datos:

Los datos recogidos serán tratados de forma confidencial y anónima, conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos personales (Reglamento General de Protección de Datos y legislación nacional aplicable).

En ningún caso se recogerán datos que permitan su identificación personal. La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación, y se presentará de forma agregada, garantizando el anonimato de las personas participantes.

Los datos serán custodiados por la investigadora responsable y no serán cedidos a terceros. Una vez finalizado el estudio, los datos serán conservados únicamente durante el tiempo necesario para fines académicos y posteriormente eliminados.

Declaración de consentimiento:

He leído la información proporcionada anteriormente, he comprendido el propósito del estudio y las condiciones de mi participación. He tenido la oportunidad de realizar preguntas y he recibido respuestas satisfactorias.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias. Por todo ello, doy mi consentimiento para participar en el estudio descrito.

Nombre y apellidos de el/la participante.....

Firma:.....

Fecha:.....

Firma de la investigadora:.....

Fecha:.....