

### **Cómo citar este documento**

Villafáfila Quintana, Cristina; Quirós Córdoba, Cristina; Delgado Begines, Estefanía; Escobedo Mesas, Elisabeth; Guijarro Puente, Estibaliz; Castillo Lasierra, María Amparo. Visita guiada a la UCI-Neonatal: influencia en los estados afectivos y emocionales de los padres. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0854.php>

## **Visita guiada a la uci-neonatal: influencia en los estados afectivos y emocionales de los padres**

Cristina Villafáfila Quintana,<sup>1</sup> Cristina Quirós Córdoba,<sup>1</sup> Estefanía Delgado Begines,<sup>1</sup> Elisabeth Escobedo Mesas,<sup>2</sup> Estibaliz Guijarro Puente,<sup>3</sup> María Amparo Castillo Lasierra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla, España

<sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, España

<sup>3</sup>Homerton University Hospital. Londres, Reino Unido

### **Resumen**

La hospitalización de los recién nacidos de bajo peso (BPN) en una Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) es un hecho sorprendente de sufrimiento. El bebé requiere diferentes procedimientos, considerados agresivos para las madres las cuales están rodeadas de emociones conflictivas que interfieren con la forma en que se acercarán a los niños y establecer dudas sobre su capacidad para desempeñar su papel como cuidadora, afectando negativamente en el desarrollo del apego, favoreciendo los estados de ansiedad y alteraciones en el rol parental.

Objetivo principal: Analizar la efectividad de una intervención, visita programada a la UCIN, para la adaptación de los padres en ese entorno.

Metodología: Estudio, cuasi-experimental, prospectivo con grupo de control.

Se llevará a cabo una captación en diferido reclutando un total de 86 prematuros procedentes de un parto programado (entendiéndose como aquel en el que la madre ingresa en la planta de maternidad por una amenaza de parto prematuro). En un primer año, mientras se prepara la intervención, cogemos a 43 padres y sin realizar la visita programada, se medirá la ansiedad, depresión, vínculo padres-hijo, parámetros fisiológicos del neonato y satisfacción de los padres en la unidad de neonatología. A lo largo del segundo año, se volverá a medir dichos aspectos descritos anteriormente pero realizando la intervención.

Hipótesis principal: La visita programada a la UCIN disminuirá los niveles de ansiedad y depresión y como consecuencia mejorará el vínculo de los padres con el hijo, aumentando la estabilidad en el neonato

Palabras clave: ansiedad, unidad de cuidados intensivos, neonatal, apego, padres, prematuro

## **Abstract**

The hospitalization of infants of low birth weight (LBW) in a neonatal intensive care unit (NICU) is a striking fact of suffering. The baby requires different procedures, considered aggressive for the mothers which are surrounded by difficult emotions that interfere with the way in which is closer to the children and raise doubts about his ability to play its role as caregiver, negatively affecting the development of attachment, favoring the states of anxiety and alterations in the parental role.

**Objective:** Analyze the effectiveness of an intervention, scheduled visit to the NICU, for the adaptation of the parents in that environment.

**Methods:** Quasi-experimental study, prospective with control group.

There will be a deferred recruitment in recruiting a total of 86 preterm infants from a scheduled delivery (understood as that in which the mother was admitted to the maternity ward by a threat of premature delivery). In a first year, while preparing for the intervention, we pick up to 43 parents and without performing this activity, it will measure the anxiety, depression, link parent-child, physiological parameters of the neonate, and satisfaction of the parents in the neonatology unit. During the second year, will be to measure these aspects described above but doing the intervention.

**Main Hypothesis:** The scheduled visit to the NICU will decrease levels of anxiety and depression and as a result, improve the link between the parents with the child, increasing stability in the neonate

**Keywords:** anxiety, intensive care unit, neonatal, attachment, parents, premature.

## **1.- Introducción**

Finalidad del estudio:

El nacimiento de un niño menor de 1500 gramos causa un profundo trastorno en la familia. La visión del niño distinto del imaginado no es como el que era soñado, unido a unos primeros días o meses de cúmulo de información sobre su salud y un incierto pronóstico, tanto de supervivencia como de integridad a medio y largo plazo dificulta profundamente el establecimiento de la relación con el niño. Ven el hospital como un lugar desfavorable, desencadenando una serie de sentimientos que bien pudieran repercutir tanto en la pareja como en el recién nacido (conflicto del rol parental)<sup>1</sup>.

Si lleváramos a cabo una visita guiada a la UCIN previo al nacimiento del niño con objeto de familiarizar a la pareja con el entorno en que se encontrarán al niño una vez que nazca de manera que se facilite el proceso de adaptación y afrontamiento de la situación sobrevenida, a través de la adaptación a los procedimientos, el ambiente, el aparataje, la tecnología, las alarmas sonoras y visuales ¿disminuirán sus niveles de ansiedad y depresión? ¿Habrá una mejora del vínculo entre los padres y el recién nacido y por lo tanto, una mayor confianza para establecer el contacto piel con piel? ¿Mejorará la satisfacción de la familia durante la estancia en la unidad de neonatología?

Antecedentes del tema:

En el año 2013, se produjeron aproximadamente en el mundo 132.675.000 nacimientos, entre los cuales, 15 millones nacieron de forma prematura (fuente: OMS 2013). De los

184 países estudiados, la tasa de prematuros oscila entre el 5% y el 18%. Dicha tasa va en aumento progresivamente cada año.

En España, el número de nacimientos va disminuyendo (dicha caída empezó de forma progresiva ya en el 2012) situándose en 425.715 en el 2013 de los cuales 27.015 (aproximadamente 6,34%) son partos prematuros. (Fuente: INE).

Según la memoria del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla), en el año 2013 ingresaron 440 niños en la unidad de neonatología con una estancia media de 7,46 días (disminuyendo con respecto al año 2012 que se situaba en 8,34 días)<sup>2</sup>

Un gran número de nacimientos prematuros, constituye un problema de salud pública, que puede provocar problemas tanto médicos como sociales. Además de ser un servicio costoso, mantener a un recién nacido prematuro en la incubadora aumenta las posibilidades de desvinculación de la relación emocional de la familia. Por lo tanto, se observa que el nacimiento de un prematuro exige una serie de estrategias, especialmente en lo que se refiere a la participación de las familias en el ámbito hospitalario. Actualmente se está trabajando con la visión de un nuevo paradigma, que es la atención humanizada al niño y a su familia en la hospitalización<sup>3,4</sup>.

La hospitalización de los recién nacidos de bajo peso (BPN) en una UCIN es un hecho sorprendente de sufrimiento. En un estudio publicado en la revista de investigación Escuela de Enfermería UDES<sup>5</sup> sobre “reflexiones sobre los sentimientos y las percepciones de las madres de los recién nacidos con bajo peso” cuyos resultados permitieron la construcción de tres categorías de análisis:

1ª.- La hospitalización del recién nacido con bajo peso al nacer.

2ª.- Las estrategias para hacer frente a la hospitalización del niño en la unidad de neonatal de cuidados intensivos

3ª.- Las ayudas de enfermería como un factor facilitador para hacer frente a la hospitalización de recién nacidos con bajo peso. Detallo los resultados de las dos primeras:

En la primera categoría, se destaca que la madre vive una situación dicotómica representada por el enfrentamiento entre la idealización de un bebé imaginario y la búsqueda de un bebé real. Este tipo de características, en comparación con la representación de un embarazo a término creado por la sociedad como algo bello, bueno y saludable, hace que les provoque sentimientos de frustración e impotencia al ver a su bebé real con aspecto frágil, estatura pequeña y escasa cantidad de tejido adiposo. Los padres ven el hospital como algo hostil y poco fiable y desencadena en ellos sentimientos de tristeza, ansiedad y temor asociado a la no supervivencia del niño. Marques Santos LI<sup>6</sup> afirma que el ambiente adverso se debe a la presencia de equipos que para muchos de ellos son desconocidos, las alarmas de ruido y la gran luminosidad, por lo que tiene una dimensión ambigua y porque transfiere la posibilidad tanto de cura como dolencia/muerte del niño. Otro aspecto que ven como preocupante es el criterio del peso ya que lo configuran como determinante del alta hospitalaria además de la monitorización de signos vitales de forma continuada puesto que para ellos, el que estén rodeados de cables y dispositivos que emiten luces lo relacionan como situación de gravedad.

En la segunda categoría, se observó la fe de la madre, como el pilar de sus temores. Los creyentes en Dios fortalecieron las actitudes de protección cuidado y sobre todo, la

confianza en la superación de los problemas enfrentados por el ingreso del niño. La religión ayuda a superar el miedo a la muerte, la pérdida, el sufrimiento y buscar un significado en la vida. La dimensión espiritual es una fuente de apoyo y fortaleza. En momentos de tensión, como las experimentadas por las madres con bajo peso al nacer, nada más reconfortante que poner la confianza en la providencia y la protección de Dios.

Por lo tanto, podemos afirmar basándonos en lo anteriormente citado, que esta experiencia, a corto plazo, dificulta el desarrollo del apego, creando sentimiento de ansiedad, tristeza y desconocimiento sobre las repercusiones en el hijo, alteraciones en el rol parental, mala concentración e impotencia en la esfera psicológica; en lo social, se tiende a un aislamiento y a un cambio en el entorno familiar, problemas laborales debido a la falta de asistencia, disminución de las relaciones sociales debido a este aislamiento y deterioro de las actividades cotidianas; en la esfera física, alteración del sueño y descanso, problemas en la alimentación, apatía, inactividad etc. A largo plazo, crea un conflicto del rol parental, caracterizado en una falta de confianza en sí mismos en la capacidad de cuidar, dificultad en las relaciones afectivas paterno-filial debido al inadecuado desarrollo del apego, aumento de la demanda sanitaria por incapacidad de afrontar y actuar de forma independiente en situaciones de salud, etc.

Hay un riesgo relativamente importante de alteraciones en el modelo de apego madre-gran prematuro –o más ampliamente en la relación interpersonal– que persiste durante los primeros años de vida. Parece que los factores asociados con más frecuencia son el estrés materno intenso las condiciones socio familiares desfavorecidas y las complicaciones médicas graves<sup>7</sup>. La falta de vínculo madre-hijo a causa de desórdenes psico-patológicos maternos, pueden causar efectos dañinos para el desarrollo infantil<sup>8</sup>; madres que presentan problemas emocionales, entre ellas ansiedad y depresión, tuvieron hijos con mayor probabilidad de desarrollar mayor depresión y trastornos de comportamiento en la adolescencia. De esta forma, los resultados muestran que la ansiedad y la depresión materna aparecen como factores de riesgo para el desarrollo de psicopatologías en la adolescencia del (la) hijo(a)<sup>9</sup>.

Para afianzar el vínculo madre/hijo hay que destacar la importancia de la práctica del Método Madre Canguro (empezándose en Colombia debido a la falta de recursos en el año 1979). El contacto es muy íntimo y muy emotivo y favorece los lazos afectivos y la interacción madre-hijo; conlleva una mayor estabilidad de las constantes vitales en los recién nacidos, favorece la lactancia materna, reduce las infecciones nosocomiales en ellos, reduce el dolor del recién nacido, etc. El niño tiene periodos más largos de reposo favoreciendo su maduración, ganancia de peso y reducción de la estancia hospitalaria <sup>10</sup>.

## **2.- Hipótesis:**

El desarrollo de una visita guiada a la UCIN (presencial o virtual) mejora los estados emocionales y afectivos de los padres así como una estabilidad en las constantes vitales del recién nacido (a consecuencia de una mejora en el vínculo padres-hijo).

## **3.- Objetivos**

### Objetivo principal:

- Analizar la efectividad de una intervención en la unidad de neonatología para la adaptación de los padres en ese entorno.

#### Objetivos específicos:

- Comparar los niveles de ansiedad y depresión entre el grupo de intervención (padres que se les ha realizado la visita guiada a la UCIN) y control, en el momento del ingreso de la madre en maternidad, momento del ingreso del niño en neonatología, al alta de la UCIN y al alta hospitalaria.
- Relacionar el vínculo madre/padre-hijo entre el grupo de intervención (padres que se les ha realizado una visita guiada a la UCIN) y control, al momento del ingreso del niño en neonatología, a los 3 días, al alta de la UCIN.
- Contrastar los parámetros fisiológicos específicos del prematuro del grupo de intervención (padre que se les ha realizado una visita guiada a la UCIN) y control, al momento del ingreso del niño en neonatología, a los 3 días y al alta de la UCIN.
- Analizar los niveles de satisfacción entre el grupo de intervención (padres que se les ha realizado una visita guiada a la UCIN) y control, al alta hospitalaria.

#### **4.- Diseño y métodos:**

##### Diseño metodológico:

Estudio, cuasi-experimental, prospectivo con grupo de control.

##### Ámbito de estudio:

Dicho estudio, se llevará a cabo en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. En el año 2013, Se atendieron un total de 3574 nacimientos de los cuales 440 fueron ingresados en la unidad de neonatología correspondiendo un 12,31% del total.

##### Población:

La población a estudiar será la formada por padres con hijos con partos prematuros programados (entendiéndose como parto prematuro programado aquel en que la madre tiene que ingresar en la planta de maternidad para frenar durante el máximo tiempo posible el alumbramiento del niño debido a una amenaza de parto prematuro) que ingresen en la UCIN del HU Nuestra Señora de Valme. Al ser un estudio cuasi-experimental, la distribución de los sujetos no se va hacer de forma aleatoria puesto que no sería ético que en el mismo día y dentro de una misma planta de maternidad dónde se van a encontrar las madres ingresadas, se realice la visita guiada a un grupo y a otro no. En este caso, realizaremos una captación en diferido, es decir, mientras se prepara la intervención, se capta y se sigue al grupo de control y una vez organizada, se procederá a la captación del grupo experimental. El primer un año no se realiza la intervención y al siguiente año se llevaría a cabo. Para que las mujeres puedan ser seleccionadas deben cumplir los siguientes criterios de inclusión:

##### Criterios de inclusión y exclusión:

- Deben de cumplir los siguientes requisitos:

#### *Criterios de inclusión:*

- No tener dificultades para recibir información oral, visual (ceguera, sordera...)
- Que sean madres biológicas (primíparas o multíparas) sin alteraciones psicopatológicas graves (trastornos de personalidad, esquizofrenia).
- Que acepten participar en la investigación a través de firmar el consentimiento informado.
- Que sea un parto programado (explicado anteriormente el concepto)
- Que el hijo sea pretérmino (<37 semanas de gestación).
- Que sean neonatos ingresados en la UCIN debido a su prematuridad o que presenten patología neonatal.
- Tener conocimiento del castellano.

#### *Criterios de exclusión:*

- Que anteriormente hayan pasado por la misma situación clínica con otro hijo.
- Que trabaje (o haya trabajado) en la unidad neonatal
- Que haya fallecido su anterior (es) hijo (s) en la unidad de neonatal.

#### Estimación del tamaño muestral:

Con el objetivo de comparar un grupo intervención (visita guiada a la UCI) con un grupo control en una población de mujeres con parto programado por prematuridad, para evaluar la efectividad de la visita se considera una diferencia esperada entre grupos de 2 unidades (que surge de restar entre los grupos las diferencias de puntuaciones promedio de ansiedad según la escala HADS en dos momentos de tiempo (ingreso en neonatología - ingreso en maternidad)), una variabilidad común a los mismos de 3 unidades, un error del 5% y un error del 20% (potencia del 80%), obteniéndose un tamaño de muestra mínimo necesario de 37 pacientes por grupo, 74 en total. Este tamaño cubre también el análisis de la depresión con la misma escala. Los cálculos se realizan con el programa nQuery Advisor. Añadiremos un 15% del tamaño muestral para cubrir las posibles pérdidas experimentales que se producirán aumentando la muestra a 86 personas (43 pacientes por grupo).

#### **5.- Variables**

##### Variable independiente:

Visita guiada a la uci neonatal:

Mediante esta intervención, se pretende que los padres conozcan el funcionamiento de la unidad en la que va a estar ingresado su hijo durante un tiempo. Previamente, firmarán el consentimiento informado de que están de acuerdo en la participación del estudio y se les entregará el documento de recogida de datos sociodemográficos. Dicha visita, se realizará bien presencial (los padres van a la unidad) o bien virtual (descrita por la enfermería de neonatología que va a la planta de maternidad), a través de fotos propias de la unidad y vídeos. Elaboraríamos una aplicación para dispositivos electrónicos (tablet/teléfono

móvil) que supondría un complemento de la visita real o la descrita por la enfermera, de manera que a través de ésta, los padres puedan acceder a toda la información de la unidad, hacer una visita virtual, conocer a los distintos profesionales que intervendrán en el cuidado del prematuro, medidas de control de calidad de la UCI-N, seguridad del niño, aparataje, normativa de funcionamiento, vías de información y comunicación, etc.

En ambos casos (visita real o descrita por la enfermera) se explicará el funcionamiento de la unidad de forma general, enfocando todo ello hacia la seguridad del prematuro, y como garantía de la alta calidad de los cuidados que recibe en prematuro. Se puede hacer hincapié sobre el hecho de la tecnificación de los cuidados y las alarmas para evitar o minimizar los efectos de la prematuridad en el desarrollo y aprendizaje posterior del niño. Es decir, venderlo como un entorno hostil para los padres y el niño, pero que deben verlo como un entorno tecnológicamente muy avanzado para garantizar unos cuidados de alta calidad y por la propia seguridad del niño. Asimismo, se incluye en la visita presencial o en un complemento a través de la App, a los profesionales de la unidad, destacando su alta cualificación profesional y su especialización en prematuridad o cuidados neonatológicos.

La visita, se llevará a cabo por la tarde, debido a que por la mañana hay mayor carga de trabajo (se realizan la mayoría de los procedimientos programados y protocolizados). Durará unos 15 minutos, una de las enfermeras que estén en la unidad, se desplazará a la planta de maternidad y llevará a cabo dicha actividad (bien en la propia habitación o les acompañará a la unidad de neonatología).

Hay que dejar claro que, a los que no se les va a realizar la visita previa a la UCIN lo único que se les explicará, -y será en el momento del ingreso- son las normas de la unidad, es decir que a día de hoy no existe una actitud pre-activa en relación a la unidad y al proceso de adaptación de los padres a la misma, sino que se facilita información a demanda de los progenitores según van apareciendo las dudas.

Tras la visita, se les pasará la escala HAD de ansiedad-depresión hospitalaria.

Se aclarará cualquier duda que tengan los futuros padres.

#### Variables dependientes:

- Escala HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria)

La valoración psiquiátrica de pacientes hospitalizados suele ser difícil. Para obviar este inconveniente, Zigmond y Snaith (1983) diseñaron una escala que sustituye los síntomas que pueden ser provocados por la dolencia física por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos.

Es un cuestionario auto aplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer).

La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes formulaciones de respuesta. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa.

La medición se llevará a cabo por una de las enfermeras de neonatología en el momento en que la madre ingrese en la unidad de maternidad (en el caso del grupo de intervención, lo realizaremos tras la visita guiada a la UCIN), tras el ingreso del niño en la unidad de neonatología, al alta de la UCIN y tras el alta hospitalaria.

- Escala de estrés parental: unidad de cuidados intensivos neonatológicos (PSS: NICU) (Miles 1987,2002)

La escala fue desarrollada para medir y evaluar el estrés relacionado con la permanencia de los padres en la UCIN. Los padres deben responder a la misma siguiendo la escala Likert (1-5), considerando cuán estresante ha sido la experiencia que indica cada ítem para ellos. La escala ha sido utilizada en varias investigaciones en diferentes países presentando niveles adecuados de fiabilidad y validez (Franck, Cox, Allen & Winter, 2005; Poe y Pinelli, 1997; Young Seidemam et al, 1997; Meyer et al. 1994; Miles et al. 1993)

Actualmente (2002) la prueba presenta tres subescalas:

- 1.- Aspectos visuales y sonoros de la Unidad: esta escala analiza la percepción por parte de los padres del ambiente de la UCIN. (Preguntas 1 al 5)
- 2.- Apariencia y comportamiento del bebé: Se refiere al estado que se encuentra el niño físicamente y a los cuidados que se requiere. (Preguntas 6 al 24)
- 3.- Alteración del rol parental: se refiere a la situación en la internación y la alteración de los vínculos entre padres e hijos. (Preguntas 25-34)

El puntaje incluye dos secciones, la primera evalúa las tres áreas mencionadas, brindando un microanálisis del estrés, es decir, qué factor o situación particular es percibido, interpretando y representado cognitivamente como más estresante para los padres. La segunda sección permite un macroanálisis del estrés parental, es decir, evalúa el nivel de estrés general que los padres han manifestado al estar su hijo ingresado en la UCI.

La medición se llevará a cabo por una de las enfermeras de neonatología en el momento del ingreso del niño en la unidad de neonatología, a los 3 días y al alta de la UCIN.

- Índice de SNAP (score de estabilidad fisiológica aguda neonatal):

Este índice conceptualiza la severidad de la enfermedad en términos del grado de la alteración de la fisiología normal, a través de un número de observaciones físicas y de laboratorio de rutina, dentro de un periodo de tiempo establecido, independientemente del diagnóstico. Representa una forma objetiva de cuán enfermo está el RN a su ingreso.

Para cada uno de los 34 ítems se le asigna un puntaje (1-3-5) siendo 1 como poco grave y 5 estado crítico. Lo usaremos para medir los parámetros de frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, apnea temperatura y glucosa de forma objetiva y ver, si a lo largo de la estancia, los niveles van variando. Se utilizarán dichos parámetros porque son los que se han demostrado que se ven afectados cuando el niño presenta un nivel de estrés alto.

La medición, al igual que la escala de estrés parental, se llevará a cabo por una de las enfermeras de neonatología en el momento del ingreso del niño en la unidad de neonatología, a los 3 días y al alta de la UCIN.



- Encuesta de satisfacción:

La satisfacción de los padres en una unidad neonatal (UN) es un concepto multidimensional. Últimamente se está dando importancia a los cuidados del neonato (RN) tanto prematuro como a término centrándose, en el contacto con los padres y con el medio. A favorecer esta relación deben contribuir tanto los factores ambientales como los humanos. Para determinar cómo influye el nivel de gravedad del prematuro sobre la satisfacción de los padres, al finalizar la estancia en la unidad de neonatología, se les pasa una encuesta de satisfacción. En ella, se valora la satisfacción de los padres sobre aspectos humanos y físicos en la UN, estudiando si ésta se ve afectada por la gravedad del RN. La medición se llevará a cabo por una de las enfermeras de neonatología al momento del alta de la unidad de neonatología. (El ejemplar lo vamos a sacar del instituto Universitario Dexeus, Barcelona, España).

#### Variables extrañas:

Definimos las variables extrañas como aquellas que no podemos controlar en el estudio de investigación y en este caso estas son en su mayoría las variables epidemiológicas de la muestra. Son las siguientes:

#### Pertenecientes a los padres:

Antecedentes personales (enfermedades previas/actuales/abortos –en el caso de la madre-)

Edad

Estado civil

Experiencia previa como madre/padre

Nivel de estudios.

Situación laboral

Espiritualidad/creencias

#### Pertenecientes al neonato:

Sexo

Semanas de gestación

Peso al nacer

Patología al nacimiento

### **6.- Método de recogida de datos:**

Tanto al padre como a la madre cuando ingresen en la planta de maternidad les explicaremos el estudio de investigación que estamos realizando y si quieren formar parte de él; si en el caso de que sea afirmativo, firmarán el consentimiento informado; después, les recogemos los datos sociodemográficos y, si forma parte del grupo de intervención, llevaremos a cabo la visita guiada de forma presencial/virtual. Al finalizar, les pasaremos la escala HADS (ANEXO I) (escala que mide la ansiedad y la depresión en el ámbito hospitalario) -si en el caso de que no se les realice la intervención, dicha escala la pasaremos tras la recogida de los datos sociodemográficos- que, en ambos grupos, re-evaluaremos cuando el recién nacido haya ingresado en la UCIN, al alta de la unidad y al alta hospitalaria

En el momento en que venga a la unidad el prematuro, la enfermera responsable, recogerá los datos relacionados del neonato y, cuando lleguen ambos padres pasaremos la escala

PSS: NICU (ANEXO II) puesto que los niveles de ansiedad en la UCIN pueden ser diferentes en la madre que en el padre, y el índice SNAP (ANEXO III- Ilustración 1) (como instrumento de valoración de los parámetros fisiológicos del prematuro). Estas dos últimas, las re-valoramos a los 3 días de ingreso y, cuando el prematuro se le dé el alta en la UCIN y pase a cuidados intermedios. El mismo día del alta hospitalaria, adjuntaremos la encuesta de satisfacción (ANEXO IV-Ilustración 2).

Dichas escalas las pasaremos por igual en ambos grupos.

Todo ello estará incluido en un cuaderno de recogida de datos, en el que se hallarán las hojas de registros del prematuro, escalas y encuestas de satisfacción pasadas a los padres, individualizando a cada pareja y agrupándolos en grupo control y grupo de intervención.

**Tabla 1:** Método de Recogida de Datos:

	Ingreso de la madre en maternidad	Ingreso del niño en la UCIN	3 días después del ingreso del niño	Momento del alta en la UCIN (pasa a cuidados intermedios)	Alta hospitalaria
Escala HADS	x	x		x	x
Escala (PSS: NICU)		x	x	x	
Índice SNAP		x	x	x	
Encuesta de satisfacción					x

### 7.- Análisis de datos:

Tras una inspección estadística de los datos para detectar y corregir errores de entrada, se procede a la descripción de los mismos sobre los dos grupos de estudio (control e intervención). Las variables cuantitativas se expresan con medias y desviaciones típicas o con medianas y percentiles 25 y 75 en caso de distribuciones asimétricas, y las variables cualitativas con porcentajes. Para realizar comparaciones de medias de variables cuantitativas entre los dos grupos se aplicará la prueba t de Student para muestras independientes, o la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney en caso de distribuciones no normales. Para analizar las relaciones entre variables cualitativas se realizarán tablas de contingencia y se utilizará la prueba Chi-Cuadrado o bien, los métodos no asintóticos de Montecarlo y prueba Exacta. La interpretación de las tablas se efectuará mediante los residuos tipificados corregidos.

El análisis de los datos se realizará con el programa estadístico IBM SPSS 22.0 para Windows.

### **8.- Limitaciones del estudio:**

Una de las limitaciones que podemos encontrar en este estudio sea que una vez que hemos cogido a la madre para llevar a cabo nuestro estudio, al ser una amenaza de parto prematuro, puede que finalmente pierda a su hijo, o bien, controlar dicha amenaza y que su hijo nazca a término, con lo cual, perderíamos tamaño muestral y los resultados que habíamos estimado, podrían verse alterados o bien, el fallecimiento del prematuro en la unidad (directamente quedarían excluidos de la participación). Dicha limitación la cubriremos aumentando la muestra de población (como anteriormente he comentado en el apartado de la estimación de la muestra, aumentaremos a un 15% el tamaño de muestra para cubrir pérdidas experimentales)

Otra limitación que podrían verse alterados los resultados de nuestro estudio, sería el fallecimiento de uno de los padres o familiares en el momento en el que ha ingresado el niño en neonatología ya que van a presentar unos niveles de ansiedad alterados por circunstancias externas, no aquellas dependientes del hijo, dando lugar a sesgos.

También en aquellas mujeres que previamente han sido madres y tienen uno o varios hijos, el hecho de tener que no poder atender a su(s) hijo(s) puesto que ella está ingresada y posteriormente su recién nacido, son aspectos externos que elevan su nivel de ansiedad y con ello sesgar el estudio.

### **9.- Pertinencia de la investigación:**

El ingreso de un hijo en UCIN es un proceso difícil de asimilar, que conlleva cambios en la dinámica familiar, ruptura de roles, aislamiento social, incluso en ocasiones un sobre costo económico.

La separación de su hijo y el déficit de información, son potentes estresores que pueden afectar al bienestar, el afrontamiento y la dinámica en la familia ya que, según numerosos estudios, los padres que tienen ingresado un hijo en la UCIN sufren en su mayoría síntomas de ansiedad y depresión, además de una dificultad en la construcción del vínculo y relación de apego con el niño, por ello, si la hipótesis de trabajo se verifica, sería conveniente instaurar un protocolo de visita previa de la unidad, bien de forma presencial o virtual –por necesidades de la madre- previo al nacimiento, ya que mejorará el conocimiento del escenario clínico y por ende, su afrontamiento a la nueva situación de salud de su hijo, disminuyendo los niveles de ansiedad y depresión asegurándonos un vínculo duradero entre los padres y el recién nacido. Como consecuencia, aumentan su confianza en los futuros cuidados y esto hará que haya una mayor facilidad de establecer el contacto piel con piel, mejorando en el prematuro, parámetros fisiológicos específicos. De esta forma, evitamos consecuencias negativas en el futuro inmediato y lejano tanto en los hijos como en los padres tales como una falta de afrontamiento, sentimientos de incapacidad, distanciamiento paternofilial, ansiedad, estrés, sentimientos de culpabilidad e inseguridad.

### **10.- Aspectos éticos y legales:**

El proyecto se va a desarrollar siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, declaración sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos realizada en Helsinki (1964) y sucesivamente revisada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Seúl (2008), incluyendo la solicitud de consentimiento informado a

todos los padres de los neonatos incluidos en el estudio. Ha sido presentada para su valoración por el Comité Ético de la investigación de Sevilla Sur (Hospital Universitario Virgen de Valme)

Se garantizará en todo momento la confidencialidad de los datos y de los participantes en el estudio cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre)

### 11.- Plan de difusión:

Se prevé poder presentar el protocolo de investigación en el XIX encuentro internacional de Investigación en Cuidados, en formato póster y llevar a cabo a la finalización del estudio y publicarlo en alguna revista con factor de impacto alto a ser posible del primer - segundo decil, (Index-Enfermería Clínica, Biblioteca LasCasas)

### 12.- Cronograma:

En cuanto al tiempo necesario para llevarlo a cabo, dado que en la unidad de neonatología hay 4 incubadoras en la UCIN y la estancia media en la unidad de 7,46 días según la Memoria del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme del 2013, prevemos poder reclutar al menos 37 padres en el grupo control en unos 10-12 meses y otros 37 en el grupo de intervención en otros 10-12 meses, con lo que necesitaríamos al como mínimo, 20-24 meses para completar el estudio. Hay que tener en cuenta que estos datos van a ser aproximados porque puede ser que la estancia en algún niño determinado (por la patología que presente) se alargue a más de 7 días por lo que necesitaríamos más tiempo para acabar con dicho estudio.

**Tabla 2:** Cronograma

Tarea a realizar	Llevada a cabo por	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015 - Agosto 2017	Septiembre 2017	Octubre 2017	Noviembre 2017	Diciembre 2017	Enero 2018
Presentación al comité de ética del hospital	Investigadora principal	x							
Elaboración de la documentación en papel	Investigadora principal		x						
Realización de la visita y recogida de datos	Enfermeras de la unidad de neonatología			x					
Análisis de datos	Investigadora principal y estadística				x	x			

	del Hospital nuestra señora de Valme								
Informe final	Investigadora principal					x	x		
Difusión de resultados	Investigadora principal							x	x

### 13.- Recursos y presupuesto económico:

**Tabla 3:** Recurso y Presupuesto económico:

1.- Gastos de personal	Euros (€)
Personal de apoyo a la investigación para análisis estadísticos de los datos	0
2.- Material bibliográfico	
Bibliografía referente a la evaluación de ansiedad, depresión, vínculo madre/hijo, estabilidad en el neonato y satisfacción	0
3.- Gastos de ejecución	
Inventario: 3 Ordenadores portátiles 1 Impresora láser Color 1 Proyector	2100 500 600
<b>TOTAL</b>	3200
Material fungible: Material fungible de uso informático Material de papelería Gastos de reprografía	500 150 500
<b>TOTAL</b>	1150
<b>VIAJES Y DIETAS</b>	
Congresos y dietas	2000
Congresos internacionales	3500
Reuniones de equipo	1000
<b>TOTAL</b>	6500
<b>TOTAL AYUDA SOLICITADA</b>	10.850

#### 14.- Bibliografía:

- 1.- León Martín B., Poudereux Mozas M., Giménez Rodríguez C., Belaústegui Cueto A. “Sistema de intervención psicológica en la unidad de cuidados intensivos neonatales: intervención psicológica en padres de niños prematuros”. Mafre medicina, 2005 vol. 16 (9): 130-139
- 2.- Memoria 2013 Hospital Universitario Nuestra señora de Valme
- 3.- Nascimento CAD, Cartaxo CMB, Monteiro EMLM, Silva LMP, Souto CC, Leão ENC. “Percepção de enfermeiros sobre os pais de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal”. Rev. Rene. 2013; 14(4): 811-20
- 4.- Leite de Carvalho I JB., Fernandes Araújo I ACP., Clara Costa I IC., Santana de Brito I R, Lima de Souza I N. “Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 set-out; 62(5): 734-8.
- 5.- Marques Santos LI, de Souza Silva CL, Branco de Santana RC, Pereira Santos VE “Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal” Rev Bras Enferm, Brasília 2012 set-out; 65(5): 788-94.
- 6.- Bittencourt Leite de Carballo J, Pinheiro Fernandez Araújo AC, Clara Costa IC, Santana de Brito R, Lima de Souza N. Representação social de pais sobre o filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Enferm. 2009; 62(5): 734-8.
- 7.- Leonetti Correia, L. Martins Linhares, MB. “ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: Revisión de la Literatura”. Rev. Latino-am Enfermagem. 2007 julio-agosto; 15 (4)
- 8.- Allen NB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescent. Dev. Psychopathol 1998; 10: 513-29
- 9.- O'Connor TG, Heron J, Vivtte G. “Antenatal anxiety predicts child beharovial/emotional problems independiently of postnatal depression”. J Am Acad Child Adol Psychiatry 2002; 41(12):1470-82
- 10.- García- Feced, M.E Vila-Piqueras. “impacto del cuidado canguro en el estrés del neonato prematuro”. Enfer. Clin. 2011; 21(2): 69-74

Anexo I: Cuestionario HADS (escala ansiedad-depresión en pacientes hospitalizados)

Lea cada pregunta y señale la respuesta que usted considere que coincida con su propio estado emocional en la última semana.

1. Me siento tenso/a nervioso/a:

- 3 – Casi todo el día
- 2 – Gran parte del día
- 1 – De vez en cuando
- 0 – Nunca

2. Sigo disfrutando de las mismas cosas de siempre:

- 0 – Ciertamente, igual que antes
- 1 – No tanto como antes
- 2 – Solamente un poco
- 3 – Ya no disfruto con nada

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3 – Sí y muy intenso
- 2 – Sí, pero no muy intenso
- 1 – Sí, pero no me preocupa
- 0 – No siendo nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0 – Igual que siempre
- 1 – Actualmente, algo menos
- 2 – Actualmente, mucho menos
- 3 – Actualmente, en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 4 – Casi todo el día
- 3 – Gran parte del día
- 2 – De vez en cuando
- 1 – Nunca

6. Me siento alegre:

- 3 – Nunca
- 2 – Muy pocas veces
- 1 – En algunas ocasiones
- 0 – Gran parte del día

7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente:

- 0 – Siempre
- 1 – A menudo
- 2 – Raras veces
- 3 – Nunca

8. Me siento lento/a y torpe:

3 – Gran parte del día

2 – A menudo

1 – A veces

0 – Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

0 – Nunca

1 – Sólo en algunas ocasiones

2 – A menudo

3 – Muy a menudo

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3 – Completamente

2 – No me cuido como debería hacerlo

1 – Es posible que no me cuide como debiera

0 – Me cuido como siempre lo he hecho

11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3 – Realmente mucho

2 – Bastante

1 – No mucho

0 – En absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:

0 – Como siempre

1 – Algo menos que antes

2 – Mucho menos que antes

3 – En absoluto

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia y temor:

3 – Muy a menudo

2 – Con cierta frecuencia

1 – Raramente

0 – Nunca

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0 – A menudo

1 – Algunas veces

2 – Pocas veces

3 – Casi nunca



Anexo II: Escala de estrés parental: unidad de cuidados intensivos neonatológicos (PSS: NICU) (MILES 1987,2002)

Las enfermeras y otros empleados que trabajan en unidades neonatales de cuidados intensivos están interesados en cómo este ambiente y esta experiencia afecta a los padres. La unidad Neonatal de cuidados intensivos es la habitación donde su bebé recibe cuidados médicos. Este cuestionario describe varias experiencias que otros padres han caracterizado de estresantes cuando su bebé estaba en la UCI. Nos gustaría que usted indique qué tan estresante ha sido para usted cada experiencia que describimos a continuación. Si no ha tenido una de las experiencias que describimos, por favor, circule NA para indicar que no ha experimentado ese aspecto de la UCI. Cuando mencionamos la palabra estresante, queremos decir que la experiencia le ha hecho sentir ansioso/a, nervioso/tenso/a.

En el cuestionario, circule el número que mejor describa cómo de estresante ha sido cada experiencia para usted. \* Los siguientes números indican los niveles de estrés:

- 1.- "No ha sido estresante en absoluto: la experiencia no le hizo sentir ansioso, nervioso o tenso.
- 2.- Un poco estresante.
- 3.- Moderadamente estresante.
- 4.- Muy estresante.
- 5.- Extremadamente estresante: la experiencia le enfadó y le causó una gran ansiedad o tensión.

Recuerde, si no ha experimentado algunas situaciones que describimos, rodear "NA" como no aplicable.

A continuación hay una lista de varias VISTAS Y SONIDOS comunes en una NICU. Estamos interesados en saber su opinión sobre qué tan estresantes fueron estas VISTAS Y SONIDOS para usted. Circule el número que mejor represente su nivel de estrés. Si usted no vio o escuchó lo que describimos, circule NA para indicar "no aplicable".

- 1.- La presencia de los monitores y los aparatos. NA 1 2 3 4 5
- 2.- Los ruidos constantes de monitores y de aparatos. NA 1 2 3 4 5
- 3.- Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor. NA 1 2 3 4 5
- 4.- Los otros bebés enfermos en la habitación. NA 1 2 3 4 5
- 5.- El gran número de personas trabajando en la unidad. NA 1 2 3 4 5

A continuación hay una lista de situaciones que podrían describir EL ASPECTO Y COMPORTAMIENTO DE SU BEBÉ cuando usted lo visita la NICU y algunos de los TRATAMIENTOS aplicados a su bebé. No todos los bebés tienen estas experiencias o el mismo aspecto. Circule NA si no ha experimentado o visto lo que describimos. Sí por el contrario, lo que describimos refleja algo que usted haya experimentado, indique entonces qué tan estresante fue la experiencia para usted circulando el número apropiado.

- 6.- Tubos o aparatos puestos o cerca de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
- 7.- Moretones, cortadas, o incisiones en mi bebé. NA 1 2 3 4 5
- 8.- Un color poco usual en mi bebé (por ejemplo, un color pálido o amarillo). NA 1 2 3 4 5
- 9.- Una forma de respirar anormal o poco usual. NA 1 2 3 4 5

- 10.- Ver un cambio repentino de color en mi bebe (por ejemplo, ponerse pálido o azul).  
NA 1 2 3 4 5.
- 11.- Ver a mi bebé dejar de respirar. NA 1 2 3 4 5
- 12.- El pequeño tamaño de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
- 13.- El aspecto arrugado de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
- 14.- Tener una máquina (respirador) que respira por mi bebé. NA 1 2 3 4 5
- 15.- Ver agujas y tubos puestos en mí bebe. NA 1 2 3 4 5
- 16.- Mi bebé siendo alimentado por medio de una línea o tubo intravenoso.  
NA 1 2 3 4 5
- 17.- Cuando mi bebé parecía tener algún dolor. NA 1 2 3 4 5
- 18.- Mi bebé llorando por largo tiempo. NA 1 2 3 4 5
- 19.- Cuando mi bebé parecía asustado. NA 1 2 3 4 5
- 20.- Cuando mi bebé parecía triste. NA 1 2 3 4 5
- 21.- La apariencia débil de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
- 22.- Movimientos espasmódicos o nerviosos de mi bebé. NA 1 2 3 4 5
- 23.- Mi bebé no pudo llorar como los otros bebés. NA 1 2 3 4 5
- 24.- Dar unas palmaditas a mi bebé para despejarle el pecho. NA 1 2 3 4 5

Las últimas preguntas que queremos hacerle es sobre cómo se siente usted respecto a su propia RELACIÓN con su bebé y su PAPEL DE MADRE Si usted ha experimentado las siguientes situaciones o sentimientos, indique qué tan estresada ha estado, marcando con un círculo el número apropiado. Una vez más, señale con un círculo NA si no experimentó lo que describimos

- 25.- Estar separado de su bebé NA 1 2 3 4 5
- 26.- No alimentar yo misma a mi bebé NA 1 2 3 4 5
- 27.- No ser capaz de abrazar a mi bebé yo misma (por ejemplo, ponerle los pañales o bañarlo). NA 1 2 3 4 5
- 28.- No ser capaz de coger en brazos a mí bebe cuando quiera. NA 1 2 3 4 5
- 29.- A veces, olvidar cómo es mi bebé. NA 1 2 3 4 5
- 30.- No ser capaz de compartir a mi bebé con otros miembros de la familia.  
NA 1 2 3 4 5
- 31.- Sentirme impotente e incapaz de proteger a mi bebé del dolor y de procesos dolorosos. NA 1 2 3 4 5
- 32.- Tener miedo de tocar o cargar a mi bebé en los brazos. NA 1 2 3 4 5
- 33.- Sentir que el personal está más cerca de mi bebé de lo que yo lo estoy.  
NA 1 2 3 4 5
- 34.- Sentirme impotente sobre cómo ayudar a mi bebé durante esta etapa  
NA 1 2 3 4 5

### Anexo III: Índice de SNAP (Ilustración 1)

Escalas de gravedad como factor predictivo de mortalidad en neonatos pretérminos

#### Anexo B. Hoja recolección de datos SNAP PE.

Nombre: _____	Edad: _____	Sexo: _____
Matrícula: _____	Fecha: _____	Fecha Nacimiento: _____
Fecha de Ingreso: _____	Fecha de alta: _____	
Presento morbilidad por: _____	Murió? Por: _____	

Parámetro	1 Punto	2 Puntos	3 Puntos
Medición de T/A máx en mm Hg	66-80	81 a 100	> 100
medición de T/A min en mm Hg	30 a 35	20 a 29	< 20
Frecuencia cardiaca máxima lat/min	180 a 200	201 a 250	> 250
Frecuencia cardiaca mínima/min	80 a 90	40 a 79	< 40
Frecuencia respiratoria/min	60 a 100	>100	
Temperatura en °F	95 a 96	92 a 94.9	< 92
PaO2 en mm Hg	50 a 65	30 a 50	< 30
PaO2/FiO2 con FiO2 como %	2.5 a 3.5	0.3 a 2.49	< 0.3
PaCO2 en mm Hg	50 a 65	66 a 90	> 90
Índice de Oxigenación	0.07 a 0.20	0.21 a 0.40	> 0.40
Hematocrito máx. %	66 a 70	>70	
Hematocrito mín. %	30 a 35	20 a 29	< 20
Leucocitos/uL	2.0 a 5.0	<2.0	
relación juveniles/neutrófilos	>0.21		
Cuenta absoluta neutrófilos	500 a 999	<500	
Cuenta de plaquetas/uL	300 a 1000	<300	
BUN mg/dL	40 a 80	> 80	
Creatinina mg/dL	1.2 a 2.4	2.5 a 4.0	> 4.0
Gasto urinario kg/hr	0.5 a 0.9	0.1 a 0.49	< 0.1
Bilirrubina indirecta mg/dL	15 a 20	> 20	
Bilirrubina Ind. mg/dL/kg si peso al nacimiento < 2 kg	5 a 10	>10	
Bilirrubina directa	>= 2.0		
Na MEq máximo	150 a 160	161 a 180	>180
Na MEq mínimo	120 a 130	>120	
K MEq máximo	6.6 a 7.5	7.6 a 9.0	> 9.0
K MEq mínimo	2.0 a 2.9	< 2.0	
Ca mg/dL máximo	>= 12		
Ca mg/dL mínimo	5.0 a 6.9	< 5.0	
Ca ion mg/dL máximo	>= 14		
Ca ion mg/dL mínimo	0.8 a 1.0	< 0.8	
Glicemia mg/dL máximo	150 a 250	>= 250	
Glicemia mg/dL mínimo	30 a 40	< 30	
HCO3 sérico mEq/L máximo	>= 33		
HCO3 sérico mEq/L mínimo	11 a 15	<= 10	
Ph sérico	7.2 a 7.3	7.10 a 7.19	< 7.10
Convulsiones	Simplex	Complejas	
Evacuación/guayaco	Positivo		

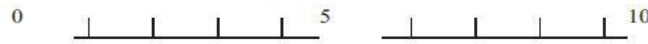
Perinatal extensión

(Fuente: REV SANID MILIT MEX 2006; 60(4): 243-247)

Anexo IV: Encuesta de Satisfacción (Ilustración 2)

NOMBRE Y APELLIDOS _____		FECHA DE NACIMIENTO _____	
EDAD GESTACIONAL	ÚNICO ____ MÚLTIPLE ____	PESO AL NACER	SEXO : M F
PATOLOGÍA/DIAGNÓSTICOS :			
Motivo de ingreso _____	Días de ingreso _____		
UCI	sí no	nº de días _____	
Ventilación mecánica	sí no	nº de días _____	
• Niveles de estudios de los padres:			
PADRE:	Básico (EGB)	Secundario (BUP y COU)	Universitario
MADRE:	Básico (EGB)	Secundario (BUP y COU)	Universitario

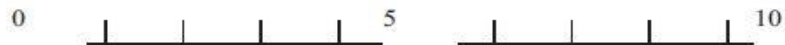
- ¿Antes del parto, hablásteis con el pediatra?      Sí      No
- ¿En caso positivo, se os invitó a visitar la unidad neonatal?      Sí      No
- Valorar la satisfacción de 0 a 10 (0: muy mala; 10: muy buena):
  - La información recibida es suficiente y libre de tecnicismos:
  - Por parte de los pediatras:



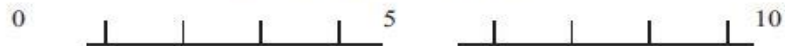
- Por parte de enfermería:



- La accesibilidad a la unidad:
- Horarios de acceso de los padres:



- Entrada de abuelos y hermanos:

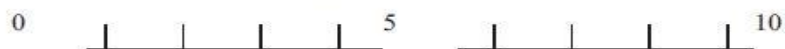


- ¿Qué grado de importancia le daríais a facilitar el acceso de abuelos y hermanos?



- ¿Os gustaría tener la opción de estar presentes en procedimientos/pases de visita?      Sí      No

- La comodidad de la unidad:
- El mobiliario:



- El espacio físico por incubadora:



