

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



“EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA SOBRE LAS FUNCIONES VITALES, LA DURACIÓN Y SENSACIÓN DE DOLOR DE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO 2018.”

Tesis presentada por las bachilleres:

Rodríguez Salas, Deysi Stephany

Vergara Sánchez, Fiorella Ycnalée

Para optar el título profesional de:

Licenciada en Obstetricia

Asesora:

Mg. Fabiola Meza Flores

Arequipa – Perú

2018



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 07 de nov. del 2018

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Mgter. Ricardina Flores Flores
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Mgter. Ricardina Flores Flores
Dra. Jannet Escobedo Vargas
Dra. Verónica Durán Tejeda
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

“ Efecto de la Musicoterapia sobre las funciones vitales, la duración y sensación de dolor de la fase activa del trabajo de parto en gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola. Arequipa. Julio - Agosto. 2018. ”

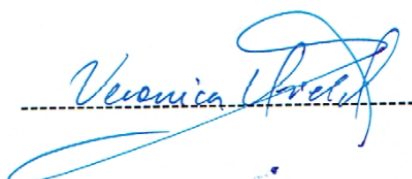
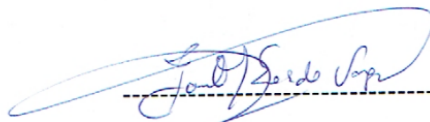
PRESENTADO POR:

Bach. Rodríguez Salas, Deyá Stephany
Bach. Vergara Záñder, Fiorella Yonalée

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se da el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.



DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por haberme permitido llegar hasta esta etapa de mi vida para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A Jhonathan, mi ángel que desde el cielo se sentiría orgulloso de este gran logro.

A Stefano, mi hijo que es la razón de que me levante cada día para esforzarme para el presente y el mañana, eres mi principal motivación; a mi padres Rina y Rudy, por el apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su gran amor; a mis hermanas Katy y Danitza, por apoyarme y alentarme en los momentos más difíciles

A Fiorella por su amistad y por llevar a cabo esta investigación juntas, que a pesar de las dificultades que tuvimos pudimos culminar con satisfacción

.Deysi Stephany

En primer lugar, agradezco a Dios por guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres quienes, con su amor, trabajo y sacrificio, han inculcado en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades, a mi hermanita que por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso y por estar conmigo en todo momento y toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañaron en todos mis sueños y metas.

A Deysi por ser una gran amiga, que a pesar de las dificultades y tropiezo pudimos salir adelante y llevar a cabo este gran paso en nuestras vidas.

A las obstetras e internas de Centro de Salud Maritza Campos Díaz que no ayudaron y apoyaron en poder realizar este trabajo de investigación.

.Fiorella Ycnalée



EPÍGRAFE

“Ayudar a nacer es ser testigo de un milagro”

Anónimo

RESUMEN

Objetivo: Determinar el efecto de la musicoterapia sobre las funciones vitales, la duración y sensación de dolor de la fase activa del trabajo de parto en gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz durante los meses Julio – Agosto del 2018.

Metodología: Este estudio de campo cuantitativo y cualitativo de tipo experimental y con diseño cuasi-experimental. Se tomó en cuenta a 30 gestantes en el periodo de la fase activa del trabajo de parto atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz durante los meses Julio – Agosto del 2018, las cuales fueron divididas en dos grupos, uno experimental (15 gestantes) y otro control (15 gestantes). Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS ver. 23, por lo que las variables cualitativas se realizó la prueba estadística de T de Students y para las variables cuantitativas se realizó la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) con un nivel de significancia al 5%. El efecto positivo de la musicoterapia se obtuvo al tener un valor $P > 0.05$, siendo significativo.

Resultado: No se demostró efecto sobre las funciones vitales de las gestantes primigestas en la fase activa que recibieron musicoterapia y no recibieron musicoterapia, salvo en la frecuencia respiratoria a los 7-8cm de dilatación que se evidencio diferencia estadística significativa entre ambos grupos. Con respecto a la duración del trabajo de parto en las gestantes que fueron atendidas con la técnica de la musicoterapia presentaron diferencia estadística significativa con respecto al grupo de gestantes que no fueron atendidas con musicoterapia ya que presentaron una duración menor con dicha técnica. En cuanto a la sensación de dolor, según la escala de Campbell en las gestantes que recibieron atención con musicoterapia durante el trabajo de parto fue menor, mientras que el 100.0% de las gestantes que no tuvieron musicoterapia sintieron dolor muy intenso y según la Escala Analógica Visual en las gestantes que recibieron atención con musicoterapia durante el trabajo de parto fue menor, mientras que la mayoría de las gestantes que no tuvieron musicoterapia sintieron dolor insoportable.

Conclusión: La musicoterapia durante la fase activa del trabajo de parto tiene un efecto positivo en la reducción del tiempo de la fase activa del trabajo de parto, y

en la disminución de la sensación de dolor, así mismo no se demostró algún efecto sobre las funciones vitales de las gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz durante los meses Julio – Agosto del 2018.

Palabras Clave: Musicoterapia, fase activa, primigestas, duraciones trabajo de parto, dolor, funciones vitales.



ABSTRACT

Objective: To determine the effect of music therapy on vital functions, duration and sensation of pain, active phase, work, participation in primitive pregnant women at the Maritza Campos Díaz Health Center during the months of July - August 2018.

Methodology: This quantitative and qualitative field study of experimental type and with quasi-experimental design. 30 pregnant women were taken into account in the period of the active phase the participation work in the Maritza Campos Díaz Health Center during the months July - August 2018, divided into two groups, one experimental (15 pregnant women) and another control (15 pregnant women). The data were analyzed in the statistical program SPSS ver. 23, so that the qualitative variables were carried out the statistical test of the students and the quantitative variables were performed the Chi-square test (χ^2) with a level of significance at 5%. The positive effect of the music was obtained by having a P value > 0.05, being significant.

Result: No effect was demonstrated on the vital functions of the primitive pregnant women in the active phase that received the music therapy and did not receive music therapy, except in the respiratory frequency at 7-8 cm of the dilation, which shows the significant statistical difference between both groups. Regarding the duration of work, participation in the pregnant women who were treated with the technique of music therapy, significant differentiation with respect to the group of pregnant women who were not treated with music therapy and who have a shorter duration with this technique. As for the feeling of pain, according to Campbell's climb, the pregnant women, the attention, the music, the music, the minor, the 100%, the analogical administration, the 100%. To visualize in the pregnant women that you received attention with music therapy during labor was minor, while most of the pregnant women who did not have music.

Conclusion: Music therapy in the active phase of labor has a positive effect in reducing the time of the active phase of labor, and in the reduction of the sensation of pain, likewise an effect on the Functions Vignettes of the primitive pregnant

women at the Maritza Campos Díaz Health Center during the months of July - August 2018.

Key Words: Music therapy, active phase, primigravids, work durations, pain, vital functions.



INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata un tema muy importante en las mujeres en la etapa de la gestación, el trabajo de parto, que se define como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos. (1)

Este tiempo que dura el trabajo de parto para las gestantes puede ser agobiante y puede llegar a provocar que algunas mujeres entren en pánico o sientan que pierden el control y manifiestan la necesidad del apoyo familiar y social, así mismo, el miedo cubre un papel importante en este evento que sucederá en sus vidas. Sin importar la edad, economía, cultura o número de hijo siempre existe esa sensación de que puede pasar algo. Estas situaciones de tensión que maneja la mujer en el trabajo de parto repercuten en la realización del rol de madres, en la resolución de problemas y en la realización de actividades antes del parto, en el parto y puerperio.

Como sostenía el médico inglés Grantly Dick Read,(2) el dolor del parto no es inevitable, pero una de sus principales causas es el miedo, por ello para poder eliminarlo creó la triada temor-tensión-dolor, del parto natural, que quiere decir que las gestantes tienen miedo al parto ya sea por falta o errónea información, o por sucesos que antecedieron con algún familiar, vecino, persona cercana, por las noticias o hasta en el internet; este miedo se transforma en tensión, angustia, y preocupación. Esto a la vez le causa, en la gestante, que el organismo se tense más, haciendo que las contracciones sean más intensas y como consecuencia haya el dolor. Entonces, basándonos en su filosofía del Dr. Grantly Dick Read, para poder evitar la tensión en las gestantes y con ello el dolor, queremos implementar la musicoterapia en el trabajo de parto.

En una revista médica de Chile, Medical uses of musical therapy (3), concluye que La musicoterapia es una rama de la ciencia que se organizó como tal en este siglo. Esta ciencia estudia los efectos terapéuticos de la música en los seres humanos. Hoy en día la investigación sobre musicoterapia se realiza con todas las edades y enfermedades tales como Alzheimer, Parkinson, traumatismo de cráneo, autismo, demencia, enfermos psiquiátricos, niños con problemas de conducta, personas con SIDA, entre otras. (4)

En la revista Cubana de Medicina General Integral, concluyen que la aplicación de la musicoterapia posee un amplio espectro y ha demostrado ser muy útil para contrarrestar los efectos negativos del estrés, o para prevenir su aparición, ayudando al individuo a recuperar los niveles basales óptimos de funcionamiento psicofisiológico y de bienestar. (4)

Observando estos estudios sobre la musicoterapia es probable que también ayude a que la gestante pueda disminuir el estrés y la tensión que vive en el trabajo de parto.



ÍNDICE

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

EPIGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 Enunciado	2
1.2 Descripción del problema.....	2
A. Área de conocimiento.....	2
B. Análisis u operacionalización de variables.....	3
C. Interrogantes básicas.....	4
D. Tipo de investigación	5
E. Nivel de investigación	5
1.3 Justificación	5
2. OBJETIVOS	8
3. MARCO TEÓRICO	9
3.1. Marco conceptual	9
3.2. Análisis de antecedentes investigativos.....	38
4. HIPÓTESIS	45
 CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	46
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	47
2. Campo de verificación.....	48
1.1. Ubicación espacial	48
1.2. Ubicación temporal	48
1.3. Unidades de estudio	48
3. Estrategia de recolección de datos	50
4. Estrategia para manejar los resultados	52

CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	54
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	55
DISCUSIÓN	96
CONCLUSIONES	98
RECOMENDACIONES	101
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	102
ANEXOS	110
1. Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos	110
2. Anexo 2: Lista de Cotejo	111
3. Anexo 3: Escala Visual Análoga del Dolor	113
4. Anexo 4: Cédula de Entrevista.....	114
5. Anexo 5: Consentimiento Informado.....	115
6. Anexo 6: Ubicación Panorámica Satelital del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.....	117
7. Anexo 7: Autorizaciones.....	118
8. Anexo 8: Materiales	120
9. Anexo 9: Evidencias	121
10. Anexo 10: Matriz de Sistematización	123



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 ENUNCIADO:

Efecto de la Musicoterapia sobre las Funciones Vitales, Duración y Sensación de Dolor de la Fase Activa del Trabajo de Parto en Gestantes Primigestas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola. Arequipa. Julio-Agosto 2018.

1.2 DESCRIPCIÓN:

A. ÁREA DEL CONOCIMIENTO

ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud.

ÁREA ESPECÍFICA: Psicoprofilaxis.

LÍNEA: Musicoterapia durante el Trabajo de Parto.

B.ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
Variable independiente MUSICOTERAPIA	Aplicación de la Musicoterapia	▪ Canción: ○ Antonio Vivaldi: “Las cuatro estaciones”
	No Aplicación de la Musicoterapia	
Variable dependiente FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO	Funciones Vitales	▪ Frecuencia Cardíaca. ▪ Frecuencia Respiratoria. ▪ Presión arterial. ▪ Temperatura
	Duración de la Fase Activa del Trabajo de Parto.	▪ 5-6 CM: ○ 3hs. y 5 min. ▪ 7-8 CM: ○ 1h. y 5 min. ▪ 9-10 CM: ○ 0hs. y 50min.
	Sensación de dolor durante la fase activa del trabajo de parto.	▪ Escala visual numérica (EVA). ○ Sin dolor. ○ Dolor leve. ○ Dolor moderado. ○ Dolor intenso.
		▪ Escala de Campbell. ○ Musculatura Facial. ○ Tranquilidad. ○ Tono Muscular. ○ Respuesta verbal. ○ Confortabilidad.

C. INTERROGANTES BÁSICAS

1. ¿Cuáles son las funciones vitales de las gestantes primigestas en fase activa del trabajo de parto del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola; Arequipa, Julio-Agosto 2018?
2. ¿Qué efecto tiene la musicoterapia sobre las funciones vitales de las gestantes primigestas en fase activa del trabajo de parto del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola; Arequipa, Julio-Agosto 2018?
3. ¿Cuál es la duración de la fase activa del trabajo de parto en gestantes primigestas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola; Arequipa, Julio-Agosto 2018?
4. ¿Cuál es el efecto de la musicoterapia sobre la duración de la fase activa del trabajo de parto en gestantes primigestas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola; Arequipa, Julio-Agosto 2018?
5. ¿Cómo es la sensación de dolor de las gestantes primigestas en fase activa del trabajo de parto del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola; Arequipa, Julio-Agosto 2018?
6. ¿Qué efecto tiene la musicoterapia sobre la sensación de dolor que presentan las gestantes primigestas en fase activa del trabajo de parto del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola; Arequipa, Julio-Agosto 2018?
7. ¿Cuál es la diferencia entre gestantes que utilizan la técnica de la musicoterapia y las que no en el centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola; Arequipa, Julio-Agosto 2018?

D. TIPO DE INVESTIGACIÓN

De campo.

E. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Dicho proyecto es de nivel cuasi-experimental.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo nació de la motivación por indagar el efecto que causaría la musicoterapia en gestantes en trabajo de parto.

Originalidad: El presente trabajo de investigación, presenta estudios similares a nivel internacional y nacional, pero no en el medio local.

Relevancia Científica: Con este trabajo de investigación se quiso demostrar que existen terapias complementarias y alternativas que profesionales de obstetricia puede poner en práctica durante el desempeño de su labor profesional con las gestantes en el trabajo de parto, parto y puerperio.

Relevancia Contemporánea:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que el 80% de la población mundial se trata con métodos no convencionales de curación. Estas terapias se vienen utilizando durante generaciones, pero recientemente han encontrado un interés público y en las gestantes habido una gran aceptación de estas terapias ya que las que buscan y utilizan para mejorar sus molestias más habituales durante todo el embarazo, el parto y el posparto. (5)

Motivación Personal: Existe muchos estudios e investigaciones sobre los beneficios que aporta la musicoterapia. Por ejemplo, en Hospital

Ramón y Cajal de Madrid, que ofrece a sus pacientes la posibilidad de un tratamiento multidisciplinar que contemple la expresión musical como parte del tratamiento integral del paciente con dolor crónico, dando como resultado muestras de satisfacción con la musicoterapia ya que refieren beneficios en el estado de ánimo, adoptan un estilo de afrontamiento activo de la enfermedad (6). Otra investigación es de la Universidad de Barcelona que habla sobre el efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica en el Hospital Universitario de Bellvitge, donde concluyeron que la musicoterapia reduce la ansiedad en los pacientes con ventilación mecánica invasiva. Con estos estudios que hablan sobre el efecto de la musicoterapia en diferentes tipos de pacientes; es probable que tenga un efecto positivo en las gestantes en el trabajo de parto. (7)

Factibilidad: El trabajo de investigación, si se puede llevar a cabo, ya que existen los recursos necesarios para ejecutarlo.

Relevancia Social: La directora del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Suzanne Serruya, sostuvo: "Resulta preocupante que casi cuatro de cada diez partos sean por cesárea, los médicos, las parteras, las enfermeras obstétricas, los responsables de la formulación de políticas sanitarias, las madres y padres, y la sociedad entera, debemos trabajar juntos para reducir ese número y recurrir a la cesárea solo cuando es necesaria por razones médicas", señaló. Nuestro trabajo de investigación podría ser una alternativa para este problema ya que es una causa, porque existe el aumento de cesáreas debido a la sensación de dolor que presenta la gestante en el trabajo de parto, aparte que es un reto fisiológico y psicológico para las mujeres. Donde se hace más inminente las emociones conflictivas como miedo y aprehensión. (8)

Conveniencia: La investigación conviene por que cubre varias áreas como: Social, con una orientación y motivación adecuada ayudarán a la gestante a sentirse más segura en el trabajo de parto y con ello el parto y puerperio. Teórica, porque complementa los estudios y actividades obstétricas con terapias complementarias y alternativas que los profesionales de obstetricia pueden poner en práctica durante el desempeño de su labor profesional con las gestantes en el momento de trabajo de parto.



2. OBJETIVOS

1. Identificar las funciones vitales de las gestantes primigestas en fase activa del trabajo del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola; Arequipa. Julio-Agosto 2018.
2. Evaluar si hay algún efecto sobre las funciones vitales de las gestantes primigestas en fase activa del trabajo que recibieron musicoterapia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola; Arequipa. Julio-Agosto 2018.
3. Identificar la duración del trabajo de parto en las gestantes primigestas en fase activa del trabajo del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola; Arequipa. Julio-Agosto 2018.
4. Determinar la duración del trabajo de parto en las gestantes que fueron atendidas con la técnica de la musicoterapia en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola. Arequipa. Julio-Agosto 2018.
5. Evaluar la sensación de dolor en las gestantes primigestas en trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola. Arequipa. Julio-Agosto 2018.
6. Evaluar la sensación de dolor en las gestantes que recibieron atención con musicoterapia durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola. Arequipa. Julio-Agosto 2018.
7. Identificar si existe diferencia entre gestantes que utilizan la técnica de la musicoterapia y las que no en el centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola; Arequipa, Julio-Agosto 2018.

3. MARCO TEORICO

3.1. Marco conceptual

3.1.1 TRABAJO DE PARTO

La definición teórica de trabajo de parto, según Dr. Williams JW, es: “Presencia de contracciones que producen borramiento y dilatación demostrable del cuello uterino.” Con esta definición podemos determinar el inicio del trabajo de parto, debido a que el diagnostico solo se confirma de forma retrospectiva. (9)

La definición clínica del trabajo de parto es: 2 - 3 contracciones de intensidad moderada cada 10 minutos, acompañada de la maduración y dilatación cervical (2-3cm). Adicionalmente, el Dr. Andrés Mongrut pone la formación de las bolsas de las aguas como una característica clínica. (10)

Según el Dr. Schwarcz, “El trabajo de parto se divide en tres periodos: el primero corresponde al borramiento y dilatación; el segundo la expulsión del feto; y el tercer periodo consiste en la salida de los anexos fetales (placenta y membranas)”. (11)

Para hablar del trabajo de parto es necesario mencionar los fenómenos activos que causan:

Fenómeno activo del trabajo de parto

Se define Fenómenos Activos del trabajo de parto a las contracciones uterinas. Ya que es el motor del parto que impulsa al feto a través del canal del parto. (11)

Según la Dra. Roció Moreno Selva, “Las contracciones uterinas se dividen en dos: una fase de sístole, una fase breve de meseta en la que se mantiene la presión máxima y una fase de diástole o relajación, en la que no llega a desaparecer el tono uterino que se mantiene en unos 10mmHG.” (12)

La sístole tiene las siguientes características:

- Intensidad que viene dada por la presión máxima alcanzada en el acmé de la contracción, sin restarle el tono basal. Rara vez supera los 40-50 mmHg. El aumento excesivo de intensidad se denomina hipersistolia y su disminución hiposistolia. (12)

- La frecuencia de las contracciones varía según el caso y el momento del parto, pero suelen repetirse cada 2 o 4 minutos, contando desde el acmé de la contracción al de la siguiente. El aumento de la frecuencia se denomina polisistolia y la disminución, bradisistolia. (12)

- La duración de la contracción se cuenta desde que comienza a ascender la onda hasta el punto en que adquiere de nuevo el tono basal. (12)

El umbral de Polaillon es el punto en que la contracción se hace dolorosa y esta sensación de dolor depende de la sensibilidad individual de cada mujer.

La onda contráctil comienza en uno de los cuernos uterinos a nivel del ostium tubárico en condiciones normales y se propaga en dirección descendente al resto del órgano. Se ha comprobado la existencia de un triple gradiente descendente, (comienza antes, es más intensa y dura más en el fondo que en el cuerpo que en el cuello). (12)

Las contracciones de parto son las únicas contracciones musculares fisiológicas que son dolorosas, sin conocerse exactamente la causa de este dolor. Podría ser debido a hipoxia del miometrio, compresión de los nervios del cérvix y del segmento uterino inferior, distensión del cuello con la dilatación y estiramiento del peritoneo supra yacente. Son también contracciones involuntarias y en su mayor parte independientes del control extrauterino. (12)

Las contracciones uterinas constituyen uno de los factores que en el parto causan la maduración progresiva del cuello uterino y durante el primer periodo de trabajo de parto la dilatación cervical.

Según el Dr. Schwarcz, en el trabajo de parto, a medida que la dilatación progresa, la intensidad y frecuencia de las contracciones aumenta gradualmente. (11)

Otros estudios encontraron que la intensidad, la frecuencia de las contracciones y la actividad uterina presentaron una gran variabilidad entre las mujeres estudiadas. Como conclusión debido a esa gran variabilidad entre mujeres se debe respetar el patrón fisiológico de cada una de ellas si el parto progresa y el estado materno fetal es satisfactorio. (11)

	Dilatación cervical(cm)								
	5-6			7-8			9-10		
	P10	P50	P90	P10	P50	P90	P10	P50	P90
Frecuencia (Contracciones en 10 min.) (43 partos)	2,15	4,48	6,88	2,84	4,17	6,03	3,28	4,58	7,09
Intensidad mm Hg (43 partos)	12	29	49	20	34	53	22	39	70

Fuente: Variabilidad de la intensidad y la frecuencia de contracciones. SCHWARCZ, RICARDO; 7ma edición. 2014 (11)

Primer periodo del trabajo de parto

Es el comienzo del trabajo de parto que inicia desde el momento que existen contracciones útiles o verdaderas, es decir 2 o más contracciones uterinas en 10 minutos, que sean regulares, periódicas y que aumenten progresivamente de intensidad. Adicionalmente, la salida del tapón mucoso, cuello uterino parcialmente borrado o incorporado y con una dilatación del cérvix de 2 cm o más. (13)

Este periodo se divide en dos fases:

La fase latente la cual comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta los 2 cm o los 4 cm. (13)

La fase activa se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación. Puede ser definida teniendo en cuenta criterios exclusivos de dilatación cervical, desde los 2 a los 10 cm de dilatación o desde los 4 a los 10 cm de dilatación

o incluyendo la percepción de la mujer, como por ejemplo el inicio de contracciones regulares hasta el comienzo de los pujos. (14)

Tomado de Cunningham, Obstetricia Williams, 23ª Edición, México, 2011.
“La composición de la curva de dilatación promedio del trabajo de parto en la paciente nulípara es: En el primer periodo se divide en una fase latente, relativamente plana, y una fase activa, de rápida progresión. Durante la fase activa existen tres componentes identificables, incluidas una fase de aceleración, una fase de pendiente máxima y una fase de desaceleración”.
(15)

Tiempos del trabajo de parto

Siguiendo el Partograma, el cual se definirá más adelante, refiere que el tiempo a transcurrir de 5 a 6 centímetros de dilatación es de 3 horas y 15 minutos aproximadamente en una nulípara, de 7 a 8 centímetros es de 1 hora y 5 minutos y, de 9 a 10 centímetros es de cero horas y 50 minutos aproximadamente en una nulípara. (16)

Según la Guía Perinatal 2015 de Chile, refiere que el parto es continuo. La tabla adjunta expresa los valores normales para cada una de las etapas del parto. (17)

Valores normales para cada una de las etapas del parto			
Etapas del Parto			Tiempos esperados
Primera etapa	Fase latente	Nulípara	Total: Hasta 20 horas Dilatación: 1.2 cm/h Descenso: 2cm/h
	Fase activa	Múltipara	Total: Hasta 14 horas Dilatación: 1.5 cm/h Descenso: 2cm/h
Segunda etapa		Nulípara	90 min.
		Múltipara	60 min.
Tercera etapa		Nulípara	45 min.
		Múltipara	30 min.

Fuente: Obstetricia. Pérez Sanchez. 4ta edición, 2011 (17)

Según esta guía autores recientes han elaborado curvas para mujeres según paridad, que pueden ser utilizadas en el manejo del trabajo de parto. Una de éstas fue elaborada a partir de 62.415 mujeres con feto único, de término, inicio espontáneo del trabajo de parto, parto vaginal y resultado perinatal normal. Como resultado se señala a continuación en una tabla los valores promedio y en p 95 de tiempo para diferentes intervalos de dilatación. (17)

Tiempo promedio y P95 para diferentes intervalos de dilatación según paridad						
Intervalo de dilatación	Nulíparas		Múltipara de 1		Múltipara de 2	
	Mediana	p95	Mediana	p95	Mediana	p95
3-4 cm	1,8	8,1	-	-	-	-
4-5 cm	1,3	6,4	1,4	7,3	1,4	7,0
5-6 cm	0,8	3,2	0,8	3,4	0,8	3,4
7-8 cm	0,6	2,2	0,5	1,9	0,5	1,8
9-10 cm	0,5	1,6	0,4	1,3	0,4	1,2

Fuente: Guía Perinatal. Ministerio de Salud. Chile. 2015 (17)

DISTOCIAS DEL TRABAJO DE PARTO

Se caracteriza por progreso lento o eventualmente nulo del trabajo de parto.

Parto prolongado: EL trabajo de parto prolongado es una dilatación cervical o un descenso fetal anormalmente lentos durante el trabajo de parto. El diagnóstico es clínico. (17)

Parto precipitado: Esta anomalía ocurre en un 10% de los partos. Normalmente sólo se hace el diagnóstico de ella en el puerperio al analizar el trabajo de parto y parto de la mujer. Aumenta el riesgo de lesiones del cuello uterino, del canal del parto y del recién nacido. Muchas de estas mujeres, tienen su parto en la cama de prepartos. La etiología es desconocida y si se sospecha en el trabajo de parto, debe efectuarse monitorización electrónica, dado que el feto puede no tolerar adecuadamente la hiperdinamia que acompaña a esta patología. Eventualmente puede utilizarse tocolítico si hay hiperdinamia. (17)

Anomalías del trabajo de parto observables en el partograma		
Alteración	Paridad	Tiempo
Fase latente prolongada	Nulípara	> 20 horas
	Múltipara	> 14 horas
Fase activa retardada	Nulípara	> 1,2 cm/h
	Múltipara	> 1,5 cm/h
Cese secundario de la dilatación		Cese de la dilatación >2 hrs.
Fase desaceleradora prolongada	Nulípara	> 3 horas
	Múltipara	> 1 hora
Falla del descenso		No hay descenso
Prolongación del descenso	Nulípara	< 1 cm/h
	Múltipara	< 2cm/h
Detención del descenso		Detención del descenso ≥ 1 hora
Parto precipitado	Nulípara	Dilatación o descenso >5 cm/h
	Múltipara	Dilatación o descenso >10 cm/h

Fuente: Obstetricia. Pérez Sanchez. 4ta edición, 2011 (17)

Atención durante el periodo de dilatación:

El trabajo de parto es un proceso dinámico que en cualquier momento puede alterarse. Por ello, es importante un adecuado control de la gestante en todo momento, ya que, si aparecen complicaciones, derivarla a la parturienta oportunamente al hospital. (18)

Según una guía del Ministerio de Salud, en la fase activa del trabajo de parto, desde los 4 cm hasta los 10 cm de dilatación cervical, trazar y observar curva de alerta según partograma de la OMS. Normalmente no debe durar más de 1 hora por cm de dilatación. Si el parto se inclina a la derecha de la línea de alerta, descarte disfunción uterina, sufrimiento fetal y sospeche desproporción cefalopélvica o mala presentación. Debe ser atendida en un servicio con capacidad quirúrgica las 24 horas. (16)

Partograma:

El partograma es una herramienta que tenemos para registrar los datos tanto maternos como fetales durante el trabajo de parto y así llevar una adecuada monitorización de nuestra paciente y el producto. La OMS recomienda su uso en todas las pacientes y es parte esencial del expediente clínico de cualquier paciente en trabajo de parto. (15)

Los objetivos del partograma son:

- Identificar la viabilidad del parto por vía vaginal durante el seguimiento del trabajo de parto para decidir el nivel de complejidad de la atención. (19)
- Identificar factores de riesgo que puedan incidir negativamente el resultado materno y perinatal para intervenirlos en forma preventiva. (19)
- Facilitar la vigilancia del trabajo de parto de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes. (19)
- Servir de fuente de información clínica y epidemiológica en el proceso de vigilancia de la atención del parto. (19)

En el partograma utilizado por el Ministerio de Salud, la fase latente ha sido retirada y la gráfica sobre el partograma comienza en la fase activa cuando el cuello uterino está dilatado 4 cm. (15)

Partes y Uso:

- Información de la parturienta: registre nombre, gestaciones, paridad, número de historia del establecimiento, fecha y hora de admisión y hora de la rotura de membranas. (15)
- Frecuencia cardíaca fetal: registre cada media hora. (15)
- Líquido amniótico: registre el color en cada examen vaginal: (15)
 - I : membranas intactas.
 - R: momento de la rotura de las membranas.
 - C: membranas rotas, líquido claro.
 - M: líquido meconial.
 - S: líquido sanguinolento.
- Moldeamiento: (15)
 - 1: suturas lado a lado.
 - 2: suturas superpuestas pero reducibles.
 - 3: suturas superpuestas y no reducibles.

- Dilatación cervical: evalúe en cada examen vaginal y marque con una X en la hora que corresponde. Marque a partir de los 4 cm de dilatación en el partograma de la OMS. (15)
 - Línea de Alerta: línea que comienza en 4 cm de dilatación hasta el punto de dilatación total esperada a una velocidad de 1 cm por hora. (15)
 - Línea de Acción: paralela y 4 horas a la derecha de la línea de alerta. (15)
- Descenso del polo cefálico: se puede evaluar por palpación abdominal referido a la parte palpable de la cabeza (dividida en 5 partes, que corresponden a la mano que explora) por encima del pubis. Se puede registrar también como un círculo en cada examen vaginal. Si es por examen abdominal se marcará así: (15)
 - 5/5: Completamente encima del pubis.
 - 4/5: Sincipucio alto, occipucio se siente fácilmente.
 - 3/5: Sincipucio se siente fácilmente, occipucio se siente.
 - 2/5: Sincipucio se siente, occipucio casi se siente.
 - 1/5: Sincipucio se siente, occipucio no se siente.
 - 0/5: La cabeza no es palpable. (15)

3.1.2. DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO

A. Dolor:

Se define como la percepción de una sensación molesta y desagradable en una región del cuerpo por causa interior o exterior, o también se considera como un sentimiento intenso de pena, tristeza o angustia que se padece en el ánimo. Es una sensación subjetiva y difícil de tratar debido que solo la propia persona puede informar con precisión sobre ello. (20)

El dolor es, también, uno de los mecanismos fisiológicos de supervivencia más importantes. Se puede definir como “una sensación desagradable, de intensidad y calidad variable (agudo, lancinante, ardiente, sordo...), que

empuja con fuerza a desarrollar conductas de evitación contra aquello que lo causa que, con frecuencia, son agentes que perjudican la integridad o supervivencia del individuo”. (21)

El dolor asociado al parto es descrito como agudo, intenso, con un inicio y final bien definidos y que en términos de intensidad se podría asemejar a la amputación de un dedo, afecta a todas las mujeres embarazadas en diversos grados y su complejidad involucra alteraciones bioquímicas y fisiológicas que afectan no solamente a la madre sino también al feto, e interactúan interfiriendo con la evolución normal del trabajo de parto. (22)

A medida que avanza el parto es posible distinguir tres tipos de dolor según el estadio de parto: Dolor visceral primario, Dolor somático profundo-visceral secundario y Dolor somático superficial. A su vez este dolor presenta tres tipos de patrones diferentes: (23)

- Dolor abdominal asociado a las contracciones.
- Dolor en la región inferior de la espalda asociado también a las contracciones.
- Dolor continuo en la región inferior de la espalda.

Los dos primeros son de intensidad variable a medida que progresa el parto y el último es de mayor intensidad sin grandes cambios a lo largo del parto. (23)

Fisiología del dolor de parto según periodos del parto.

En el primer periodo del parto, el dolor está mediado por los aferentes nerviosos del útero a través del nervio simpático que penetra la médula espinal por los segmentos T10 a L1. Los nervios hacen conexiones a nivel medular con neuronas de la asta posterior y ascienden al sistema nervioso central (SNC) por medio de las vías espinotalámicas laterales. En el segundo y tercer periodo, al ir descendiendo la cabeza fetal, se produce distensión del

canal del parto inferior y del perineo. Este dolor se transmite a lo largo de aferentes somáticas que se originan en el plexo sacro, que comprenden porciones de los nervios pudendos, que acompañan a los vasos pudendos, y penetran a la médula espinal en los niveles S2, S3 y S4. (23)

En la fisiología de este proceso, “existen varias causas que explican el dolor asociado al trabajo de parto y parto, pero es importante destacar que el dolor también puede estar influenciado por las experiencias pasadas vividas, o transmitidas entre generaciones, en el entorno socio- cultural y las expectativas individuales ante este evento”. (24)

Teoría del control de puertas

Esta teoría del dolor se aplica al parto y al nacimiento. De acuerdo con ella, la médula espinal presenta un mecanismo de abertura. Las sensaciones de dolor se transmiten de la periferia del cuerpo al cerebro por las vías neurales. El número de sensaciones que recorren estas vías se limita a una a la vez. Las distracciones o actividades de concentración pueden reemplazarse el recorrido de la sensación de dolor. Cuando la actividad es la que toma la vía, la puerta se cierra y los impulsos tienen menos probabilidades de ser transmitidos al cerebro. Cuando la puerta se encuentra abierta, los impulsos de dolor ascienden al cerebro. En las fibras nerviosas descendentes del hipotálamo y la corteza cerebral hay mecanismos similares. Estas regiones del cerebro regulan los pensamientos y emociones y pueden influir en los que los impulsos de dolor alcancen el nivel de sensación de conciencia. Los estímulos cutáneos, como el Eflourage (masaje), podrían tener un efecto directo en el cierre de la puerta. La teoría del control de puertas, que se usan rutas ascendentes y descendentes, ayuda a explicar la efectividad de los diferentes tipos de estrategias de concentración al prepararse al nacimiento, como respiración y la música. (16)

Si una gestante soporta periodos prolongados este dolor intenso, puede provocar, entre otras respuestas fisiológicas al dolor: (25)

- Incremento dramático en la producción y liberación de catecolaminas, que producen: (25)
 - a. Disminución de la efectividad de las contracciones, y por lo tanto el primer período del trabajo de parto se prolonga.
 - b. Constricción de las arterias, incluidas las uterinas, lo cual provoca hipoperfusión uterina, hipoxia fetal y acidosis fetal.
 - c. Taquicardia materna.
- Aumento importante del gasto cardíaco, y del retorno venoso después de la contracción, lo que nos da: (25)
 - a. Aumento de la precarga. Contraindicado en ciertas cardiopatías.
 - b. Aumento del consumo metabólico de oxígeno.
- Taquipnea y aumento de la actividad muscular errática, lo que conlleva: (25)
 - a. Alcalosis respiratoria, que produce constricción arterial.
 - b. Acidosis metabólica.
 - c. Aumento de los requerimientos metabólicos y deshidratación.

Medición del dolor

Medir “es el proceso de asignar números a las propiedades específicas de acontecimientos, procesos, objetos o personas”. (26)

La búsqueda de métodos que permitan determinar con la mayor exactitud el grado de dolor experimentado por los pacientes, constituye uno de los objetivos prioritarios de la algilogía. La medición del dolor es una de las tareas más difíciles con las que se encuentra tanto el clínico como el investigador. Si tenemos en cuenta las palabras de Melzack: “dado que el dolor es una experiencia personal privada, es imposible para nosotros conocer con precisión el dolor que padece otra persona”; podemos vernos tentados a

abandonar cualquier intento de medir el dolor. Sin embargo, un fenómeno como el dolor debe ser medido, habiéndose ideado numerosos instrumentos para determinar su intensidad. Asimismo, se han desarrollado medidas para valorar los efectos que éste tiene sobre la conducta, y el empleo de instrumentos para la cuantificación de la experiencia dolorosa ha proporcionado buenos resultados clínicos y científicos. (27)

Escala visual analógica (EVA)

Una de estas medidas es la escala visual analógica (EVA) la cual mide la intensidad del dolor representándola en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Puede disponer o no de marcas cada centímetro, aunque para algunos autores la presencia de estas marcas disminuye su precisión. La EVA es confiable y válida para muchas poblaciones de pacientes. Aunque la escala no ha sido específicamente testada para pacientes en terapia intensiva, ésta es frecuentemente utilizada con esta población. Para algunos autores tiene ventajas con respecto a otras. Es una herramienta válida, fácilmente comprensible, correlaciona bien con la escala numérica verbal. Los resultados de las mediciones deben considerarse con un error de $\pm 2\text{mm}$. Por otro lado, tiene algunas desventajas: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que tiene limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado. (27)

Para algunos autores, la forma en la que se presenta al paciente, ya sea horizontal o vertical, no afecta el resultado. Para otros, una escala vertical presenta menores dificultades de interpretación para los adultos mayores, porque les recuerda a un termómetro. Un valor entre 1 y 3 significa dolor leve, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado, un valor entre 7 y 9 implica la presencia de un dolor intenso y un valor de 10 significa dolor insoportable. (28)

Escala de Campell

En 1993 se creó una primera escala de evaluación del dolor: Escala de Campbell, que determinaba tanto el propio dolor como la intensidad del mismo. (29)

Esta escala, cuenta con 5 ítems conductuales (muscultura facial, tranquilidad, tono muscular, respuesta verbal y confortabilidad), con un rango total de puntuación de 0 (ausencia de dolor) a 10 puntos (máximo dolor). La misma está diseñada no sólo para evaluar la presencia de dolor, sino para cuantificar su intensidad. Puede ser equiparable a la Escala Analógica Visual (EVA) y a la Escala Numérica Verbal (EVN) Otra posible ventaja es que contempla un mayor número de ítems conductuales comparada con las escalas BPS y CPOT, lo que podría disminuir el artefacto por causas ajenas al dolor, ya que parece existir una correlación positiva entre el número de ítems conductuales manifestados por el paciente y el dolor que presenta. (15)

3.1.3. MUSICOTERAPIA

El recorrido histórico vivido por la Musicoterapia ha pasado por estadios mágicos, religiosos, filosóficos y científicos, de ahí su significado polisémico. Siempre ha habido consciencia de los efectos musicales en las personas y en la sociedad, por lo que ha resultado necesaria la aplicación de la música en la curación de pacientes, en la educación, en la expresión de emociones y en otras muchas situaciones, como así lo atestiguan una larga lista de opiniones y testimonios literarios. (30)

Los primeros babilonios y los griegos antiguos relacionaron el sonido con el cosmos, a través de una concepción matemática de las vibraciones acústicas vinculadas con los números y la astrología. En escritos históricos de varias civilizaciones antiguas se encuentran relatos del uso terapéutico de la música. Por mencionar algunos, tanto árabes como judíos, en manuscritos en hebreo, reportaban como los músicos intervenían para aliviar los dolores de los

enfermos en el hospital. Aristóteles hablaba del valor médico de la música en las emociones incontrolables y le daba un efecto beneficioso para la catarsis emocional, pues ella consigue sedar y calmar al ser. (16)

En el siglo X, Avicena afirmaba que cualquier dolor se desvanecía y se curaba con la música, que ella poseía una capacidad para polarizar la atención descentrándola del dolor moral o físico. (16)

La música es definida como una sucesión de sonidos modulados para recrear el oído. Para Kant es el arte de las emociones y Hegel la considera el arte de los sentimientos. De acuerdo a Poch, (1999) es la técnica o el arte de hacer combinaciones de tonos en forma organizada y estructurada, con variedad de ritmo, melodía, volumen y calidad tonal. Por su parte, Dufourcq, (1976; c.p. Poch, 1999) señala que hacer música es saber combinar los sonidos como un arte para el placer de los oídos. (16)

Podemos datar el inicio de la musicoterapia a nivel científico en el año 1974 durante el I Congreso Mundial de Musicoterapia, celebrado en la Salpêtrière de París donde se pidió a cada país que señalara las distintas áreas de aplicación de la musicoterapia. Durante este congreso muchos países como Estados Unidos y la propia Francia ya abogaban por el uso de la música para el tratamiento de distintas enfermedades y la rehabilitación de distintas minusvalías, apartándose de la concepción de que su uso debe quedar restringido a la desviación de la ansiedad y la rehabilitación psicológica. (31)

Bajo el término Musicoterapia se encierran diversas formas de terapia, tales como la danzaterapia, la arteterapia, el psicodrama y la propia Musicoterapia, por lo que el término admite varias definiciones. Etimológicamente significa “terapia a través de la música”. (30)

La NAMT (National Association for Music Therapy), define la musicoterapia como el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la

restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. (18)

Existe una Diversidad en las aplicaciones de la Musicoterapia: (32)

- Diversidad en las instituciones: escuelas, hospitales, geriátricos, centros de día, etc.
- Diversidad de clientes/ pacientes: enfermedades psíquicas, deficiencia mental, deficiencia sensorial, deficiencia motórica, adicciones, geriatría, enfermedades crónicas, etc.
- Diversidad de objetivos: educacionales, de rehabilitación, psicoterapéuticos, preventivos, etc.
- Dirigidos hacia las necesidades físicas, emocionales, intelectuales o espirituales.
- Diversidad en los tratamientos: escucha selectiva, improvisación, actuación, composición, movimiento, verbal, otras experiencias con el arte, etc.
- Diversidad de orientaciones filosófico-psicológicas.

¿Cómo se realiza la musicoterapia?

Por medio de la música se crea un nexo de comunicación entre médico y paciente, lo que permite lograr mejorías en los distintos trastornos. En este proceso se recurre a distintas técnicas, según cada persona y su tipo de problema. (32)

Por ejemplo, para reducir el estrés se emplean los efectos fisiológicos de algunas músicas que al ser escuchadas generan un estado modificado de conciencia, en el cual la persona supera de forma creativa sus conflictos y las causas de su tensión nerviosa. (32)

Durante la sesión de musicoterapia, la persona verbaliza sus emociones, reacciona ante el estímulo sonoro, despierta vivencias ocultas en su subconsciente, se expresa a través de dibujos o palabras. También suele

comentar lo que piensa y siente, estableciendo un vínculo con el terapeuta, que le permite ir resolviendo su problema. (32)

El musicoterapeuta emplea todo tipo de música, considerando como tal a todos los sonidos, ruidos, silencios, gestos o movimientos, que provengan de grabaciones, produzca el propio cuerpo o generen instrumentos musicales. (32)

Se trabaja sobre todo con música clásica, aunque no se excluye ningún tipo de melodía como la new age, el pop o el rock. (32)

La musicoterapia se puede aplicar de dos formas:

- Musicoterapia receptiva: se aplica música grabada o en directo adecuada al proceso terapéutico del paciente o grupo. Se utilizan, además, técnicas verbales, corporales y creativas (como la pintura o la escultura) para la intercomunicación entre el paciente y el terapeuta. (33)
- Musicoterapia activa: Existen muchos métodos en los cuales el paciente toca instrumentos, canta y se mueve. La base de la terapia es la música en directo e improvisada. La música que se crea se puede adaptar al tiempo de cada paciente y a sus necesidades. Es flexible y es una experiencia creativa y estética. (33)

En algunos casos la musicoterapia receptiva es la única alternativa viable, como por ejemplo en los pacientes que están en coma o anestesiados, enfermos terminales, recién nacidos y en todos los casos en los que la persona no puede producir sonidos con ningún medio, mientras que en la musicoterapia activa se puede hacer otra diferenciación, dependiendo de si el paciente toca o canta músicas conocidas o ha aprendido del músico-terapeuta, o si el paciente inventa la música, es decir, improvisa movimientos, ritmos, sonidos y melodías con el cuerpo, los instrumentos y la voz, de forma que expresa su mundo interior y sus conflictos a través de una música propia y

genuina creada en el momento; en este caso estaremos ante un modelo de musicoterapia no tan solo activa sino también creativa, en la que la creatividad es, además, una parte importante del proceso terapéutico.(34)

La música tiene prioridad sobre la relación cliente-terapeuta, ya que su rol es secundario respecto al procedimiento médico y el tratamiento. Durante los cuidados paliativos, el terapeuta utiliza las experiencias musicales dentro del contexto de una relación de apoyo para brindar seguridad o diversión, para ayudar a manejar el dolor, la ansiedad o el estrés o para mejorar la calidad de vida. Esta práctica es aumentativa cuando la relación es de apoyo, pero no implica las responsabilidades de los roles de cliente-terapeuta, y cuando el proceso no es lo suficientemente largo o profundo como para producir cambios significativos en el cliente. (34)

Elementos de la música:

Para que una composición musical tenga sentido, coherencia, movimiento, energía y despierte emociones deben estar presentes los elementos musicales, por lo menos, los más indispensables como la melodía y la armonía. (35)

- La melodía como elemento musical es la combinación de sonidos simultáneos diferentes, que están reunidos de tal manera que son acordes, que agradan al oído y se pueden recordar con facilidad. Es la que dota a la música de un sentido. En ella está implícito el movimiento, se dice que cuando este es ascendente indica elevación, serenidad; en cambio, cuando es descendente representa solemnidad, dignidad. También deben tomarse en cuenta los intervalos: los cortos simbolizan pasividad, no obstante, los largos se refieren a pasiones fuertes. En cuanto a la altura tonal, es decir, a los sonidos altos o agudos y a los graves o profundos, psicológicamente tienen un efecto sedante cuando son graves y excitantes al ser agudos. La intensidad del sonido dependerá de lo suave o fuerte con que viajen las vibraciones y es capaz de modificar un sonido, por ejemplo, una melodía pierde su belleza si se interpreta a alto volumen. (35)

- La armonía es la organización, la estructura, la coherencia interna de la música. Desde el punto de vista musical es la grata variedad de sonidos, medidas y pausas que resultan de la combinación de una manera acorde para darle sentido a lo que quiere expresar. Desde la repercusión psicológica se habla de consonancia y disonancia, ligadas a los intervalos. Los intervalos consonantes dan la sensación de orden, equilibrio, reposo, mientras que los disonantes representan la inquietud, el deseo, el tormento. Por tanto, los sonidos consonantes son considerados como sedantes y pasivos, y los disonantes son agitados e intranquilos. En este sentido, los fragmentos musicales con tendencia a la armonía consonante expresarán estados de calma, estabilidad y satisfacción (Poch, 1999). (35)
- El ritmo es la expresión y el movimiento de la música, además de marcar el sentido del tiempo que transcurre. Este elemento se experimenta por el movimiento corporal e imaginario, por tanto su dinamismo está inherente a la energía vital y a la vida física. Representa el esqueleto de la pieza musical con función de organizador, por tanto, es el que da la pauta de la ordenada variación de cambios. Un ritmo marcado como el de una marcha indicará solemnidad o excitación; y los continuos serán de tranquilidad o suavidad, según sea el caso (Campbell, 1998 c.p. Poch, 1999). (35)
- La tonalidad es el fenómeno que permite al oyente organizar los sonidos alrededor de una clave. Unos tonos con modalidad mayor sugieren apertura, alegría, determinación, mientras que los de modalidad menor indican depresión, tristeza, tensión. Para Poch (1999) un Fa mayor representará paz, gozo, ternura, etc. (35)
- El tempo se refiere a la velocidad con que suceden los tonos musicales. Del tempo de una pieza musical dependerá el efecto sedante o relajante que pueda tener. En este sentido, Hevner (1999) indica que un tempo lento da impresiones del tipo sentimental, tranquilo, tierno, triste; y un tempo rápido expresa vigorosidad, alegría, excitación. Al respecto musicoterapeutas,

como Guerra, señalan que cada persona tiene su propia percepción y sentir musical, por tanto, no es recomendable hacer generalizaciones en afirmaciones de ese tipo. Al mismo tiempo indica que a la persona hay que hacerle la audición musical para conocer cuál es el efecto que la música produce en él. (35)

- El silencio dentro de la música constituye la ausencia del sonido, y es el aspecto más potencializado. Para Guerra (1992 c.p. Da Silva 2001) es un fenómeno que favorece la concentración para escuchar mejor, pero en ocasiones puede causar angustia al ser humano, debido a que el sujeto se excita por mirar a la vida, percibir la ausencia o la no existencia. (35)

Áreas de tratamiento de la musicoterapia:

- **Habilidades Motrices:** A través de las actividades musicales se trabaja la coordinación y el equilibrio, la movilidad y el desarrollo de las actividades motrices funcionales. A la vez, se puede lograr la mejora de la coordinación motora, la amplitud de movimiento, el tono muscular y la respiración. (32)
- **Habilidades Sensoriales:** Mediante técnicas musicales dirigidas se aumenta la capacidad de recibir y diferenciar estímulos sensoriales. Posteriormente, se logra una organización e interpretación de los mismos y la producción de la respuesta deseada. (32)
- **Habilidades Cognitivas:** Con la música como elemento motivador se estimulan las funciones superiores: la atención, la memoria, el nivel de alerta, la orientación, el reconocimiento, el aprendizaje y la imaginación. (32)
- **Habilidades Socio-Emocionales:** Las técnicas musicales receptivas y activas facilitan la expresión y el compartir de emociones y sentimientos a la vez que promueven la interacción y las habilidades sociales. Por otro lado, el uso terapéutico de la música fomenta el auto-conocimiento de la persona, permitiendo un aumento de su autoestima y una reducción de los sentimientos depresivos, de ansiedad y de estrés. (32)

Beneficios de la musicoterapia

Yáñez (2011) considera los siguientes beneficios: (37)

A. Beneficios fisiológicos:

- a. Acelera o retarda las principales funciones orgánicas: ritmo cerebral, circulación, respiración, digestión, metabolismo. (37)
- b. Actúa sobre el sistema nervioso central y periférico; su acción se traduce en sedante, excitante, enervante. (37)

B. Beneficios psicológicos:

- a. Energiza el cuerpo y la mente. (37)
- b. Alivia los temores y las ansiedades. (37)
- c. Ofrece al paciente aliviar el sufrimiento, facilitar la aceptación de la muerte y mejorar la calidad de vida. (37)
- d. Promueve la relajación psicofísica, disminuyendo la percepción de dolor, y facilitando el contacto con los aspectos espirituales (experiencias sociales, placenteras, positivas y gratificantes). (37)

Efectos terapéuticos de la música

La música es capaz de producir cambios en el ser humano a todos los niveles: biológicos, fisiológicos, intelectual, social y espiritual; es de este hecho precisamente donde reside el valor terapéutico de la música. (38)

A. Efectos fisiológicos

La música es capaz de provocar respuestas positivas o negativas en la bioquímica del organismo humano. Los efectos fisiológicos son entonces reacciones que se produzcan en el cuerpo, que se van a manifestar en las funciones normales del organismo como la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la respiración y respuestas musculares, entre otras que no se consideran fisiológicas como el dolor; producto de la exposición a ciertos tipos de música. (39)

FUNCIONES VITALES

1. Presión Arterial

“La presión que se ejerce por parte de la sangre sobre la pared de los vasos sanguíneos”. (38)

La clasificación de presión arterial es:

Presión arterial	
Optima	< 120/80 mmHg
Normal	120/80 – 129/84 mmHg
Normal alta	130/85 – 139/89 mmHg
Hipertensión Grado 1	140-159/90-99 mmHg
Hipertensión Grado 2	160-179/100-109 mmHg
Hipertensión Grado 3	≥ 180/110 mmHg
Hipertensión Sistólica Aislada	≥ 140/<90 mmHg

Fuente: Rev. Chilena Cardiología. v.29 n.1 Santiago 2010. (40)

Varias investigaciones han comprobado que no precisamente dependiendo del tipo de música la presión arterial puede variar, es decir que estos cambios no se producen necesariamente en función de la música estimulante o sedante, el hecho de que la presión arterial varíe bajo la influencia de la música, va a verse directamente influenciado por el interés que cada pieza despierte en los sujetos. (39)

Durante el proceso de parto la constante vital presión arterial juega un papel determinante y debe ser controlada ya que la alteración de los valores de esta constante puede ocasionar complicaciones tanto para la gestante como en el feto. Como se mencionó anteriormente la música influye positivamente sobre esta constante, claro está que esta se utilizara como complemento terapéutico. (39)

2. Frecuencia cardíaca

La frecuencia cardíaca se refiere a la cantidad de veces que el corazón completa los ciclos cardíacos, el cual consiste de una sístole y diástole de ambas aurículas además de la sístole y de la diástole de ambos ventrículos. Esta está regulada por varios factores, entre los cuales el que cobra más importancia es el sistema nervioso autónomo. (38)

Haciendo referencia a algunas investigaciones, menciona que la música estimulante tiende a aumentar estas constantes, mientras que la sedante actúa de forma contraria. El hecho que la música sea estimulante o no va a depender de los tempos, la armonía y el sonido en sí de la pieza musical. (39)

A igual que la constante vital presión arterial, el control de esta otra constante (frecuencia de pulso/ cardíaca) en niveles fisiológicos durante el proceso de parto, contribuye en el desenlace del mismo, ya que la alteración de esta, al igual que la presión arterial, repercute en otras constantes como la frecuencia respiratoria, así como también en el estado de ansiedad de la gestante. (39)

3. Frecuencia respiratoria

La cantidad de veces en la cual se produce el proceso de intercambio gaseoso (ventilación pulmonar) entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares, a través de la inspiración y la espiración, es a lo que se le llama frecuencia respiratoria. (38)

Los argumentos existentes en cuanto a la influencia de la música sobre la respiración, son contradictorios, ya que algunas investigaciones reflejan que la música estimulante o alegre tiende a aumentar la frecuencia respiratoria, mientras que la sedante la disminuye. En contra parte otras investigaciones reflejan que cualquier tipo de música tiende a aumentar la frecuencia respiratoria. (39)

Como se mencionó anteriormente la alteración de una de las constantes vitales repercute directamente en las otras, además de esto tanto la disminución (bradipnea) como el aumento (taquipnea) de la frecuencia respiratoria no permite asegurar la oxigenación adecuada de los tejidos, lo cual puede ocasionar complicaciones tanto para la gestante como para el feto, por lo cual la influencia de la música como terapéutica en el mantenimiento de esta constante en valores fisiológicos durante el proceso de parto forma parte de los aspectos a valorar. (39)

4. Temperatura corporal

La temperatura corporal del ser humano se mantiene dentro de estrechos márgenes gracias a la capacidad del centro termorregulador, situado en el área preóptica del hipotálamo anterior, de equilibrar los mecanismos de producción y disipación del calor. Esta función la desempeña en función de los cambios térmicos de la piel y de la sangre que perfunde los órganos internos. (41)

Las fuentes generadoras de calor son las reacciones metabólicas, la actividad muscular y, en menor grado, la ingesta y la temperatura ambiente elevada. El calor se pierde a través de cinco mecanismos: radiación (55-65% de la pérdida de calor), conducción (10-15%, aunque este porcentaje es mucho mayor en el agua fría), convección (aumenta con el viento), respiración y evaporación (sobre los que influyen la temperatura y la humedad ambientales). (41)

Mecanismos moderadores: el individuo capaz de ello modifica las condiciones de su hábitat para mantenerlo confortable mediante cambio de vestimenta, utilizando sistemas de calefacción o de enfriamiento del aire, aumentando o disminuyendo su actividad física o la ingesta hídrica/alimentaria. (41)

Música barroca:

La música barroca o música del Barroco es el estilo musical europeo, relacionado con la época cultural homónima, que abarca aproximadamente desde el nacimiento de la ópera en torno a 1600 hasta la muerte de Johann Sebastián Bach, en 1750. (42)

La música barroca es música de contrastes tímbricos, melódicos, rítmicos, etc. Los instrumentos se perfeccionan y los compositores ensayan nuevas combinaciones y posibilidades sonoras. La armonía se hace más amplia y más rica, y poco a poco se va renunciando a la idea de que la armonía era una relación matemática. En este período se definieron nuevas formas musicales que serían básicas en la evolución posterior de la música como la sonata, la sinfonía o el concierto con solista. (35)

Los instrumentos más característicos del Barroco son la familia de cuerda de los violines, que sufren una gran transformación. Varios instrumentos del Renacimiento dejaron de usarse. No obstante, permanecieron: la trompeta, el trombón, la flauta, el órgano, el arpa, el clavicémbalo; y todos se perfeccionaron. Los nuevos son: la familia del violín, el oboe, el fagot, el timbal y la guitarra. (35)

Diferentes sonidos instrumentales

En 1939, orquestas modernas acordó sintonizar a $a' = 440 \text{ Hz}$, que sustituyó a un terreno de juego con anterioridad inferior ($a' = 435 \text{ Hz}$), aprobada en 1859. Antes de 1859, sin embargo, no había un estándar de tono. La nota a la que los conjuntos barrocos sintonizados, por lo tanto, varía ampliamente en diferentes momentos y en diferentes lugares. Como resultado, la música escrita en una puntuación podría haber sonado tanto como un medio tono más bajo que la forma en que tradicionalmente se lleva a cabo hoy en día. En un esfuerzo para permitir de esta discrepancia, muchos conjuntos barrocos ajustan su sintonía con el repertorio que se realiza: a $a' = 415 \text{ Hz}$ para la música del barroco tardío. (35)

Compositores: Dos grandes escuelas predominan en Europa durante el Barroco, la italiana con Vivaldi, Corelli, Torelli o Monteverde; y la alemana, denominada por la figura de Johann Sebastián Bach. (35)

La música barroca con sus frases musicales, ritmo y secuencia produce sensación de rectitud y libertad. No se encuentran momentos insólitos ni sorprendentes que produzcan quiebre del estado inicial de paz y tranquilidad para mantener la relajación de la madre. (35)

Relacionado con las primigestas en su proceso de trabajo de parto se tiene la música barroca, este actúa en el cuerpo humano como receptor y productor del pulso. (35)

El ritmo fundamental es de 60 pulsos internos por minutos, posteriormente las ondas Alfa se ajustan a estos pulsos; este ritmo fundamental, desencadena respuestas primitivas en ser humano. (35)

Por lo tanto, melodías barrocas armonizan en la madre su cuerpo y mente, consonancia con las circunstancias de su experiencia de parto; de esto surge una semiología y una estructura narrativa positiva que disminuye los niveles de catecolamina, se apaga la acción de la amígdala y se disminuye la actividad de la zona orbito frontal derecha de la corteza cerebral, que ayuda a la parturienta a disminuir el dolor y tener un trabajo de parto con un tiempo más reducido sin complicaciones. (35)

Asimismo, la música barroca ayuda en las contracciones del parto y las sensaciones que experimenta la parturienta en el parto, controladas mediante mensajes químicos en el cuerpo llamadas hormonas, principalmente oxitocina y endorfinas, ayudando así en el aumento de producción de las hormonas. La oxitocina induce contracciones durante la labor de parto. (35)

Burroughs y Leifer (2002) asevera que las endorfinas u opiáceos endógenos son proteínas químicas que se encuentran en el cerebro y son producidos por el lóbulo anterior de la hipófisis y el hipotálamo; son sustancias naturales,

similares a los opiáceos, que se saben alivian el dolor. Las endorfinas son similares a sustancias del tipo de la morfina. Se supone que desempeñan un papel muy importante en la respuesta biológica al dolor; pueden producirse por tensión y ampliar el umbral del dolor, de modo que ayudan a tolerar el dolor del parto y el alumbramiento. (35)

A través de la fisiología del proceso de trabajo de parto vaginal se observará los efectos que tiene la musicoterapia.

Se aplica la música barroca, del compositor Antonio Lucio Vivaldi en el trabajo de parto ya que por sus nobles virtudes estéticas, auditivas y sus características técnicas musicales, media en la relación y bienestar de la parturienta, el cual ayuda a controlar sus emociones de ansiedad, miedo; ayudando también en cuanto a la percepción del dolor el cual controlando las emociones ayuda a la producción de las hormonas oxitocina y endorfina y por ende disminuir el dolor. (35)

Antonio Lucio Vivaldi

Para la realización del trabajo es importante mencionar datos bibliográficos de Antonio Vivaldi ya que es el autor de la obra musical que se va a utilizar para la realización del mismo.

Antonio Lucio Vivaldi (Venecia, 4 de marzo de 1678 – Viena, 28 de julio de 1741) fue un compositor y músico del Barroco tardío, uno de los pináculos del Barroco, de la música occidental y de la música universal, su maestría se refleja en haber cimentado el género del concierto, el más importante de su época. (43)

Vivaldi amó la vida intensamente, para perpetuar la profunda emoción que la transformación de la naturaleza le despertaba, creó los conciertos para violín llamados Las Cuatro Estaciones, dejando por escrito de su puño y letra en el original de la partitura la descripción de las más bellas escenas de la

Primavera, El Verano, El Otoño y El Invierno, cada uno de estos conciertos consta de tres movimientos, dos rápidos separados en contraste con un lento y expresivo, las escenas más descriptivas son los movimientos. (43)

Antonio Vivaldi sin lugar a duda es un compositor excepcional que vivió en un contexto el cual le permitió conjugar tanto la parte espiritual como la parte humana; de una creatividad inagotable y fue la continuación del temple de los compositores antepasados. Trascendiendo su obra musical hasta nuestros días y qué mejor que su música. (44)

Las Cuatro Estaciones

El conjunto instrumental se compone de un violín solista, de primeros y segundos violines, violas, violonchelos y contrabajos, con el apoyo del bajo continuo (clavicémbalo y órgano). A menudo se desprenden de los violines varios solos que, uniéndose al violín principal, forman así el llamado concertino del "concerto grosso"; con todo, el violín solista emerge casi siempre sobre la masa de la cuerda, de manera que se obtiene un término medio entre el "concerto grosso" y el "concerto solistico" sobre el esquema allegro-adagio-allegro. (45)

A cada concierto se antepone un "Soneto demostrativo" para ilustración de las imágenes evocadas en la música. El soneto previo al primer concierto, La primavera, empieza: Llegó la primavera y de contento / las aves la saludan con su canto, / y las fuentes al son del blando viento / con dulce murmurar fluyen en tanto. Después vienen rayos y truenos, al cesar los cuales los pajaritos vuelven a gorjear. Esto forma el asunto del primer Allegro en mi mayor, penetrado de gozosa vitalidad y lleno de pasajes gorjeantes de violines alternados con ondulaciones fluidas y trémolos impetuosos. (45)

El segundo tiempo, Largo en do sostenido menor, describe el sueño del pastor, dormido entre el murmullo de las frondas y con su fiel perro al lado. Es un canto de violines y violas; un trozo algo breve pero potentísimo que

figura entre las más bellas inspiraciones de Vivaldi. El tercer tiempo, Allegro, es una danza campestre. (45)

El verano, concierto en sol menor, expresa el sopor de los hombres, de los animales y de las plantas bajo el ardor del sol (Bajo dura estación del sol ardida / se mustian hombre y rebaño y arde el pino), acompañado de los tristes gorjeos del cuclillo, de la tórtola y del jilguero, y de la lucha de los vientos, precursora de la tempestad que irrumpe al fin impetuosa. El primer Allegro está, contra la costumbre, desmenuzado en varios trozos, alternativamente agitados y tristes; son bellos especialmente los segundos, y más que todo el último, que expresa el llanto del pastor temeroso de la tempestad, trozo de quejosa expresividad con armonías que modulan cromatismos muy atrevidos. (45)

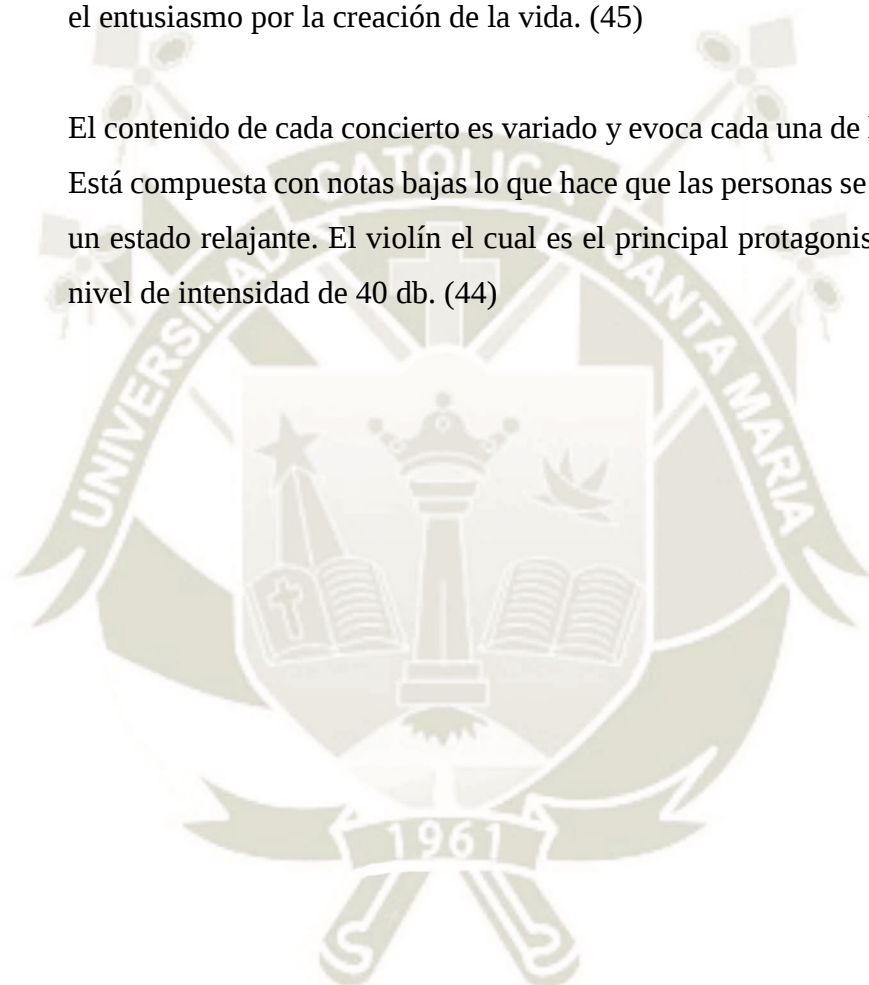
La atmósfera de tristeza de ese segundo concierto se desarrolla principalmente en el Adagio (Quita a los miembros laxos su reposo / el temor a los rayos y truenos fieros / y el tropel furioso de avispas y moscas), que es quizás el tiempo más bello, penetrado de un sentido de calma expresado de modo impresionista pero idealizado en su forma. El Allegro impetuoso que le sigue describe la tempestad. (45)

En el otoño, concierto en fa mayor, el primer Allegro es una escena báquica que termina con expresión de fatigado abandono (Celebra el aldeano con baile y cantos / el bello placer de la feliz cosecha / y del licor de Baco abusa tanto / que termina en el sueño su gozar). También aquí el tono del final del primer tiempo se continúa en el segundo, otro magnífico Adagio en que el sopor casi se transfigura e idealiza en feliz olvido. El Allegro final es una escena de caza con imitación del son de los cuernos, la descripción de la persecución de la fiera, los últimos jadeos de ésta y su muerte. (45)

En el invierno, concierto en fa menor, Vivaldi reproduce, también con procedimientos que se pueden llamar, con respecto a la época, impresionistas,

las sensaciones del frío y del hielo. La expresión del primer tiempo se enlaza en este concierto con la del último, mientras el Adagio es un suave intermedio reposado que expresa la serenidad del hogar doméstico. El final, impetuosísimo, produce sin embargo una impresión gozosa que, en efecto, responde al verso final del soneto (Así es el invierno, y cuánta alegría da), como si el drama de las alternancias de las estaciones se resolviera al fin en el entusiasmo por la creación de la vida. (45)

El contenido de cada concierto es variado y evoca cada una de las estaciones. Está compuesta con notas bajas lo que hace que las personas se encuentren en un estado relajante. El violín el cual es el principal protagonista produce un nivel de intensidad de 40 db. (44)



3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1. NIVEL INTERNACIONAL:

3.2.1.1 Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto. España. (50)

Autor: Marta Cortés Campos

Fuente: Revista Virtual Dialnet, Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 18, N°. 8, 2015

Resumen: **Objetivo:** Analizar y describir la mejor evidencia disponible sobre los efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto.

Método: Revisión integrativa en la que se realiza una búsqueda bibliográfica en los principales buscadores y bases de datos biomédicas como son PubMed, Cuiden, Cinahl, Scielo, IME, Enfispo, Ebsco Host, Lilacs, Dialnet, Latindex, Cochrane Library y Portal Evidencia, desde enero de 2004 hasta julio de 2014. Los términos incluidos en la búsqueda fueron “pregnancy”, “delivery”, “obstetric labor”, “childbirth”, “newborn” y “music therapy”. Dichas palabras clave se combinaron con los operadores lógicos “and” y “or”. La elección de los artículos se realizó a través de la lectura del título y posterior lectura del resumen de los mismos que hacían referencia al objetivo de la revisión escritos en inglés. Los artículos seleccionados fueron revisados a texto completo y evaluado a través de los instrumentos de evaluación crítica Caspe.

Resultados: De todas las revisiones encontradas en las bases de datos, un total de 18 estudios fueron seleccionados a partir del título, de los cuales, que respondieran al objetivo, tan solo se encontraron a texto completo seis. Por último, los que cumplían con la mayoría de los criterios de evaluación y, por tanto, poseían una calidad entre media-alta o media-baja fueron seleccionados, realizándose finalmente la revisión de cuatro estudios.

Discusión y Conclusiones: Se evidenciaron numerosos efectos al escuchar música, tales como el alivio del dolor durante las contracciones, la reducción de la tensión, la disminución de la ansiedad y del miedo. La musicoterapia provocó en las mujeres sensaciones de seguridad, tranquilidad, relajación y calma. Los recién nacidos que fueron expuestos a la música evidenciaron reacciones positivas cuando reconocieron las canciones escuchadas previamente.

3.2.1.2 La efectividad de la musicoterapia en el nivel de ansiedad y la percepción del dolor en las madres primíparas durante la primera etapa del parto en los hospitales seleccionados de Odisha. India. (51)

Autores: Debajani Nayak, Sharada Rastogi, Om Kumari Kathuria

Fuente: IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)
e-ISSN: 2320–1959.p- ISSN: 2320–1940 Volume 3, Issue 2 Ver. V (Mar-Apr. 2014).

Resumen: Objetivo: Primero, evaluar el nivel de ansiedad en las madres primíparas durante la primera etapa del parto que reciben musicoterapia. En segundo lugar, evaluar la percepción del dolor en las madres primíparas durante la primera etapa del parto que reciben musicoterapia. Finalmente, para determinar la relación entre el nivel de ansiedad y la percepción del dolor en las madres primíparas durante la primera etapa del parto que reciben musicoterapia.

Método: Enfoque de investigación: enfoque de investigación experimental
Diseño de investigación: diseño cuasi experimental de un grupo de prueba posterior a la prueba. Confiabilidad
La fiabilidad del formulario de análisis de registros estructurados para la evaluación del parto, el dolor numérico.

La escala de intensidad y el análisis de la estructura proforma para el resultado fetal materno se establecieron por interobservador, la confiabilidad y el porcentaje de acuerdo fue de 100. La confiabilidad de la ansiedad de rasgo de estado de Spielberger se estableció mediante el método alfa de Cronbach y la confiabilidad fue de 0.8. Así que las herramientas fueron encontradas para ser confiable. Descripción del tratamiento y procedimiento de recolección de datos.

Se seleccionó a propósito del estudio una muestra de 30 madres primíparas que tenían la primera etapa de trabajo del hospital seleccionado que cumplía con los criterios de la muestra. La recolección de datos se realizó durante la fase activa del parto.

Las madres fueron entrevistadas para obtener datos sobre las características de la muestra. Se realizó un análisis de registro para el trabajo de parto activo. Evaluación. El nivel de ansiedad antes de la prueba y la percepción del dolor de las madres primíparas en la fase activa del parto se evaluaron utilizando la C.D. La escala de estado de Spielberger del inventario de ansiedad de los rasgos del estado y la escala de intensidad de dolor numérica respectivamente. La música relajante fue seleccionada para la musicoterapia. Estas músicas estaban en forma suave.

Música, música devocional y música instrumental especialmente para la relajación. Estas músicas fueron validadas por expertos en el campo de la música, la obstetricia y el campo de la enfermería. El investigador seleccionó la música en las Bases de las literaturas disponibles, la experiencia personal y los expertos validados. Pero mientras se administraba la musicoterapia, se prefería la elección de la madre. La terapia musical se administró a las madres durante una hora durante la fase activa de entrega a través del iPod y el auricular. Después de la finalización de la música.

Terapia: el nivel de ansiedad después de la prueba y las puntuaciones de percepción del dolor de las madres primíparas en la fase activa del parto. fueron evaluados de nuevo.

Resultados: Los siguientes resultados son los hallazgos con respecto a la evaluación activa del trabajo en las madres primíparas. La evaluación laboral activa se realizó utilizando el formulario de análisis de registro estructurado.

- Un mayor número de madres (66.6%) tuvo una duración del trabajo de parto de menos de seis horas al momento de la admisión en la sala de parto.
- La mayoría de las madres (80%) no habían roto sus membranas.
- Más de las madres (60%) tenían dilatación del cuello uterino entre 5-6 cm.
- Con respecto al borramiento cervical, un mayor número de madres (60%) de madres tuvo un borramiento del cuello uterino entre 50-75%.
- La estación de la cabeza indicó que la mayoría de las madres (66.6%) de las madres tenían el nivel de columna vertebral.
- Respecto a la presentación de todas las madres (100%) tuvieron presentación cefálica.
- La mayoría de las madres (86.6%) habían dejado la posición occipito-anterior.
- La mayoría de las madres (86.6%) habían experimentado contracción uterina en términos de duración entre 30 y 45 segundos.
- La mayoría de las madres (76.6%) habían experimentado tres contracciones uterinas en términos de frecuencia en 10 minutos.

Hallazgos relacionados con la evaluación de la efectividad de la musicoterapia en términos de ansiedad de las madres primíparas durante la primera etapa del parto:

- Se llevó a cabo la evaluación de la efectividad de la musicoterapia en términos de ansiedad de las madres primíparas durante la primera etapa del parto.
- La ansiedad se probó utilizando la escala estatal del Inventario de Ansiedad de Rasgos Estatales de Speiberger que tiene un total de 20 preguntas. La ansiedad se registró dos veces, es decir, en la fase activa del parto antes de comenzar y después de completar la musicoterapia. Para

comparar la diferencia entre los promedios y las puntuaciones de ansiedad posteriores a la prueba del grupo experimental, se calculó la prueba „t“.

- Los datos presentados muestran que las puntuaciones medias de ansiedad post-prueba del grupo experimental as madres obtuvieron (50,06) y las puntuaciones medias de ansiedad antes de la prueba (59,23) con una diferencia media de 9,167, que se encontró estadísticamente significativa como se desprende del valor 't' de 26 para df 29 con un nivel de significación de 0,05. Esto muestra que la diferencia de medias obtenida entre la prueba de ansiedad previa y posterior a la prueba fue una diferencia real y no por casualidad. Así se aceptó la hipótesis de investigación (H1). Esto indica que el nivel de ansiedad de la madre del grupo experimental se redujo significativamente en la prueba posterior. Por lo tanto, se puede inferir que la musicoterapia fue efectiva para reducir el nivel de ansiedad de las madres primíparas en la primera etapa del parto.
- Los datos presentados muestran que las puntuaciones medias de dolor después de la prueba de las madres del grupo experimental fueron (6.267) y las puntuaciones medias de dolor pretest fueron (7.800) con una diferencia media de 1.533, que se encontró que es estadísticamente significativa como se desprende del valor 't' de 14.70 para df 29 a 0.05 nivel de significancia. Esto muestra que la diferencia de medias obtenida entre la prueba de dolor antes y después de la prueba fue una diferencia real y no por casualidad. Así que la hipótesis de investigación (H2) fue aceptada. Esto indica que el nivel de dolor de las madres del grupo experimental se redujo significativamente en la prueba posterior. Por lo tanto, se puede inferir que la musicoterapia fue efectiva para reducir el nivel de dolor de las madres primíparas en la primera etapa del parto.

Conclusión: Los hallazgos del estudio revelaron que la musicoterapia sería muy útil para aliviar el nivel de ansiedad y la percepción del dolor en las madres primíparas durante la primera etapa del parto.

3.2.2. NIVEL NACIONAL:

3.2.2.1 Efecto de la Musicoterapia durante el Trabajo de Parto en Gestantes Atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Durante Abril – Junio 2015. (52)

Autor: María Elena Minaya Manrique

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2015.

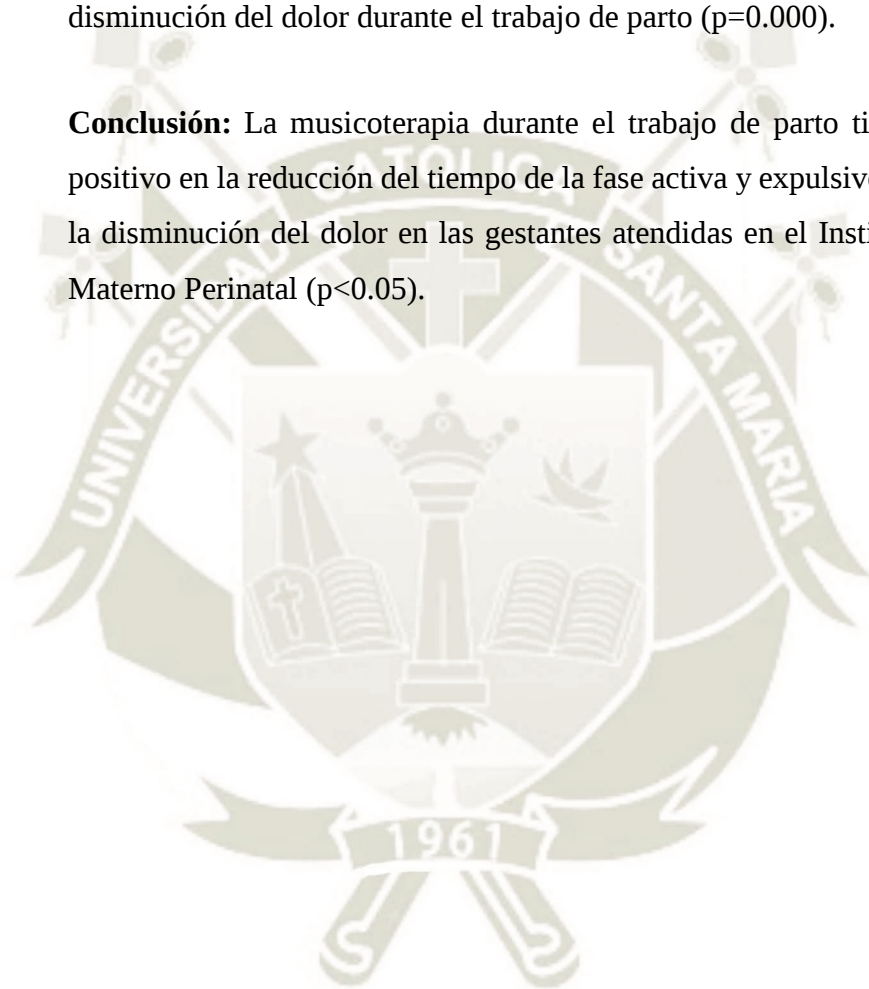
Resumen: Objetivo: Determinar el efecto de la musicoterapia durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de abril - junio del 2015.

Metodología: Estudio cuantitativo de tipo observacional y con diseño cuasi experimental, que tomó en cuenta a 60 gestantes en periodo de dilatación del trabajo de parto atendidas en el Instituto Materno Perinatal durante Abril - Junio del 2015, las cuales fueron divididas en dos grupos, uno experimental (30 gestantes) y otro control (30 gestantes). Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS v.20, por lo que para las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas y para las cuantitativas, medidas de tendencia central y desviación estándar. El efecto positivo de la musicoterapia se obtuvo al tener un valor de $p < 0.05$, siendo significativo.

Resultados: Durante la fase activa de 5 a 7 cm de dilatación, la frecuencia cardiaca promedio ($t=0.410$) y la temperatura promedio ($t=0.074$) fueron similares en el grupo que recibió y no recibió musicoterapia, mientras que la frecuencia respiratoria promedio en las pacientes que recibieron musicoterapia (18.57 res. /min) fue menor en que en las pacientes que no recibieron musicoterapia (19.43 res. /min) ($t=0.003$). Durante la fase activa de 8 a 10 cm de dilatación, la frecuencia cardiaca promedio ($t=0.001$), la frecuencia respiratoria promedio ($t=0.000$) y la temperatura promedio ($t=0.000$) en el grupo que recibió musicoterapia disminuyó. Asimismo, la

musicoterapia tiene un efecto positivo sobre la duración del periodo de dilatación ($t=0.042$) y del periodo expulsivo ($t=0.005$) del trabajo de parto. En cuanto al dolor, según la escala de Campbell, en la fase de dilatación de 8 a 10 cm, se obtuvo que la musicoterapia tiene un efecto positivo al reducir el dolor durante esta fase ($p=0.000$). Al evaluar el dolor mediante la Escala Visual Análoga, se obtuvo que la musicoterapia tiene un efecto positivo en la disminución del dolor durante el trabajo de parto ($p=0.000$).

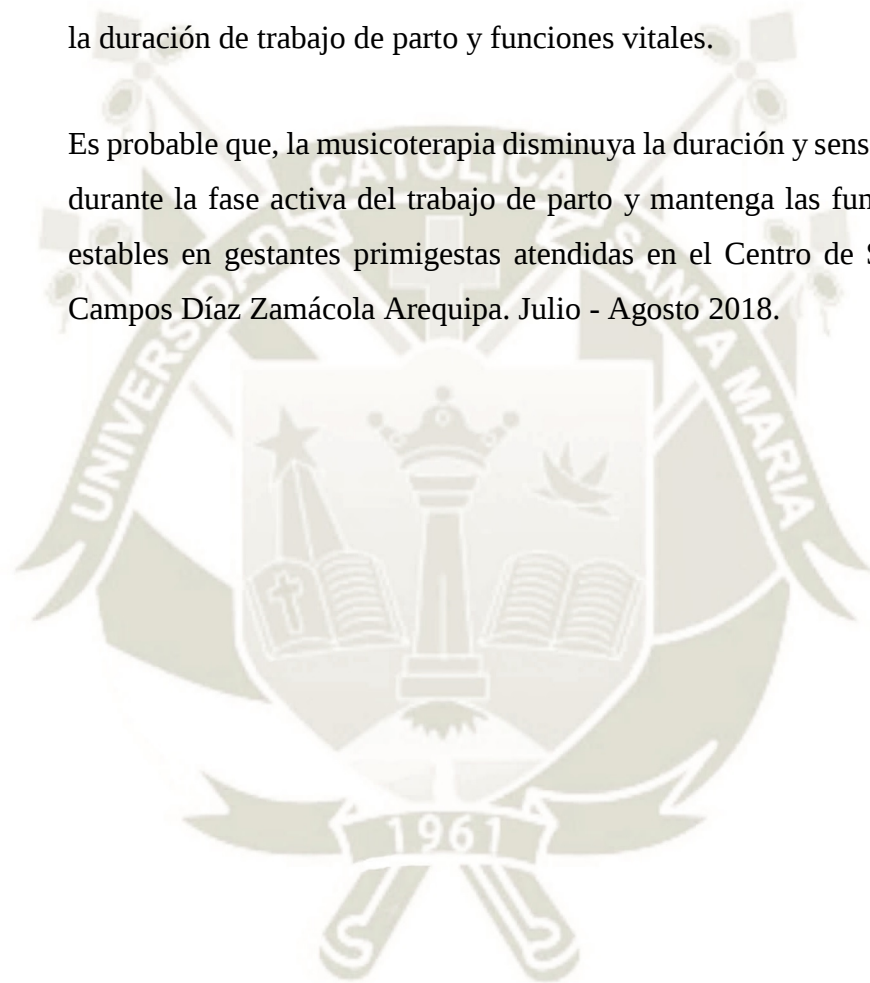
Conclusión: La musicoterapia durante el trabajo de parto tiene un efecto positivo en la reducción del tiempo de la fase activa y expulsivo, así como en la disminución del dolor en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal ($p<0.05$).



4. HIPOTESIS

Dado que las gestantes primíparas manifiestan tener temor cuando se encuentran en trabajo de parto, es que provocan tensión en su organismo, produciendo contracciones más intensas y como consecuencia que la sensación del dolor sea más fuerte. Provocando una inestabilidad física y psicología de la gestante que como consecuencia pueden causar distocias en la duración de trabajo de parto y funciones vitales.

Es probable que, la musicoterapia disminuya la duración y sensación de dolor durante la fase activa del trabajo de parto y mantenga las funciones vitales estables en gestantes primigestas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola Arequipa. Julio - Agosto 2018.





CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL



1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

VARIABLE	INDICADORES	TECNICA	INSTRUMENTO
Variable independiente MUSICOTERAPIA	Aplicación de la música	Observación Experimental.	Lista de cotejo.
Variable dependiente FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO	Funciones Vitales	Técnica de observación documental.	Ficha de recolección de datos.
	Duración de la Fase Activa del Trabajo de Parto.	Técnica de observación documental.	Ficha de recolección de datos.
	Sensación de dolor durante fase activa del trabajo de parto.	Escala visual numérica (EVN).	Cédula de entrevista
		Escala de Campbell.	Lista de cotejo.

2. Campo de Verificación

2.1. Ubicación espacial

A. Precisión del lugar

Departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa, Distrito de Cerro Colorado, ubicado en la Esquina Yavari con Maraño s/n – Zamácola.

B. Caracterización del lugar

Ámbito institucional que se encarga de brindar servicios de salud a toda la zona urbana rural C.S. Maritza Campos Díaz Zamácola. Se caracteriza por: proveer servicios de salud ambulatorios, de emergencia y hospitalización del primer nivel de atención. El establecimiento desarrolla actividades finales en consulta externa en Medicina, Pediatría, Ginecología y Obstetricia. Además, ofrece las especialidades Psicología, Nutrición, Odontología, Niño Sano.

2.2 Ubicación Temporal

A. Cronología: Meses de Julio y Agosto del 2018.

B. Visión temporal: Prospectivo.

C. Corte temporal: Transversal.

2.3. Unidades de estudio

Opciones a asumirse “grupos de gestantes primigestas en fase activa en trabajo de parto”.

2.4. Grupos:

A. Identificación de los grupos:

a. Número: 30 primigestas en fase activa en trabajo de parto.

b. Estimación del número de réplicas:

$$r \geq 2 \left[Z_{\alpha/2} + Z_{\beta} \right]^2 \left(\frac{\sigma}{\delta} \right)^2$$

El número de réplicas se basa en un examen de la hipótesis sobre las diferencias entre las medias de los grupos en tratamientos. Este número de réplicas (r) está influenciado por cuatro factores que se requieren para los cálculos: La varianza (σ^2), la diferencias de las medias (δ), el nivel de significancia (α) y la potencia de prueba ($1-\beta$).

Grupo experimental:

15 gestantes primigestas en fase activa en trabajo de parto que aceptaran voluntariamente la utilización de la técnica de la musicoterapia.

Grupo control:

15 gestantes primigestas en fase activa en trabajo de parto a las que no se le realizara la técnica de la musicoterapia.

B. Criterios para igualar los grupos:

a. Criterios de Inclusión:

- Gestante Mayor de 18 años.
- Primigestas.
- Gestación única.
- Gestantes en la fase activa del trabajo de parto (5 cm de dilatación).
- Gestante sin patología en el embarazo.
- Gestante con o sin sesiones de Psicoprofilaxis.
- Gestante que acceda a participar de la investigación.

b. Criterios de Exclusión:

- Gestantes ya hayan tenido parto.
- Gestantes que ingresan a sala de parto con 6 o más cm de dilatación.

- Gestantes que tengan alguna patología obstétrica con o sin tratamiento.
- Gestantes que durante el trabajo de parto presente alguna complicación.
- Gestantes con alguna discapacidad mental que impida la comprensión de la investigación.
- Gestantes con hábitos nocivos.

C. Tipo de muestreo

Muestreo aleatorio simple para experimentos.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1 Organización

A. Autorización:

Autorización a la Red de Salud Arequipa – Caylloma y Coordinación con la Jefa del Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Zamácola. Arequipa., Julio - Agosto 2018.

3.2 Recursos:

A. Humanos:

a. Autores:

- Bachiller en Obstetricia Rodríguez Salas, Deysi Stephany.
- Bachiller en Obstetricia Vergara Sánchez, Fiorella Ycnalée.

b. Asesor:

- Mg. en Obstetricia Fabiola Meza Flores

B. Físicos

- a. Formularios de preguntas.

- b. Consentimientos informados.
- c. Equipo de música.
- d. CD'S.
- e. USB.
- f. Laptop.
- g. Impresora.
- h. Fotocopiadora.
- i. Materiales de escritorio: lapiceros, hojas, lápices, borradores, egrapadora.

C. Institucionales

Se utilizarán las instalaciones del servicio de obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamácola. Arequipa.

1.3 Validación del instrumento:

A. Procedimiento:

Para la realización de este trabajo de investigación se aplicó 2 técnicas, la observacional y la documental.

El trabajo de investigación es individual, por lo que se utilizó un ambiente exclusivo que brinde con las condiciones adecuadas para atender a la paciente.

La técnica que se utilizó para describir las características obstétricas y del trabajo de parto (funciones vitales y duración del trabajo de parto) de los dos grupos fue documental, pues se realizó una transcripción del Partograma de la OMS con curva de alerta, que se encontró en la historia médica de las gestantes en tiempo real.

Para medir el dolor de las gestantes en la fase activa del trabajo de parto en ambos grupos, se elaboró una lista de cotejo la cual está conformada por la escala de Campbell. La cual ya fue utilizada en un trabajo de investigación de la Universidad de San Marco (2015) por la Licenciada en Obstetricia Jenny Elenisse Zavaleta Luján, el cual fue validado el instrumento mediante el juicio

de expertos (5 profesionales), los cuales coincidieron en que son favorables para el desarrollo de la investigación. Este trabajo de investigación se realizó a gestantes en trabajo de Parto Atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. (52)

Asimismo, la evaluación de esta medida se reforzó mediante la utilización de la Escala visual análoga que evaluó el dolor desde 1 hasta el 10. La cual fue validada por Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), la cual incluyó a 51 sujetos de entre 19 y 32 años con los cuales comparo la escala análoga visual con un medidor de umbral de presión (*Pressure Threshold Meter*, PTM) la cual ha sido probado como un instrumento de utilidad en la práctica clínica para cuantificar el dolor muscular. Concluyeron La escala visual analógica invertida resulta ser un instrumento altamente confiable y válido para la medición del dolor, particularmente del dolor de intensidad grave. (53)

B. Finalidad:

La finalidad del presente trabajo de investigación es identificar si la musicoterapia tiene algún efecto en las gestantes en fase activa del trabajo de parto.

4. Estrategia para manejar los resultados

4.1 A nivel de Sistematización

A. Tipo de procesamiento:

a. Mixto:

- Manual
- Electrónico
- Observacional

B. Operaciones de la sistematización

a. Plan de Clasificación:

- El tipo de matriz de ordenamiento es documental y de registro

b. Plan de Codificación:

- Se usó un sistema de codificación numerario y literal.

c. Plan de Tabulación:

- El tipo de cuadro fue de entrada doble

d. Plan de Graficación:

- Grafica de barras simples

e. Plan de Análisis de los Datos:

- **Tipo de análisis por el número de variables:** Multivariado.
- **Tipo de análisis por su naturaleza:**
 - El análisis fue cualitativo y cuantitativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 23, se realizó la prueba estadística de Chi Cuadrado (χ^2) con un nivel de significancia al 5% y también la prueba de T de Students.

C. Consideraciones éticas:

- a. Las gestantes fueron informadas sobre la naturaleza de la investigación.
- b. La ficha de recolección de datos, y la aplicación de la musicoterapia se realizará previo consentimiento informado y participación voluntaria por la gestante.
- c. Se respetó la intimidad de las gestantes.
- d. Las identidades de las pacientes se mantuvieron de forma anónima.



CAPITULO III

RESULTADO DE LA INVESTIGACION



TABLA N°. 1
DIFERENCIA DE LA PRESION ARTERIAL A LOS 5-6 CM DE
DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA
DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA
TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO -
AGOSTO. 2018

Presión arterial 5-6cm de dilatación	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
Optima	4	26,7	4	26,7
Normal	11	73,3	11	73,3
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Elaboración propia

$$X^2=0.00$$

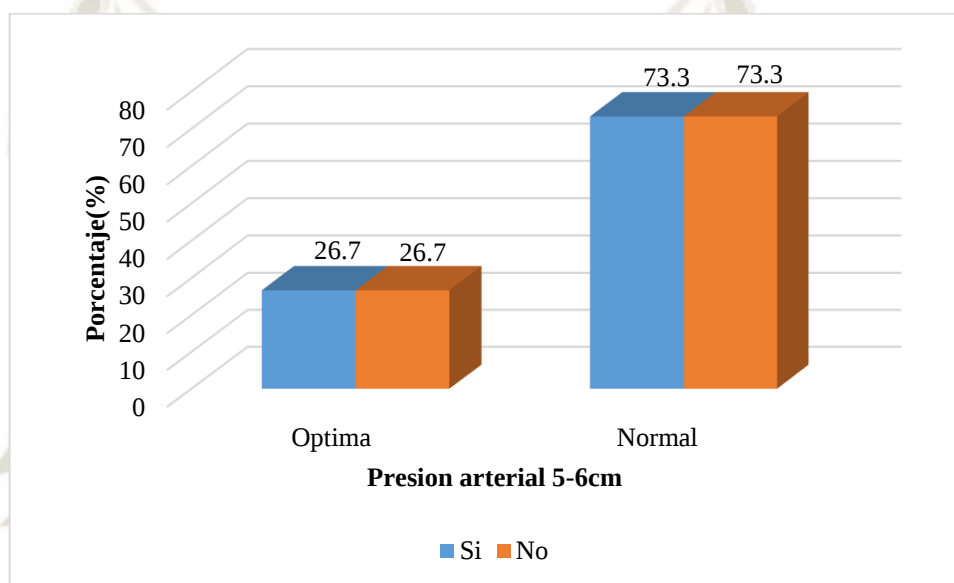
$$P<0.05$$

$$P=1.00$$

La Tabla N°. 1 según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=0.00$) muestra que la presión arterial en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 5-6 cm de dilatación no presentan diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 73.3% de las gestantes primigestas que utilizaron y no utilizaron la musicoterapia tuvieron presión arterial normal.

GRÁFICA N°. 1
DIFERENCIA DE LA PRESION ARTERIAL A LOS 5-6 CM DE
DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA
DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA
TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO -
AGOSTO. 2018



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 2
DIFERENCIA DE LA PRESION ARTERIAL A LOS 7-8 CM DE
DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA
DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA
TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO -
AGOSTO. 2018

Presión arterial 7-8cm de dilatación	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
Optima	3	20,0	5	33,3
Normal	12	80,0	10	66,7
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Elaboración propia

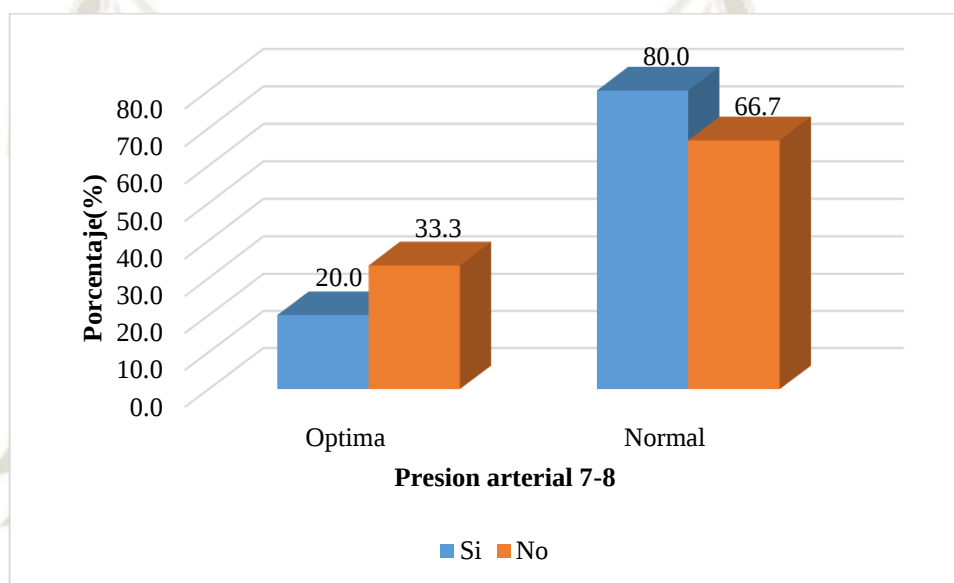
$$X^2=0,68 \quad P<0.05 \quad P=0.41$$

La Tabla N°. 2 según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=0.68$) muestra que la presión arterial en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 7-8 cm de dilatación no presentan diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 80.0% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron presión arterial normal, mientras que el 33.3% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia tuvieron la presión óptima.

GRÁFICA N°. 2

**DIFERENCIA DE LA PRESION ARTERIAL A LOS 7-8 CM DE
DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA
DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA
TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO -
AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 3

DIFERENCIA DE LA PRESION ARTERIAL A LOS 9-10 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Presión arterial 7-10cm de dilatación	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
Optima	5	33,3	4	26,7
Normal	10	66,7	11	73,3
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Elaboración propia

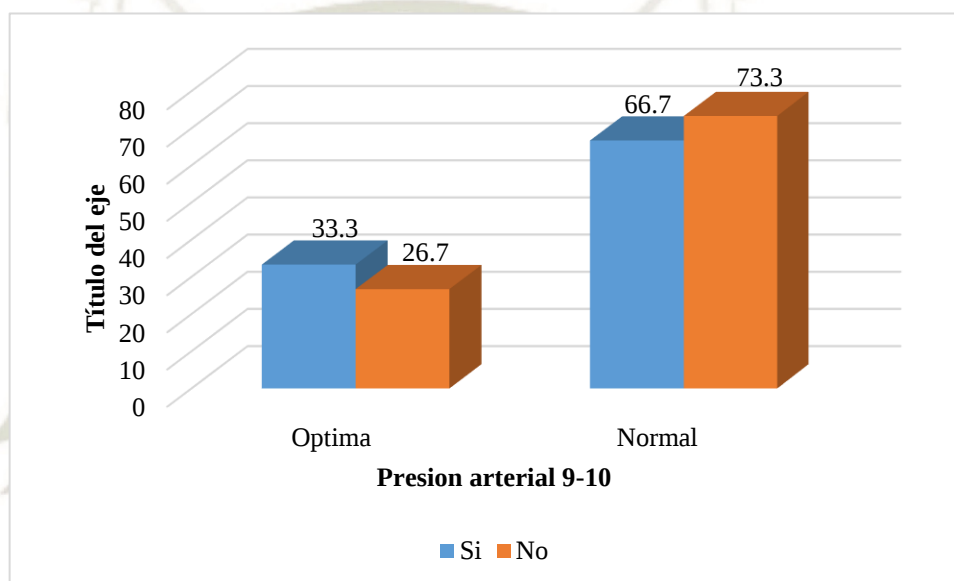
$$X^2=9.05 \quad P<0.05 \quad P=0.69$$

La Tabla N°. 3 según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=0,15$) muestra que la presión arterial en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 9-10 cm de dilatación no presenta diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 66,7% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron presión arterial normal, mientras que el 26.7% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia presentaron presión arterial óptima.

GRÁFICA N°. 3

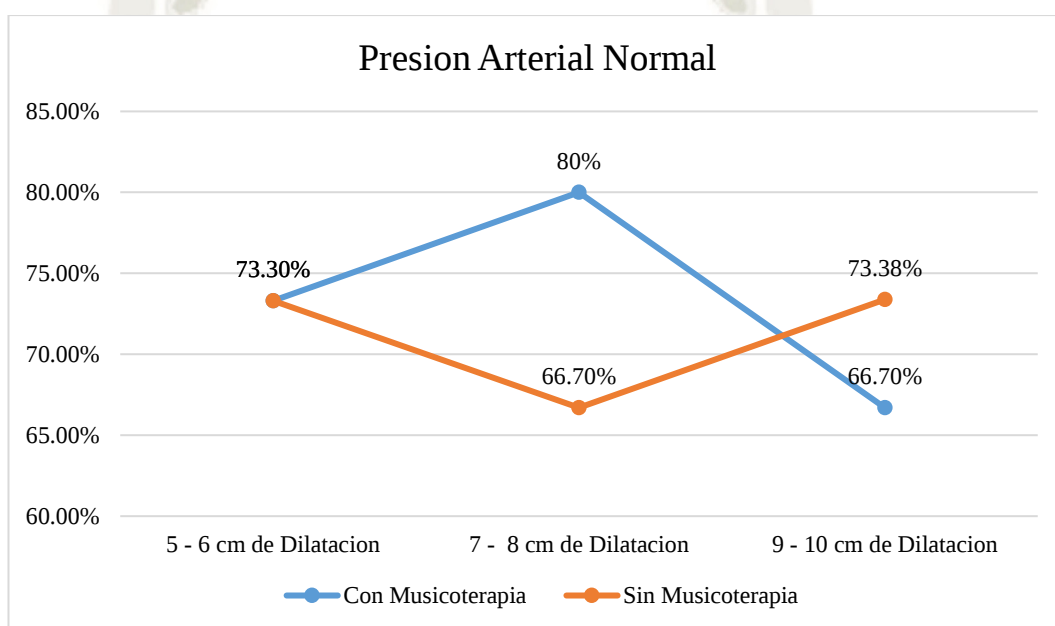
**DIFERENCIA DE LA PRESION ARTERIAL A LOS 9-10 CM DE
DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA
DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA
TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO -
AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICA N°. 4

**DIFERENCIA DE LA PRESION ARTERIAL NORMAL ENTRE
GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE
PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE
MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 4

DIFERENCIA DE LA FRECUENCIA CARDIACA A LOS 5-6 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Estadísticos	Musicoterapia	
	Si	No
Media	76,67	75,80
Desviación	6,79	5,51
Máximo	92	86
Mínimo	62	65
TAMAÑO	15	15

Fuente: Elaboración propia

t=0.40 P>0.05 P=0.69

La Tabla N°. 4 según la prueba de t de student (t=0.40) muestra que la frecuencia cardiaca en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 5-6 cm de dilatación no presenta diferencia estadística significativa (P>0.05).

Asimismo, se observa que el promedio de la frecuencia cardiaca en las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia fue de 76.67 latidos por minuto, mientras que la frecuencia cardiaca de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia fue de 75.80 latidos por minuto.

TABLA N°. 5
DIFERENCIA DE LA FRECUENCIA CARDIACA A LOS 7-8 CM DE
DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA
DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA
TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO -
AGOSTO. 2018

Estadísticos	Musicoterapia	
	Si	No
Media	76,40	76,40
Desviación	6,60	4,69
Máximo	90	82
Mínimo	64	65
TAMAÑO	15	15

Fuente: Elaboración propia

t=0.00 P>0.05 P=1.00

La Tabla N°. 5 según la prueba de t de student (t=0.00) muestra que la frecuencia cardiaca en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 7-8 cm de dilatación no presenta diferencia estadística significativa (P>0.05).

Asimismo, se observa que el promedio de la frecuencia cardiaca en las gestantes primigestas que utilizaron y no utilizaron la musicoterapia fue de 76.40 latidos por minuto.

TABLA N°. 6

DIFERENCIA DE LA FRECUENCIA CARDIACA A LOS 9-10 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Estadísticos	Musicoterapia	
	Si	No
Media	76	79
Desviación	6	5
Máximo	86	87
Mínimo	64	68
TAMAÑO	15	15

Fuente: Elaboración propia

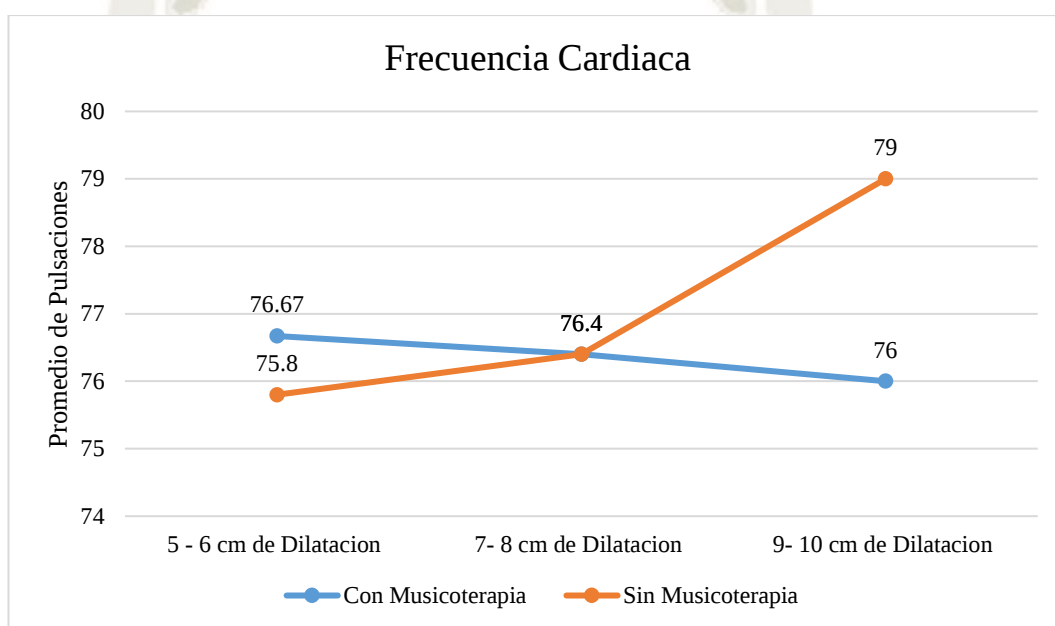
$t=0.00$ $P>0.05$ $P=1.00$

La Tabla N°. 6 según la prueba de t de student ($t=0.00$) muestra que la frecuencia cardiaca en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 9-10 cm de dilatación no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el promedio de la frecuencia cardiaca en las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia fue de 76 latidos por minuto, mientras que el de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia fue de 79 latidos por minuto.

GRÁFICA N°. 5

DIFERENCIA DE LA FRECUENCIA CARDIACA ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 7

DIFERENCIA DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA A LOS 5-6 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Estadísticos	Musicoterapia	
	Si	No
Media	17	17
Desviación	2	2
Máximo	20	19
Mínimo	12	14
TAMAÑO	15	15

Fuente: Elaboración propia

t=0.00

P>0.05

P=1.00

La Tabla N°. 7 según la prueba de t de student (t=0.00) muestra que la frecuencia cardiaca en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 7-8 cm de dilatación no presenta diferencia estadística significativa (P>0.05).

Asimismo, se observa que el promedio de la frecuencia respiratoria en las gestantes primigestas que utilizaron y no utilizaron la musicoterapia fue de 17.

TABLA N°. 8

DIFERENCIA DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA A LOS 7-8 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Estadísticos	Musicoterapia	
	Si	No
Media	16	18
Desviación	2	1
Máximo	18	19
Mínimo	14	16
TAMAÑO	15	15

Fuente: Elaboración propia

t=2.08

P<0.05

P=0.05

La Tabla N°. 8 según la prueba de t de student (t=2.08) muestra que la frecuencia respiratoria en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 7-8 cm de dilatación presenta diferencia estadística significativa (P<0.05).

Asimismo, se observa que el promedio de la frecuencia respiratoria en las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia fue de 16, mientras que el de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia fue de 18 latidos por minuto.

TABLA N°. 9

DIFERENCIA DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA A LOS 9-10 CM

DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE

ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN

LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD

MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO -

AGOSTO. 2018

Estadísticos	Musicoterapia	
	Si	No
Media	17	18
Desviación	2	1
Máximo	22	20
Mínimo	12	15
TAMAÑO	15	15

Fuente: Elaboración propia

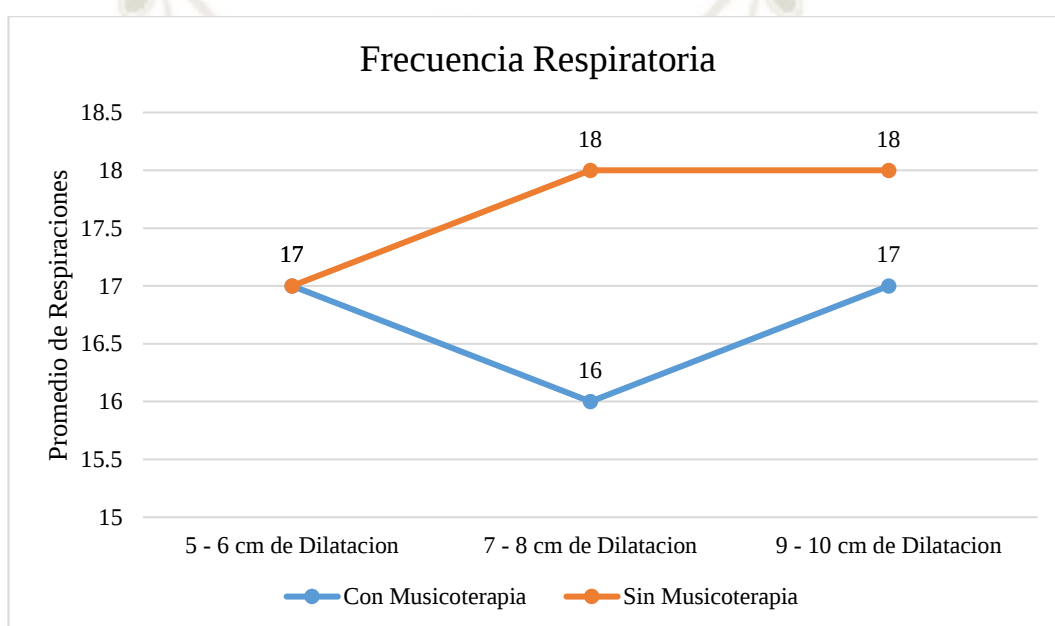
$t=1.58$ $P>0.05$ $P=0.14$

La Tabla N°. 9 según la prueba de t de student ($t=1.58$) muestra que la frecuencia respiratoria en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 9-10 cm de dilatación no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el promedio de la frecuencia respiratoria en las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia fue de 17, mientras que el de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia fue de 18 latidos por minuto.

GRÁFICA N°. 6

**DIFERENCIA DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA ENTRE
GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE
PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE
MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 10

DIFERENCIA DE LA TEMPERATURA CORPORAL A LOS 5-6 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Estadísticos	Musicoterapia	
	Si	No
Media	36,47	36,43
Desviación	0,36	0,31
Máximo	37,40	37,00
Mínimo	36,00	36,00
TAMAÑO	15	15

Fuente: Elaboración propia

t=0.26 P>0.05 P=0.79

La Tabla N°. 10 según la prueba de t de student (t=0.26) muestra que la temperatura corporal en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 5-6 cm de dilatación no presenta diferencia estadística significativa (P>0.05).

Asimismo, se observa que el promedio de la temperatura corporal en las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia fue de 36.47°C, mientras que el de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia fue de 36.43°C.

TABLA N°. 11

DIFERENCIA DE LA TEMPERATURA CORPORAL A LOS 7-8 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Estadísticos	Musicoterapia	
	Si	No
Media	36,47	36,37
Desviación	0,32	0,27
Máximo	37,20	36,90
Mínimo	36,00	36,00
TAMAÑO	15	15

Fuente: Elaboración propia

t=0.96

P>0.05

P=0.36

La Tabla N°. 11 según la prueba de t de student (t=0.96) muestra que la temperatura corporal en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 7-8 cm de dilatación no presenta diferencia estadística significativa (P>0.05).

Asimismo, se observa que el promedio de la temperatura corporal en las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia fue de 36.47°C, mientras que el de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia fue de 36.37°C.

TABLA N°. 12

DIFERENCIA DE LA TEMPERATURA CORPORAL A LOS 9-10 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Estadísticos	Musicoterapia	
	Si	No
Media	36,43	36,39
Desviación	0,32	0,25
Máximo	37,00	36,70
Mínimo	36,00	36,00
TAMAÑO	15	15

Fuente: Elaboración propia

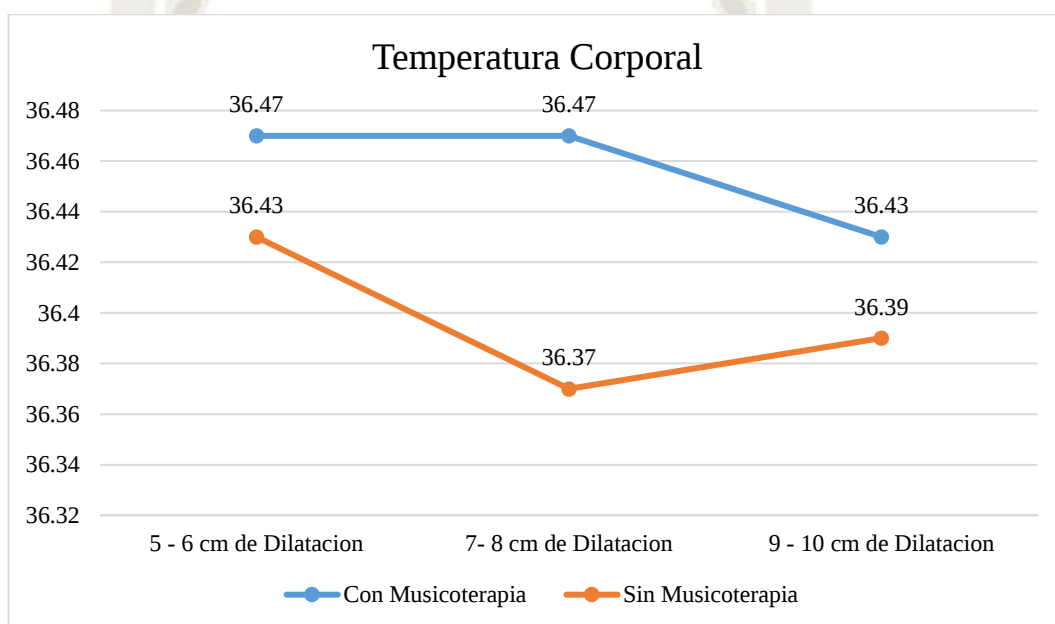
$t=0.43$ $P>0.05$ $P=0.68$

La Tabla N°. 12 según la prueba de t de student ($t=0.43$) muestra que la temperatura corporal en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 9-10 cm de dilatación no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el promedio de la temperatura corporal en las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia fue de 36.43°C , mientras que el de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia fue de 36.39°C .

GRÁFICA N°. 7

**DIFERENCIA DE LA TEMPERATURA CORPORAL ENTRE
GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE
PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE
MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 13
DIFERENCIA DE LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO A LOS 5-6
CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE
ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN
LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO -
AGOSTO. 2018

Duración 5-6cm de dilatación	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
< de 1:00 hora	7	46,7	4	26,7
1:01-2:00 horas	8	53,3	7	46,7
2:01-3:00 horas	0	0,0	4	26,7
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Elaboración propia

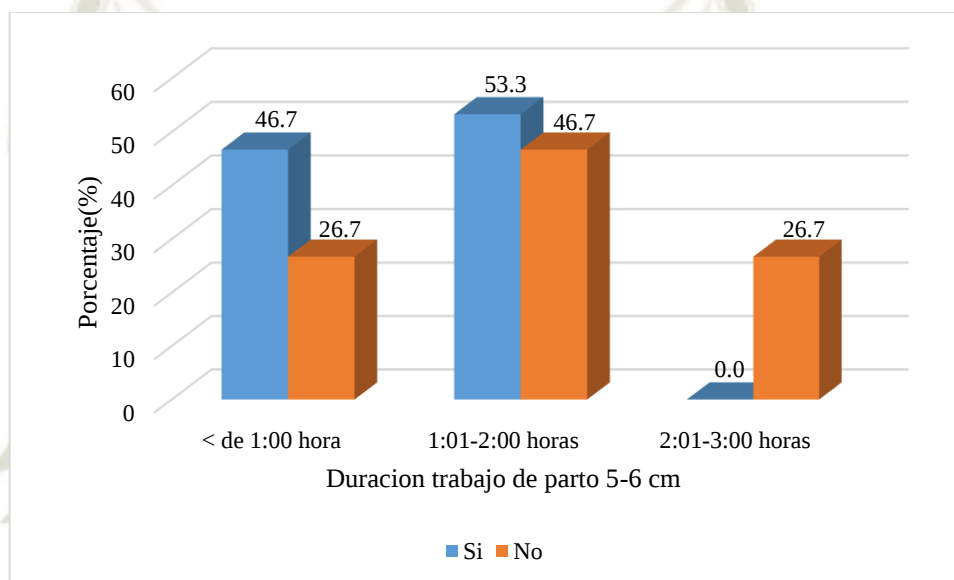
$$X^2=4.88 \quad P<0.05 \quad P=0.04$$

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.88$) muestra que la duración del trabajo de parto en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 5-6 cm de dilatación presenta diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 53.3% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron una duración del trabajo de parto a los 5-6cm de dilatación de 1:01-2:00 horas, mientras que el 26.7% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia tuvieron una duración de 2-3 horas.

GRÁFICA N°. 8

**DIFERENCIA DE LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO A LOS 5-6
CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE
ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN
LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO -
AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 14

DIFERENCIA DE LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO A LOS 7-8 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Duración 7-8cm de dilatación	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
< de 1:00 hora	4	26,7	0	0,0
1:01-2:00 horas	11	73,3	8	53,3
2:01-3:00 horas	0	0,0	6	40,0
3:01-4:00 horas	0	0,0	1	6,7
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Elaboración propia

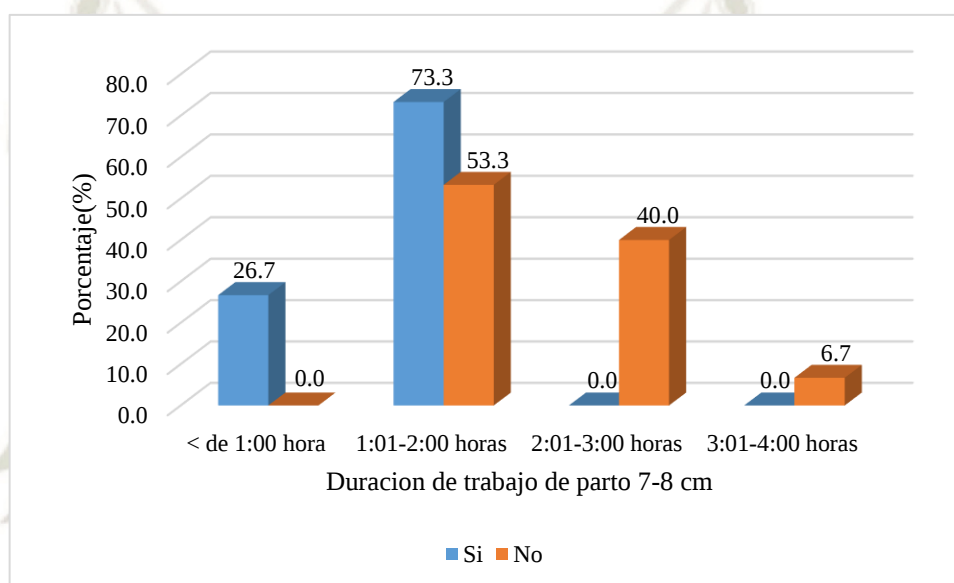
$$X^2=11.47 \quad P<0.05 \quad P=0.01$$

La Tabla N°. 14 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=11.47$) muestra que la duración del trabajo de parto en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 7-8 cm de dilatación presenta diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 73.3% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron una duración del trabajo de parto a los 7-8 cm de dilatación de 1:01-2:00 horas, mientras que el 40.0% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia tuvieron una duración de 2-3 horas.

GRÁFICA N°. 9

**DIFERENCIA DE LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO A LOS 7-8
CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE
ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN
LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO -
AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 15

DIFERENCIA DE LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO A LOS 9-10 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Duración 9-10cm de dilatación	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
< de 1:00 hora	6	40,0	5	33,3
1:01-2:00 horas	9	60,0	7	46,7
2:01-3:00 horas	0	0,0	2	13,3
3:01-4:00 horas	0	0,0	1	6,7
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Elaboración propia

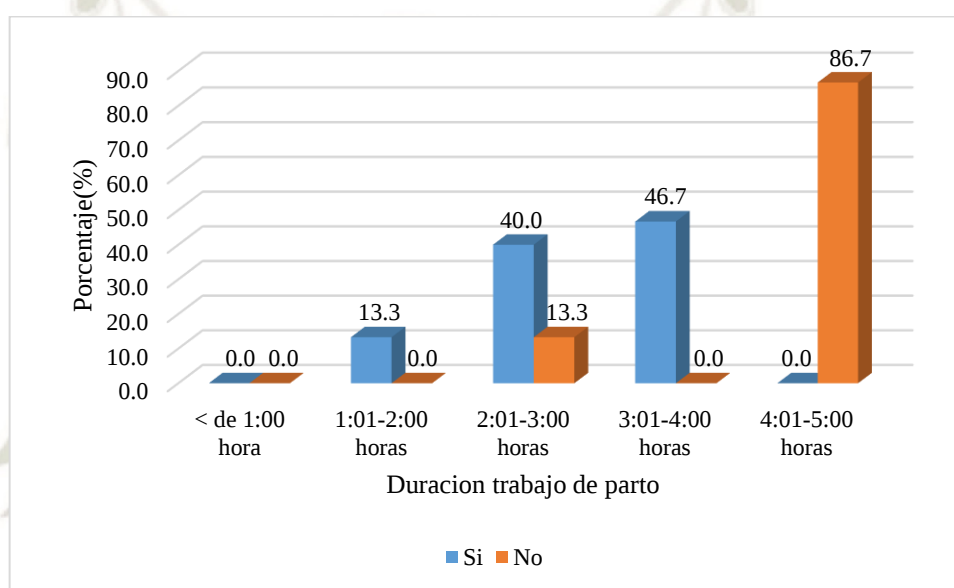
$$X^2=3.34 \quad P>0.05 \quad P=0.34$$

La Tabla N°. 15 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.34$) muestra que la duración del trabajo de parto en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 9-10 cm de dilatación no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 60.0% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron una duración del trabajo de parto a los 9-10 cm de dilatación de 1:01-2:00 horas, mientras que el 13.3% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia tuvieron una duración de 2:01-3:00 horas.

GRÁFICA N°. 10

DIFERENCIA DE LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO A LOS 9-10 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 16
DIFERENCIA DE LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO ENTRE
GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE
PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE
MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Duración Trabajo de parto	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
< de 1:00 hora	0	0,0	0	0,0
1:01-2:00 horas	2	13,3	0	0,0
2:01-3:00 horas	6	40,0	2	13,3
3:01-4:00 horas	7	46,7	0	0,0
5:01-6:00 horas	0	0,0	13	86,7
TOTAL	15	100,0	15	100,0

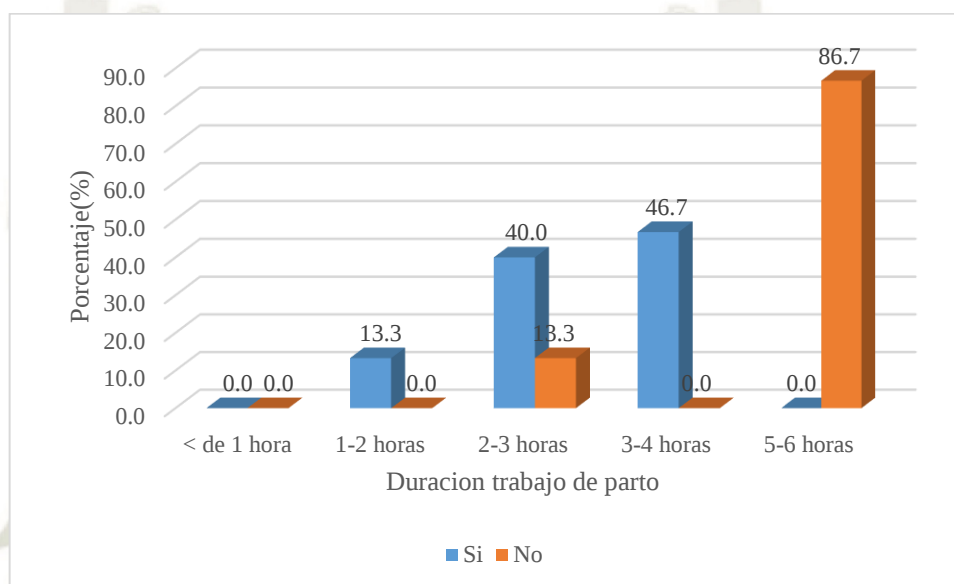
Fuente: Elaboración propia

$$X^2=24.00 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

La Tabla N°. 16 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=24.00$) muestra que la duración del trabajo de parto en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia presenta diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 40.0% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron una duración del trabajo de parto de dilatación de 2:01-3:00 horas, mientras que el 86.7% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia tuvieron una duración ente 5:01-6:00 horas.

GRÁFICA N°. 11
DIFERENCIA DE LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO ENTRE
GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE
PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE
MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 17
DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA
DE CAMPBELL A LOS 5-6CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES
PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE
UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN
EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA.
AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Dolor 5-6 cm	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
No dolor	0	0,0	0	0,0
Dolor leve-moderado	13	86,7	3	20,0
Dolor moderado-grave	2	13,3	12	80,0
Dolor muy intenso	0	0,0	0	0,0
TOTAL	15	100	15	100

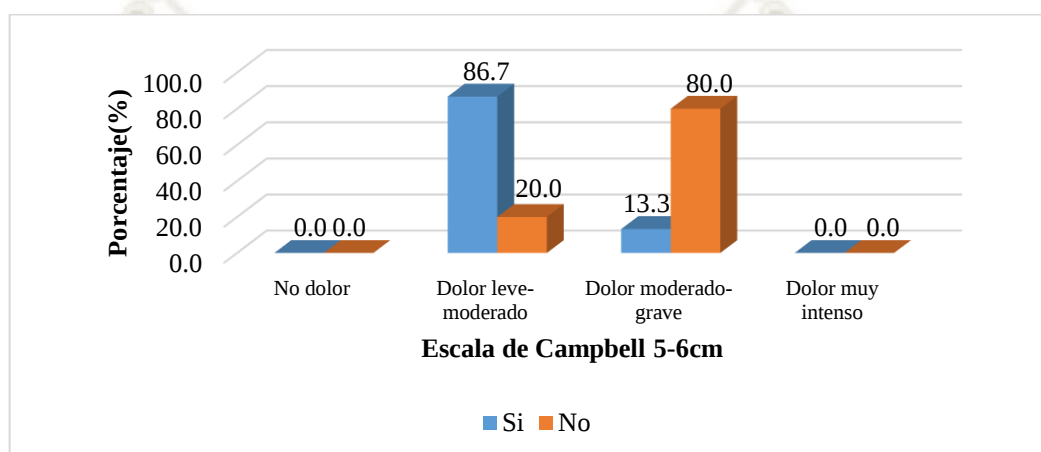
Fuente: Elaboración propia

$$X^2=14.66 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

La Tabla N°. 17 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=14.66$) muestra que la sensación de dolor según Campbell en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 5-6 cm de dilatación presenta diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 86.7% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron una sensación de dolor leve - moderado a los 5-6 cm de dilatación, mientras que el 80.0% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia presentaron dolor moderado - grave.

GRÁFICA N^o. 12
DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA
DE CAMPBELL A LOS 5-6CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES
PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE
UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN
EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA.
AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 18
DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA
DE CAMPBELL A LOS 7-8 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES
PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE
UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN
EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA.
AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Dolor 7-8 cm	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
No dolor	0	0,0	0	0,0
Dolor leve-moderado	5	33,3	0	0,0
Dolor moderado-grave	10	66,7	13	86,7
Dolor muy intenso	0	0,0	2	13,3
TOTAL	15	100	15	100

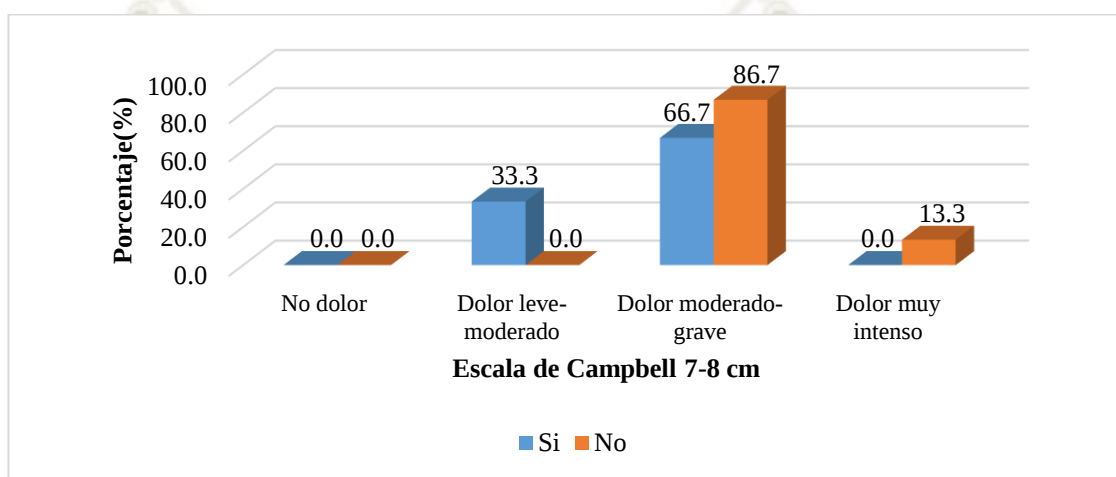
Fuente: Elaboración propia

$$X^2=7.39 \quad P<0.05 \quad P=0.02$$

La Tabla N°. 18 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7.39$) muestra que la sensación de dolor según Campbell en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 7-8 cm de dilatación presenta diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 33.3% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron una sensación de dolor leve - moderado a los 7-8 cm de dilatación, mientras que el 86.7% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia presentaron dolor moderado - grave.

GRÁFICA N°. 13
DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA
DE CAMPBELL A LOS 7-8 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES
PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE
UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN
EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA.
AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 19

DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA DE CAMPBELL A LOS 9-10 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

Dolor 9-10 cm	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
No dolor	0	0,0	0	0,0
Dolor leve-moderado	1	6,7	0	0,0
Dolor moderado-grave	14	93,3	0	0,0
Dolor muy intenso	0	0,0	15	100,0
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Elaboración propia

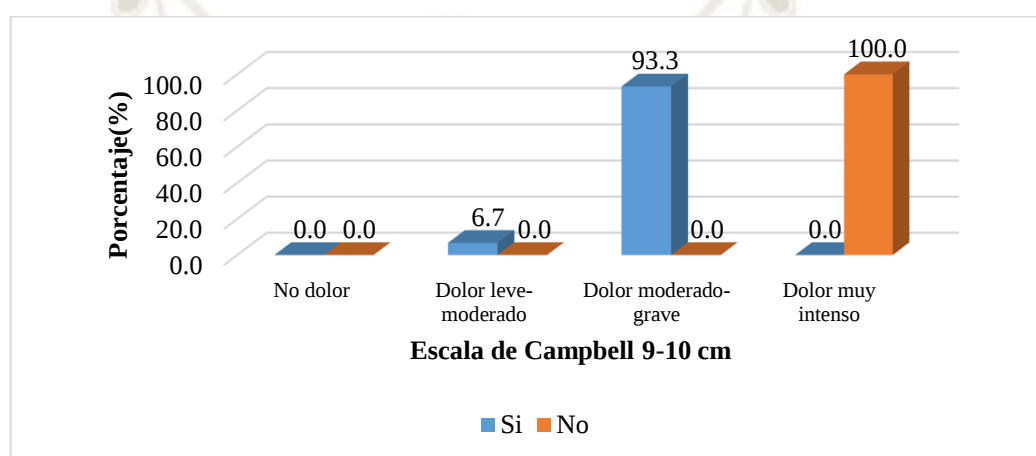
$$X^2=30.00 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

La Tabla N°. 19 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=30.00$) muestra que la sensación de dolor según Campbell en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 9-10 cm de dilatación presenta diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 93.3% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron una sensación de dolor moderado - grave a los 9-10 cm de dilatación, mientras que el 100.0% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia presentaron dolor muy intenso.

GRÁFICA N°. 14

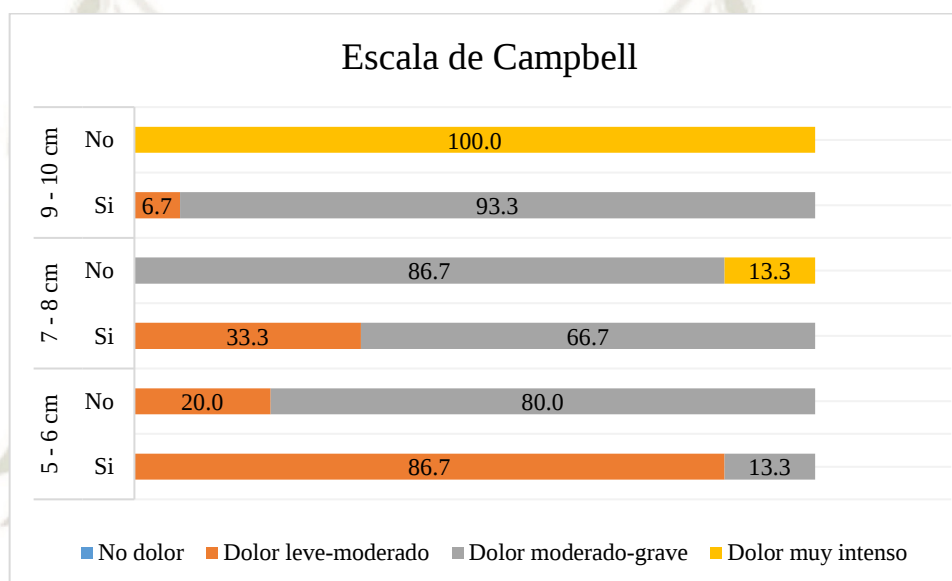
**DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA
DE CAMPBELL A LOS 9-10 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES
PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE
UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN
EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA.
AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICA N°. 15

**DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA
DE CAMPBELL ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE
ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN
LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO -
AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 20

DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) A LOS 5-6 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

EVA 5-6 cm	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
Dolor leve	0	0,0	0	0,0
Dolor moderado	10	66,7	4	26,7
Dolor intenso	5	33,3	10	66,7
Insoportable	0	0,0	1	6,7
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Elaboración propia

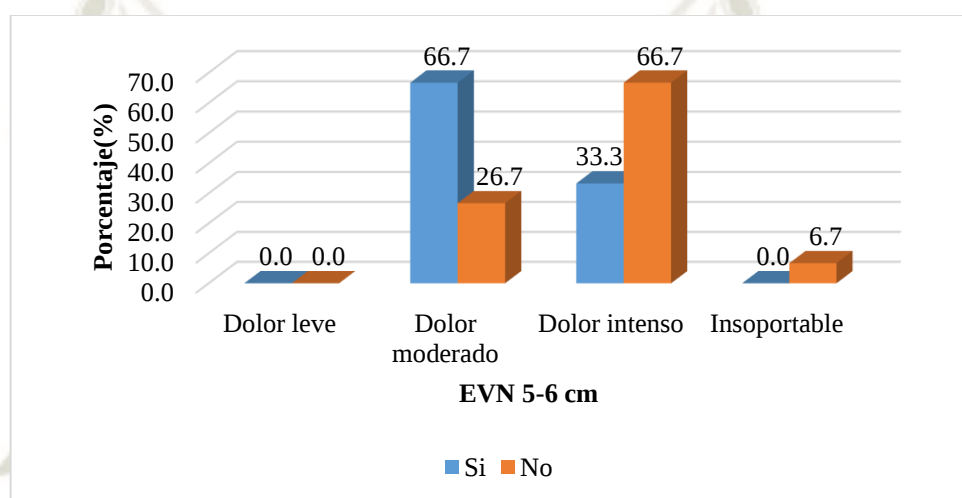
$$X^2=5.24 \quad P<0.05 \quad P=0.05$$

La Tabla N°. 20 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.24$) muestra que la sensación de dolor según EVA en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 5-6 cm de dilatación presenta diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 66.7% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron una sensación de dolor moderado a los 5-6 cm de dilatación, mientras que el 66.7% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia presentaron dolor intenso.

GRÁFICA N°. 16

**DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA
VISUAL ANALÓGICA (EVA) A LOS 5-6 CM DE DILATACION ENTRE
GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE
PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE
MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 21

DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) A LOS 7-8 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

EVA 7-8 cm	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
Dolor leve	0	0,0	0	0,0
Dolor moderado	2	13,3	0	0,0
Dolor intenso	13	86,7	14	93,3
Insoportable	0	0,0	1	6,7
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Elaboración propia

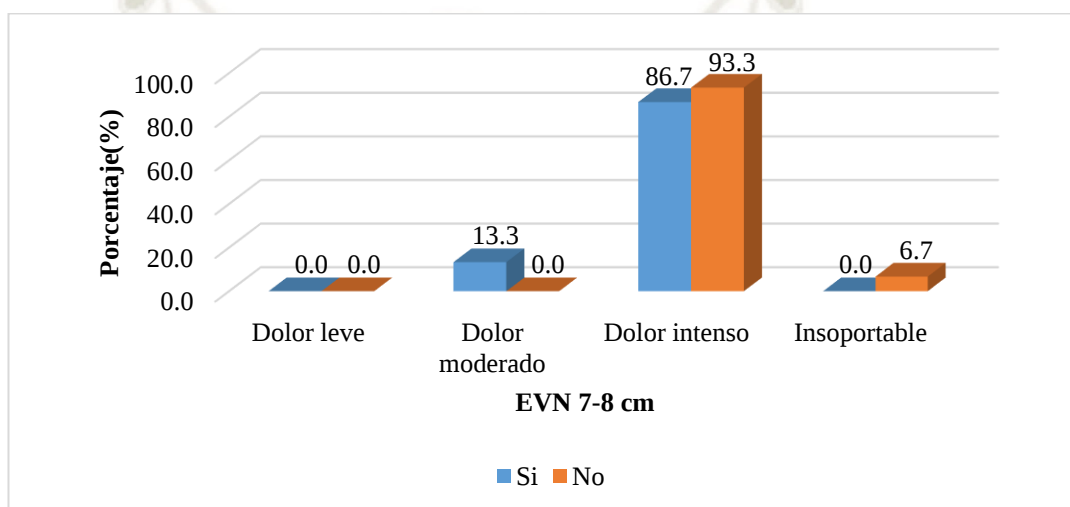
$$X^2=3.04 \quad P>0.05 \quad P=0.22$$

La Tabla N°. 21 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.04$) muestra que la sensación de dolor según EVA en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 7-8 cm de dilatación no presenta diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 13.3% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron una sensación de dolor moderado a los 7-8 cm de dilatación, mientras que el 6.7% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia presentaron dolor insoportable.

GRÁFICA N°. 17

**DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA
VISUAL ANALÓGICA (EVA) A LOS 7-8 CM DE DILATACION ENTRE
GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE
PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE
MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°. 22

DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) A LOS 9-10 CM DE DILATACION ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018

EVA 9-10 cm	Musicoterapia			
	Si		No	
	N°.	%	N°.	%
Dolor leve	0	0,0	0	0,0
Dolor moderado	0	0,0	0	0,0
Dolor intenso	15	100,0	7	46,7
Insoportable	0	0,0	8	53,3
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Elaboración propia

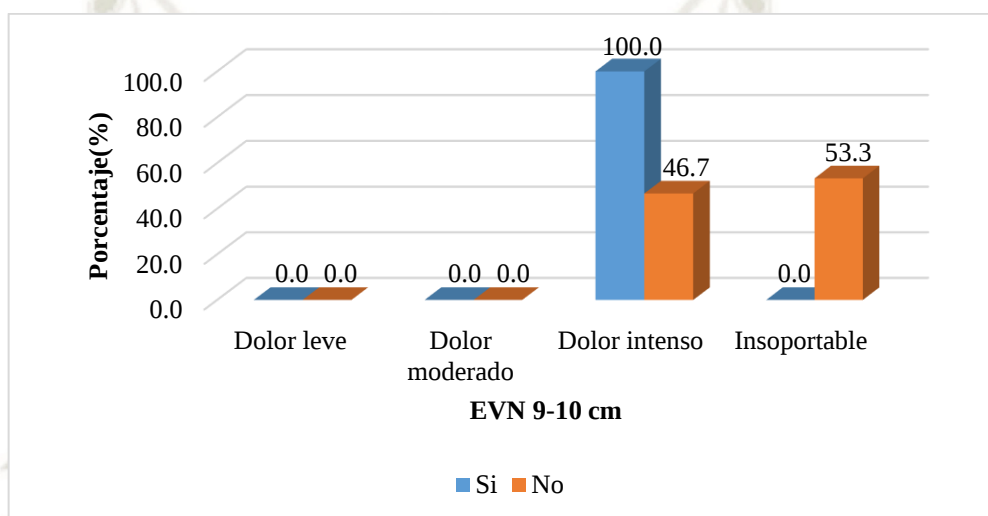
$$X^2=10.90 \quad P<0.05 \quad P=0.01$$

La Tabla N°. 22 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10.90$) muestra que la sensación de dolor según EVA en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 9-10 cm de dilatación presenta diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 100.0% de las gestantes primigestas que utilizaron la musicoterapia tuvieron una sensación de dolor intenso a los 9-10 cm de dilatación, mientras que el 53.3% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia presentaron dolor insoportable.

GRÁFICA N°. 18

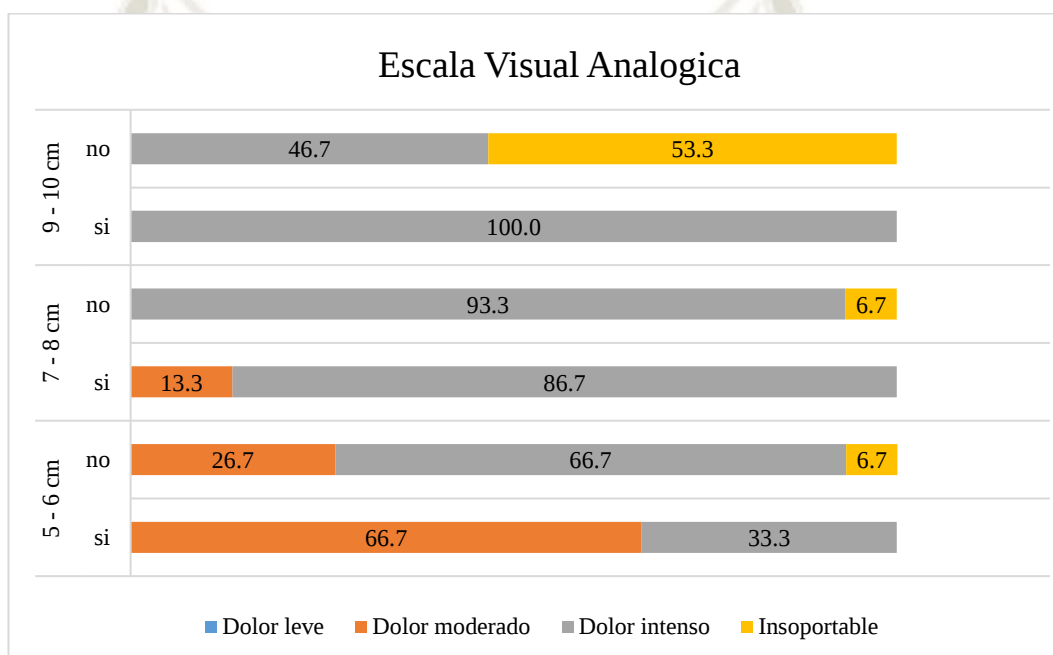
**DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA
VISUAL ANALÓGICA (EVA) A LOS 9-10 CM DE DILATACION ENTRE
GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE
PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE
MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018**



Fuente: Elaboración propia

GRÁFICA N°. 19

DIFERENCIA DE LA DE SENSACION DE DOLOR SEGÚN LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) ENTRE GESTANTES PRIMIGESTAS EN FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO QUE UTILIZAN Y NO UTILIZAN LA TECNICA DE MUSICOTERAPIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO. 2018



Fuente: Elaboración propia

DISCUSION

El presente estudio lo iniciamos basadas en la motivación por indagar el efecto que causaría la musicoterapia en gestantes en trabajo de parto.

Los resultados generales nos dan a conocer que según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=0.68$) la presión arterial en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 7-8 cm de dilatación no presentaron diferencia estadística significativa ($P>0.05$) ya que el 80.0% y el 66.7% de las gestantes primigestas que utilizaron y no utilizaron la musicoterapia respectivamente tuvieron presión arterial normal.

En cuanto a la frecuencia cardíaca a los 7 – 8 cm de dilatación en las pacientes que utilizaron y no utilizaron la musicoterapia no se apreció diferencia entre los grupos, las pacientes presentaron un promedio de 76 latidos por minuto ($t=0.00$), estos resultados concuerdan con María Elena Minaya Manrique 2015 (52), en su investigación concluye que durante la fase activa de 5 a 7 cm de dilatación, la frecuencia cardíaca promedio ($t=0.410$) fueron similares en el grupo que recibió y no recibió musicoterapia. Ocurre lo mismo con la temperatura corporal ya que las gestantes que tuvieron musicoterapia presentaron una temperatura corporal de 36.47°C y las gestantes que no recibieron musicoterapia tuvieron una temperatura similar de 36.37°C , concordando también con María Elena Minaya Manrique 2015 (52) que determinaron que la temperatura promedio de ambos grupos no presentaron diferencia.

Con respecto a la frecuencia respiratoria según la prueba de t de student ($t=2.08$) muestra las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia a los 7-8 cm de dilatación presentaron diferencia estadística significativa ($P<0.05$), ya que promedio de frecuencia cardíaca en las pacientes que recibieron musicoterapia fue de 16 res. /min, frente a 18 res. /min de las gestantes que no tuvieron musicoterapia, estos resultados concuerdan con los de María Elena Minaya Manrique 2015 (52) que demostraron que la frecuencia respiratoria promedio en las pacientes que recibieron musicoterapia (18.57 res. /min) fue menor en que en las pacientes que no recibieron musicoterapia (19.43 res. /min) ($t=0.003$).

Asimismo demostramos que la musicoterapia tiene un efecto positivo sobre la duración del trabajo de parto, ya que el 53.3% de las gestantes que utilizaron musicoterapia tuvieron un trabajo de parto entre 1-3 horas mientras que el 86.7% de las gestantes que no tuvieron musicoterapia tuvieron un trabajo de parto mayor a 3 horas, María Elena Minaya Manrique 2015 (52) en su investigación concluyó que la musicoterapia tiene un efecto positivo sobre la duración del periodo de dilatación ($t=0.042$) y del periodo expulsivo ($t=0.005$) del trabajo de parto, resultados similares obtuvieron Debajani Nayak y colaboradores (51) en su investigación concluyeron que un mayor número de madres (66.6%) tuvo una duración del trabajo de parto de menos de seis horas al momento de la admisión en la sala de parto sus hallazgos del estudio revelaron que la musicoterapia sería muy útil para aliviar el nivel de ansiedad y la percepción del dolor en las madres primíparas durante la primera etapa del parto.

En cuanto al dolor, según la escala de Campbell, en la fase de dilatación de 9 a 10 cm, se obtuvo que la musicoterapia tiene un efecto positivo al reducir el dolor según la prueba de chi cuadrado ($X^2=30.00$) mostrando que la sensación de dolor en las gestantes que utilizan y no utilizan la musicoterapia presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$), ya que el 93.3% de las gestantes con musicoterapia sintieron dolor moderado-grave mientras que el 100.0% de las gestantes sin musicoterapia percibieron dolor muy intenso. Estos resultados concuerdan con Marta Cortés Campos 2015 (50) en su investigación concluyó que se evidenciaron numerosos efectos al escuchar música, tales como el alivio del dolor durante las contracciones, la reducción de la tensión, la disminución de la ansiedad y del miedo. La musicoterapia provocó en las mujeres sensaciones de seguridad, tranquilidad, relajación y calma, resultados similares son los de María Elena Minaya Manrique 2015 (52) en su investigación quedo demostrado que, según la escala de Campbell, en la fase de dilatación de 8 a 10 cm, se obtuvo que la musicoterapia tiene un efecto positivo al reducir el dolor durante esta fase ($p=0.000$). En la Escala Visual Analógica EVA también encontramos diferencias significativas entre los grupos ($P<0.05$), y María Elena Minaya Manrique 2015 (52) al evaluar el dolor mediante la Escala Visual Análoga, mostró que la musicoterapia tiene un efecto positivo en la disminución del dolor durante el trabajo de parto ($p=0.000$).

CONCLUSIONES

Primera: Las funciones vitales de las gestantes primigestas en la fase activa del trabajo de parto atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz se encuentran entre: Presión arterial: sistólica: 100 – 130 mmHg, diastólica: 50 - 75 mmHg; Frecuencia Cardíaca: 65 – 87 por minuto; Frecuencia Respiratoria: 14 – 20 por minuto; Temperatura Corporal: 36 – 37 grados.

Segunda: No se demostró efecto sobre las funciones vitales de las gestantes primigestas en la fase activa que recibieron musicoterapia y no recibieron musicoterapia, salvo en la frecuencia respiratoria a los 7-8 cm de dilatación que se evidencio diferencia estadística significativa entre ambos grupos.

Tercera: La duración del trabajo de las gestantes primigestas en la fase activa del trabajo de parto atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz se encuentran entre: las 4 horas y 6 horas.

Cuarta: La duración del trabajo de parto en las gestantes que fueron atendidas con la técnica de la musicoterapia se observó que el 13,3% tuvieron una duración de 01:01-2:00 horas. El 40.0% de gestantes tuvieron una duración del trabajo de parto de 2:01-3:00 horas. Y el 46,7% de las gestantes tuvieron una duración de 3:01-4:00 horas.

Quinta: La sensación de dolor según la escala de Campbell en las gestantes primigestas que no recibieron atención con musicoterapia durante el trabajo de parto fue: Con una dilatación de 5 – 6 cm el 80.0% presentaron dolor moderado - grave, con una dilatación de 7 – 8 cm el 33.3% tuvieron una sensación de dolor leve - moderado y con una dilatación de 9 – 10 cm el 100.0% de las gestantes que no utilizaron la musicoterapia presentaron dolor muy intenso.

La sensación de dolor según la Escala Analógica Visual en las gestantes que no recibieron atención con musicoterapia durante el trabajo de parto fue: Con una dilatación de 5 – 6 cm el 66.7% presentaron dolor intenso,

con una dilatación de 7 – 8 cm el 6.7% presentaron dolor insoportable y con una dilatación de 9 – 10 cm el 53.3% presentaron dolor insoportable.

Sexta: La sensación de dolor según la escala de Campbell en las gestantes primigestas que recibieron atención con musicoterapia durante el trabajo de parto fue: Con una dilatación de 5 – 6 cm el 66.7% tuvieron una sensación de dolor moderado, con una dilatación de 7 – 8 cm el 33.3% tuvieron una sensación de dolor leve - moderado y con una dilatación de 9 – 10 cm el 93.3% tuvieron una sensación de dolor moderado – grave.

La sensación de dolor según la Escala Analógica Visual en las gestantes que recibieron atención con musicoterapia durante el trabajo de parto fue: Con una dilatación de 5 – 6 cm el 66.7% de las gestantes primigestas tuvieron una sensación de dolor moderado, con una dilatación de 7 – 8 cm el 13.3% tuvieron una sensación de dolor moderado y con una dilatación de 9 – 10 cm 100.0% tuvieron una sensación de dolor intenso.

Séptima: No se demostró efecto sobre las funciones vitales de las gestantes primigestas en la fase activa que recibieron musicoterapia y no recibieron musicoterapia, salvo en la frecuencia respiratoria a los 7-8cm de dilatación que se evidencio diferencia estadística significativa entre ambos grupos. Con respecto a la duración del trabajo de parto en las gestantes que fueron atendidas con la técnica de la musicoterapia presentaron diferencia estadística significativa con respecto al grupo de gestantes que no fueron atendidas con musicoterapia ya que presentan una duración entre 1 hora menor con dicha técnica. En cuanto a la sensación de dolor, según la escala de Campbell en las gestantes que recibieron atención con musicoterapia durante el trabajo de parto fue menor, mientras que el 100.0% de las gestantes que no tuvieron musicoterapia sintieron dolor muy intenso y según la Escala Analógica Visual en las gestantes que recibieron atención con musicoterapia

durante el trabajo de parto fue menor, mientras que la mayoría de las gestantes que no tuvieron musicoterapia sintieron dolor insoportable.



RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Médico Jefe de la Microred de Salud de Zamacola adquirir un equipo de sonido para sala de dilatación, con el fin de reproducir música barroca que es benéfica para las gestantes.
2. Al director y a los responsables de personal de la Unidad Ejecutora Arequipa Caylloma se les recomienda contrata obstetras especialistas en Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal, quienes deben trabajar en horario diferenciado y a exclusivamente en esta actividad.
3. Al responsable de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia se recomienda impulsar la línea de investigación en Musicoterapia en el trabajo de parto.
4. Se sugiere a la decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura implementar asignaturas sobre terapias alternativas en la segunda especialidad Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal, específicamente en musicoterapia haciendo extensiva dicha asignatura Pregrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ZAVALA CALDERÓN, Yazmín Lizzet. Factores que influyen en el comportamiento de las gestantes durante el trabajo de parto en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de abril a mayo del 2015. Facultad de Medicina. E.A.P. de Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016. (Consultado: 20 de mayo del 2018)
URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4768/Zavala_c_y.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. TILLMAN, Rachel; AGUIRRE, Javier. DICK READ. Grantly. Mayo, 2016. (Consultado: 18 de mayo del 2018)
URL: <https://partorespetadoencolombia.wordpress.com/tag/dr-dick-read/>
3. MIRANDA C, Marcelo; HAZARD O, Sergio; MIRANDA V, Pablo. La música como una herramienta terapéutica en Medicina. Revista Chilena Neuro-Psiquiatria. 2017. (Consultado: 20 de mayo del 2018)
URL: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v55n4/0034-7388-rchnp-55-04-0266.pdf>
4. GARCÍA VINIEGRAS, Carmen Victoria y col. Musicoterapia. Una modalidad terapéutica para el estrés laboral. Rev. Cubana Med Gen Integr v.13 n.6 Ciudad de La Habana nov.-dic. 1997. (Consultado: 22 de mayo del 2018)
URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-212519970006000003
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. Ginebra/Washington, DC, 10 de abril de 2015. (Consultado: 22 de mayo del 2018)
URL: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
6. ANDRADE ROLDÀN, Noemí; BUESO GONZÁLEZ, Isabel; DIVÍ CASTELLÓN, Miguel Ángel. Música, terapia y comunicación. Revista de Musicoterapia. nº 29 - Año 2009 - CIM – Bilbao, España. (Consultado: 24 de mayo del 2018)
URL: <http://musicoterapiabilbao.org/wp-content/uploads/2016/11/rmtc-no-30-web.pdf>

7. VÁZQUEZ GUILLAMET, A.M. y colaboradores. Efecto de la música sobre la ansiedad y el dolor en pacientes con ventilación mecánica. Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital 'Universitari de Bellvitge', IDIBELL, 'Hospitalet de Llobregat. España,2012. (Consultado: 24 de mayo del 2018)
URL:<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-efecto-musica-sobre-ansiedad-el-S1130239912000983>
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. Ginebra/Washington, DC, 10 de abril de 2015. (Consultado: 24 de mayo del 2018)
URL:https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
9. CUNNINGHAM FG, WILLIAMS JW. Williams Obstetrics. 22nd Ed. New York, NY u.a.: McGraw-Hill; 2005.
10. MONGRUT STEANE, Andrés. Tratado de obstetricia normal y patológico. 5^a edición. 2011.
11. SCHWARCZ, Ricardo; FESCINA, Ricardo; DUVERGES, Carlos. Obstetricia. 7ma edición. Pag. 436-437. 2014.
12. MORENO SELVA, Roció. Embarazo parto y puerperio normal: mecanismos del parto en diferentes presentaciones y posiciones. Clínica y asistencia al parto en las diferentes presentaciones y posiciones. (Consultado: 25 de mayo del 2018)
URL:http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20120411_1.pdf
13. ZAPATA MENDO, PERCY. El parto. Monografía. (Consultado: 25 de mayo del 2018)
URL:<https://www.monografias.com/trabajos98/parto-en-humanos/parto-en-humanos.shtml>
14. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2009/01. (Consultado: 26 de mayo del 2018)

- URL:http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
- f
15. DANIEL GUERRERO, Alba Brenda; DAÑINO MORALES, Maricruz; REYES MÉNDEZ, Diana Carolina. Atención de Parto. UNAM. Facultad de Medicina. Departamento de Integración de Ciencias Médicas. (Consultado: 26 de mayo del 2018)
URL:<http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/icm/images/cecam/02.p.gineandro/ATENCION-DE-PARTO.pdf>
 16. ALEGRE PALOMINO, Yuri; BOLARTE CERRATE, Norma; CABRERA RAMOS, Santiago. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú, Lima, Ministerio de Salud, 2004. (Consultado: 27 de mayo del 2018)
URL: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
 17. GUÍA PERINATAL 2015.Evaluación del trabajo de parto. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. CEDIP PUC 2015. (Consultado: 27 de mayo del 2018)
URL:http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf
 18. AGUILAR CORDERO, M. J. y colaboradores. La estimulación prenatal. Resultados relevantes en el parto. Nutr. Hosp. vol.27 no.6 Madrid nov./dic. 2012. (Consultado: 27 de mayo del 2018)
URL:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000600041
 19. AGUDELO JARAMILLO, Bernardo; GÓMEZ DÁVILA, Joaquín Guillermo; FACIOLINCE PÉREZ, Santiago. Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP/SMR - OPS/OMS. Pág. 05. Septiembre, 2007. (Consultado: 28 de mayo del 2018)
URL:<http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/e96c2927-f938-4a48-bdbd-14f6f5e441bf/multiguia04.pdf?MOD=AJPERES>.
 20. VENEMEDIA. Definición de Dolor. Publicado,2014. (Consultado: 28 de mayo del 2018)
URL:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006

21. DIEZA, Antonia; LÁZAROA, Luz; NUÑEZ, Jesús. Atención Farmacéutica en Dolor Musculo esquelético. Hospital Universitario de Lava. Vol. 30. Núm. 6. Noviembre, 2016. (Consultado: 29 de mayo del 2018)
URL:file:///C:/Users/Nale/Downloads/2017_XXI_encuentro_Investen_Madrid.pdf
22. DA ROCHA PEREIRA, Raquel; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. Rev Bras Anesthesiol 2011; 61: 3: 204-210. (Consultado: 29 de mayo del 2018)
URL: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/es_v61n3a14.pdf
23. BELTRÁN BROWN, Katherine; DÍAZ PIZARRO, María Cecilia; VARGAS BENAVENTE, Lady Magdalena. Uso de Balón Kinésico en el Trabajo de Parto de Primigestas y Multíparas asistidas en la maternidad del Hospital de Paillaco, octubre-noviembre, Chile,2012. Universidad Austral de Chile. (Consultado: 30 de mayo del 2018)
URL: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2012/fmb452u/doc/fmb452u.pdf>
24. FUSTER ALARCÓN, Marco Antonio. Analgesia del parto Universidad Catolica del Maule Escuela de Medicina. Agosto 2008. (Consultado: 30 de mayo del 2018)
URL: <https://es.slideshare.net/DanteVallesH/go-clase-07-analgesia-del-parto-dr-fuster>
25. CASILLAS SÁNCHEZ, Bernardette; ZEPEDA LÓPEZ, Vilma A. Analgesia Obstétrica Moderna. Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS. Guadalajara, México, 2009. (Consultado: 30 de mayo del 2018)
RL:<http://fmcaac.com/descargas/articulospdf/Analgesia%20Obst%E9trica%20Moderna.pdf>
26. SERRANO ATERO, M. S.; CABALLERO, Jr.; CAÑAS, A. Valoración del dolor. Rev. Soc. Española. Dolor 9: 94-108, 2002. (Consultado: 30 de mayo del 2018)
URL: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf
27. MELZACK, R. ed. Pain measurement and assessment. New York: Raven Press, 1983. (Consultado: 30 de mayo del 2018)
URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1027969/pdf/jnnpsyc00124-0140a.pdf>

28. AVLLOTSKY, Vanesa. Escalas de Evaluación de Dolor y Protocolo de Analgesia en Terapia Intensiva. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Argentina, 2012. (Consultado: 30 de mayo del 2018)
URL:<http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>
29. MARTÍN BAUTE, María Jesús. Implementación de una escala del dolor en pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Universidad de La Laguna. Facultad de Enfermería Universidad de La Laguna La Laguna, a 19 de mayo de 2017. (Consultado: 30 de mayo del 2018)
URL:<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5338/%C2%BFImplementacion%20de%20una%20escala%20del%20dolor%20en%20pacientes%20intubados%20en%20la%20Unidad%20de%20Cuidados%20Intensivos%20del%20Hospital%20Nuestra%20Senora%20de%20la%20Candelaria%C2%BF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. PALACIOS SANZ, José Ignacio. EL CONCEPTO DE MUSICOTERAPIA A TRAVÉS DE LA HISTORIA. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, nº 42, Diciembre 2001, pp. 19-31. (Consultado: 30 de mayo del 2018)
URL: <http://www.redalyc.org/pdf/274/27404203.pdf>
31. ZEPEDA PIZARRO, Ximena Elisa. La Musicoterapia y su Incidencia en el Desarrollo Psicomotriz de los Niños Y Niñas de Inicial, del Centro de Desarrollo Infantil “El Principito” y del Jardín Experimental “Lucinda Toledo”, de la Ciudad de Quito, Periodo Lectivo 2012-2013. Loja – Ecuador. 2013. (Consultado: 30 de mayo del 2018)
URL:<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/716/1/TESIS%20COMPLETA%20XIMENA.pdf>
32. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Maria Violeta; GUZMÁN NUÑO, Ismael. Musicoterapia. Bases Pedagógicas de la Educación Especial – 2 ° Magisterio. Educación Musical. 2003 – 2004. (Consultado: 31 de mayo del 2018)
URL: <https://www.scribd.com/document/380175400/Musicoterapia2-doc>
33. SANCHEZ GOMEZ, Noemi; PRIETO DUEÑAS, Desiré. Introducción a la Musicoterapia, uso de la Música Grabada. Ministerio de Educación. España. (Consultado: 31 de mayo del 2018)

- URL:<https://docplayer.es/29590258-Introduccion-a-la-musicoterapia-uso-de-la-musica-grabada.html>
34. TRALLERO FLIX, Conxa. Musicoterapia para el Estrés: Como recaudar la calma interior. Universidad de Barcelona. España. 2018. (Consultado: 31 de mayo del 2018)
URL:<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/11518/2/MUSICOTERAPIA%20PARA%20EL%20ESTRES.pdf>
 35. ALCALA, Dinorath; ARTEAGA, Elibeth. Efectos fisiológicos de la musicoterapia en adolescentes primigestas durante el trabajo de parto y parto. Maternidad de Concepción Palacios primer trimestre del 2016. Universidad Central de Venezuela. Venezuela, 2016. (Consultado: 31 de mayo del 2018)
URL: <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/1330/1/TESIS%20.pdf>
 36. JAUREGUI DE LEÓN, Andrea Carolina. Musicoterapia y Evolución del Segundo Periodo Del Trabajo De Parto. Guatemala, 2016. (Consultado: 31 de mayo del 2018)
URL: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9939.pdf
 37. YÁÑEZ AMORÓS, Beatriz. Musicoterapia en el paciente oncológico. 1 er. Cuatrimestre 2011 • Año XV - N.º 29. (Consultado: 01 de junio del 2018)
URL:https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17454/1/Cultura_Cuidados_29_07.pdf
 38. TORTORA, G. y Anagnostakos, N. Principios de Anatomía y Fisiología. 6ta edicion. Oxford University Press México, S.A. México, 2001.
 39. GONZÁLEZ, Karen; QUINTANA, Mayda. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina Escuela de Enfermería Efectos de la Musica en las Gestantes Durante El Proceso de Parto. Universidad Central de Cenezuela. Facultad de Medicina. Caracas 2008. (Consultado: 30 de mayo del 2018)
URL: <https://docplayer.es/4638136-Universidad-central-de-venezuela-facultad-de-medicina-escuela-de-enfermeria.html>
 40. A. SÁNCHEZ, Ramiro; AYALA, Miryam; BAGLIVO, Hugo. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Revista Chilena Cardiología. V.29 n.1. Santiago, 2010. (Consultado: 01 de junio del 2018)
URL:<http://hipertension.cl/wp-content/uploads/2014/12/Guias-Latinoamericanas-HTA.pdf>

41. PALLARDO RODIL, Beatriz. Alteración de Constantes Vitales: Fiebre; Hipotermia; Hipotensión; Oliguria. Cap. 28. Tratado de Geriátria para Residentes. Sociedad española de geriatría y gerontología.2006. (Consultado: 01 de junio del 2018)
URL: file:///C:/Users/Nale/Downloads/S35-05%2028_III.pdf
42. MARTÍN BONIFACIO, Cristina. La Música del Barroco. Elisa Yuste, consultoría en cultura y lectura. 2016. (Consultado: 01 de junio del 2018)
URL:https://www.elisayuste.com/wp-content/uploads/2016/04/La-m%C3%BAsica-en-el-Barroco.pdf
43. SAAVEDRA, ÁNGELES. Explicación de “Las cuatro estaciones” de Antonio Vivaldi. Revista Vinculando. México, Julio,2010. (Consultado: 01 de junio del 2018)
URL:http://vinculando.org/articulos/antonio_vivaldi_explicacion_a_las_cuatro_estaciones.html
44. PERFECTO TORO, Socorro. Efectos emocionales en el niño preescolar al escuchar Las Cuatro Estaciones de Antonio Vivaldi. Universidad Veracruzana. Instituto de Psicología y Educación. Maestría en Desarrollo Humano. Xalapa, Veracruz. Enero, 2009. (Consultado: 01 de junio del 2018)
URL:https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/47342/PerfectoToroMaSocorro.pdf;jsessionid=910E6FD4DE845D38967724019C46963F?sequence=1
45. Biografías y Vidas. Antonio Vivaldi.2018. (Consultado: 01 de junio del 2018)
URL: https://www.biografiasyvidas.com/biografia/v/vivaldi.htm
46. CORTÉS CAMPOS, Marta. Efectos de la musicoterapia durante el embarazo y el parto. España. Fuente: Revista Virtual Dialnet, Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 18, Nº. 8, 2015. (Consultado: 01 de junio del 2018)
URL: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5196572
47. NAYAK, Debajani; RASTOGI, Sharada; KATHURIA, Om Kumari. Effectiveness of music therapy on anxiety level, and pain perception in primipara mothers during first stage of labor in selected hospitals of Odisha. India. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) e-ISSN: 2320–1959.p-ISSN: 2320–1940 Volume 3, Issue 2 Ver. V (Mar-Apr. 2014), PP 07-14. (Consultado: 02 de junio del 2018)
URL:https://pdfs.semanticscholar.org/b59a/82c2ee87dbba45785ffe6792a642fca40cd0.pdf

48. MINAYA MANRIQUE, María Elena. Efecto de la Musicoterapia durante El Trabajo de Parto en Gestantes Atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Durante Abril – Junio. 2015. (Consultado: 02 de junio del 2018)
URL:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4360/Minaya_mm.pdf?sequence=1
49. YACUT E, BAYAR B. Confiabilidad y Validez de la Escala Visual Analógica Invertida (de Derecha a Izquierda) en Dolores de Diferente Intensidad. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Revista Científica Reliability and Validity of Reverse Visual Analog Scale (Right to Left) in Different Intensity of Pain the Pain Clinic 15(1):1-6, 2003. (Consultado: 02 de junio del 2018)
URL: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/dolor140web.htm>



ANEXO 1

“EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO-AGOSTO 2018.”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FUNCIONES VITALES:

Funciones Vitales	Fase Activa del Trabajo de Parto		
	5-6 centímetros de dilatación	7-8 centímetros de dilatación	9-10 centímetros de dilatación
Presión Arterial	/	/	/
Frecuencia cardíaca			
Frecuencia Respiratoria			
Temperatura Corporal			

DURACIÓN DE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO.

Tiempo	Fase Activa del Trabajo de Parto			
	5-6 centímetros de dilatación	7-8 centímetros de dilatación	9-10 centímetros de dilatación	Total
Duración de la dilatación				

ANEXO 2

**“EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO
DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO-AGOSTO 2018.”**

LISTA DE COTEJO

Evaluación durante las contracciones	Respuesta Fisiológica	Puntaje		
		5-6 cm de dilatación	7-8 cm de dilatación	9-10 cm de dilatación
Musculatura facial	Relajada	0	0	0
	Tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	1	1	1
	Ceño fruncido y/o dientes apretados	2	2	2
Tranquilidad	Tranquilo, relajado, movimientos normales	0	0	0
	Movimientos de Inquietud o de posición como morderse los labios, estado de tensión, etc.	1	1	1
	Movimientos frecuentes, incluye cabeza o extremidades	2	2	2
Tono muscular	Normal	0	0	0
	Aumentado. Flexión de dedos y manos	1	1	1
	Rígido	2	2	2
Respuesta verbal	Normal (No se evidencia quejas, lloros, quejidos,)	0	0	0
	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	1	1	1
	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	2	2	2

Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	0	0	0
	Fácil de distraer o se tranquiliza con el tacto y/o la voz.	1	1	1
	Difícil de estar tranquilo con el tacto o con el habla	2	2	2
Total				

Puntuación:

No dolor	0 puntos
Dolor leve-moderado	1 - 3 puntos
Dolor moderado grave	4 - 6 puntos
Dolor muy intenso	7 – 10 puntos

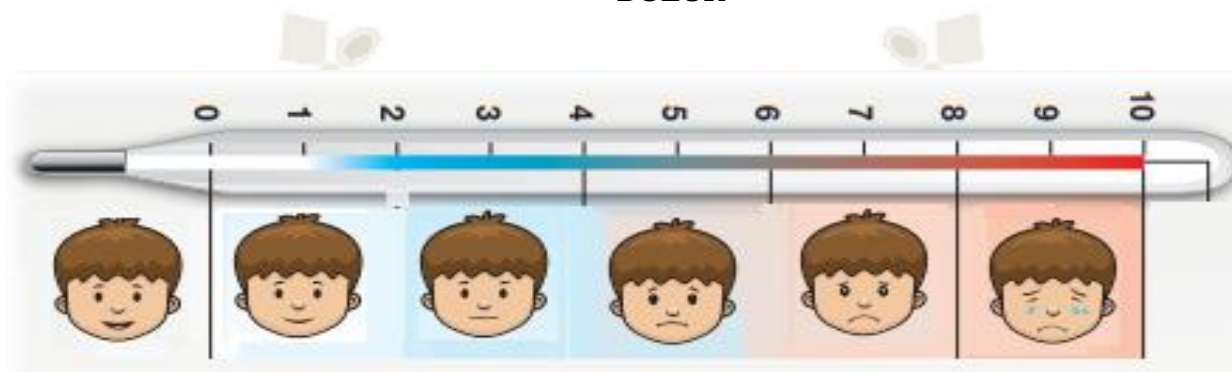
Resultado:

5-6 cm de dilatación	
7-8 cm de dilatación	
9-10 cm de dilatación	

ANEXO 3

“EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO-AGOSTO 2018.”

EVALUACIÓN DEL DOLOR MEDIANTE LA ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR



Indique la Intensidad de Dolor que percibe, desde 1 (Leve Dolor) hasta Máximo Dolor (10).

Fase Activa del Trabajo de Parto		
5-6 cm de dilatación	7-8 cm de dilatación	9-10 cm de dilatación

Puntaje:

Dolor leve	1 – 3 puntos
Dolor moderado	4 – 6 puntos
Dolor intenso	7 – 9 puntos
Insoportable	10 puntos

Resultado:

5-6 cm de dilatación	
7-8 cm de dilatación	
9-10 cm de dilatación	

ANEXO 4

**“EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO
DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO-AGOSTO 2018.”**

CÉDULA DE ENTREVISTA

1. Edad: _____ años
2. Características Obstétricas
 - a. G_____P_____A_____Hv_____Hm_____
 - b. Edad gestacional: _____ semanas
 - c. Número CPN: ()
 - d. Patología en el embarazo: si / no
 - e. Ingreso a sala de partos: _____ cm de dilatación
3. Aceptación del trabajo de investigación: si / no

ANEXO 5

“EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA EN LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO-AGOSTO 2018.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores:

Bachilleres en Obstetricia Vergara Sánchez, Fiorella Ycnalee.

Bachilleres en Obstetricia Rodríguez Salas, Deysi Stephany.

Lugar: Arequipa, C.S. Maritza Campos Díaz Zamácola.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por las bachilleres en Obstetricia y Puericultura de la UCSM, Rodríguez Salas, Deysi Stephany y Vergara Sánchez, Fiorella Ycnalee. La meta de este estudio es determinar si la terapia musical influye en el dolor y la duración de la fase activa del trabajo de parto en gestantes primerizas.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una serie de preguntas que serán tomadas en tres momentos antes del parto. Los cuestionarios utilizados evaluarán sus características personales y obstétricas, su evolución durante la dilación, sus expresiones y sensaciones. Cada momento de la recolección de datos durará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Eso quiere decir que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Los riesgos asociados a este estudio son mínimos puesto que no afectará directamente la integridad física de su persona, mas puede causar incomodidad por indagar algunas sensaciones durante la fase de dilatación, lo cual es necesario para poder averiguar cuáles son las características de su evolución desde que usted se encuentra 5 cm hasta que complete su dilatación.

Los participantes de este estudio no recibirán incentivos monetarios algunos. Sin embargo, recibirán el apoyo y acompañamiento durante todo el proceso de dilatación y la participante podrá contar con una copia de sus resultados, si lo solicitase.

Si firma este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y recibido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

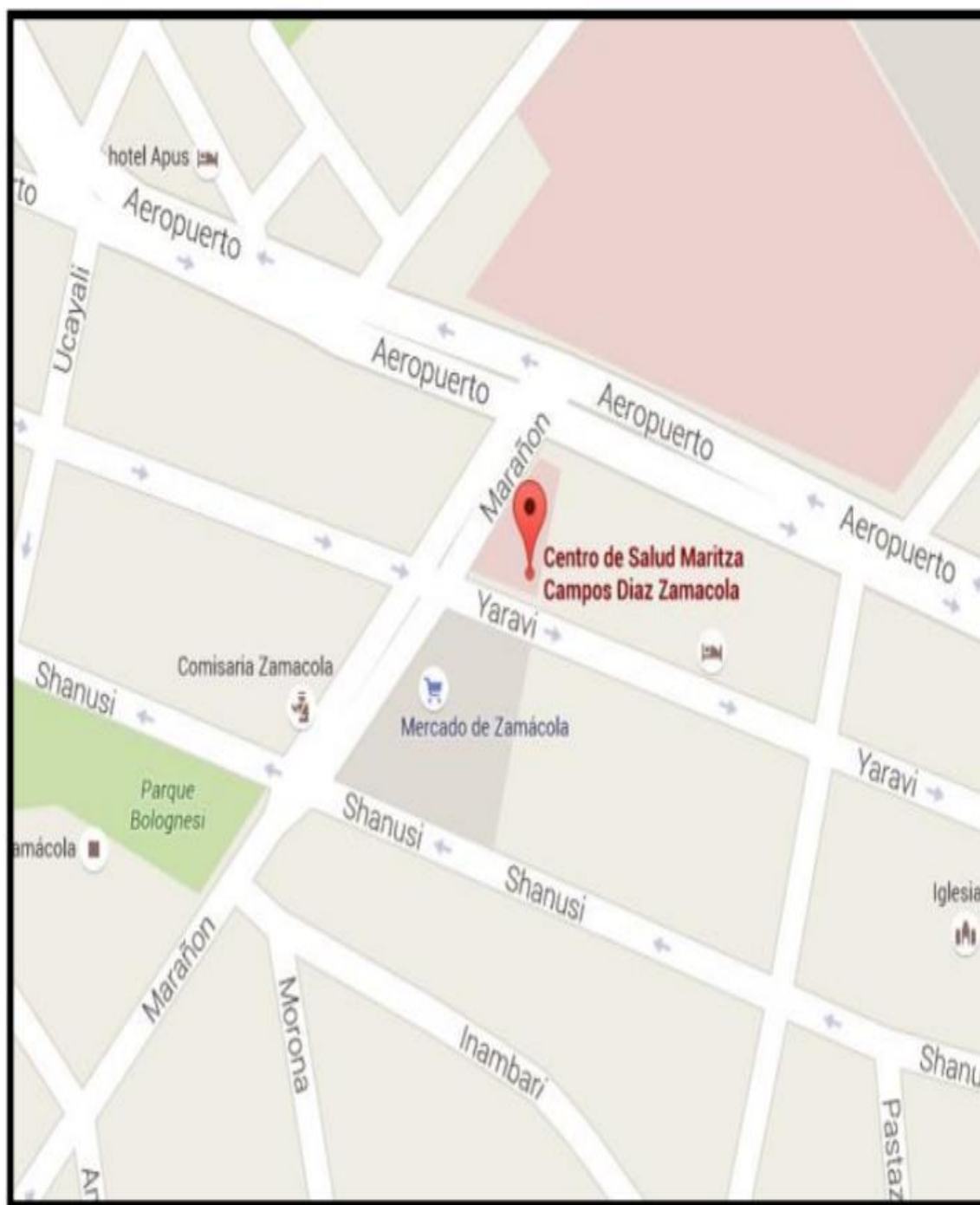
Nombre del participante

Firma

Fecha

ANEXO 6

UBICACIÓN PANORÁMICA SATELITAL DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ.



Fuente: Google

ANEXO 7

AUTORIZACIONES



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, julio 03 de 2018

OFICIO N° 307-FOYP-2018

Señor Doctor
LUIS FERNANDO VALENCIA BORDA
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED AREQUIPA- CAYLLOMA
Presente.-

Asunto: Autorización para realizar Investigación Experimental.

Tengo a bien dirigirme a usted, para manifestarle que uno de los requisitos para la titulación de nuestros egresados de la Facultad de Obstetricia y Puericultura es realizar un trabajo de investigación sobre nuestra carrera profesional, para lo cual las señoritas Bachilleres **DEYSI STEPHANY RODRÍGUEZ SALAS** y **IORELLA YCNALÉE VERGARA SÁNCHEZ**, están realizando el trabajo de investigación experimental titulado “**EFFECTO DE LA MUSICOTERAPIA SOBRE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ ZAMÁCOLA. AREQUIPA. JULIO - AGOSTO 2018**”, considerando el tema, se solicita su apoyo para que las indicadas Bachilleres puedan realizar su Investigación Experimental a las gestantes en trabajo de parto atendidas en el hospital que usted tan acertadamente dirige.

Sin otro particular, y agradeciendo la atención que le merezca la presente, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



Mster. RICARDINA FLORES FLORES
Decana de la Facultad de Obstetricia
y Puericultura de la UCSM

RFF/DFCyP
Rca

1370568 -- 916183

03 JUL 2018

1220

01



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES"
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"
"AÑO DE LA IGUALDAD Y LA NO VIOLENCIA CONTRA LA MUJER"



MEMORANDO N° 897 -2018-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-D-PERS-CAP.

PARA : C.D. JUAN ALARCON ARENAS
MEDICO JEFE DE LA MICRORRED DE SALUD ZAMACOLA

ASUNTO : Trabajo de Investigación

REFERENCIA : Documento N° 01370568, Exp. de Registro N° 916183

FECHA : Arequipa, 14 de Julio del 2018.

Por intermedio del presente expreso mi saludo y a la vez me permito presentar a las señoritas :

- RODRIGUEZ SALAS, DEYSI
- VERGARA SANCHEZ, FIORELLA YCNALEE

Egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura, de la Universidad Católica de Santa María, quienes con fines de titulación están realizando un trabajo de investigación titulado "Efecto de la Musicoterapia Sobre la Fase Activa del Trabajo de Parto en Gestantes Primigestas Atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Zamacola, Arequipa Julio-Agosto 2018", por lo que requieren realizar su investigación Experimental a las gestantes en trabajo de parto atendidas en la Microrred a su cargo. En tal sentido se autoriza a dichas profesionales la realización de la misma, por un periodo de tres ((3)) meses.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CATOLICA
Dr. Luis Fernando Valencia Borda
DIRECTOR EJECUTIVO
CNP: 33994

LFVB/JMR/UMGS/VN/C/cpc.
Con copia CC : Archivo
Se adjunta : Pers, Cap.

SISGEDO Reg. Documento: 2018-1400758

SISGEDO Reg. Expediente: 2018-0916183

Fólios : (001)



www.redperiferica.aqp.gob.pe

AREQUIPA SOMOS TODOS

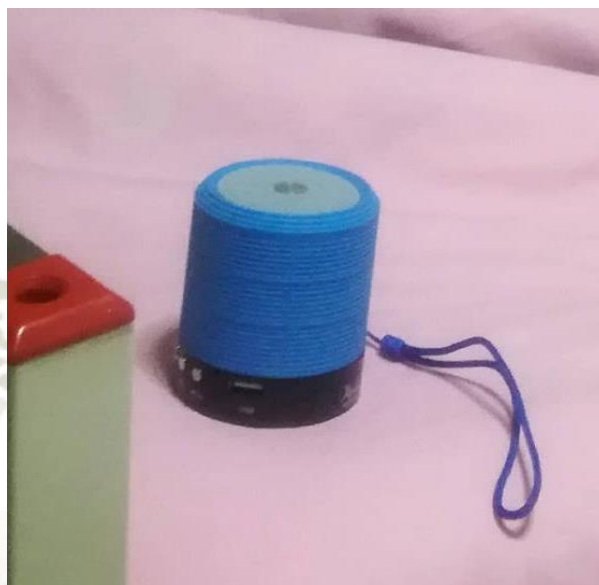
Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes
Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424
T. 054-200823 - 206777 - 202279

ANEXO 8

MATERIALES



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

ANEXO 9

EVIDENCIAS



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



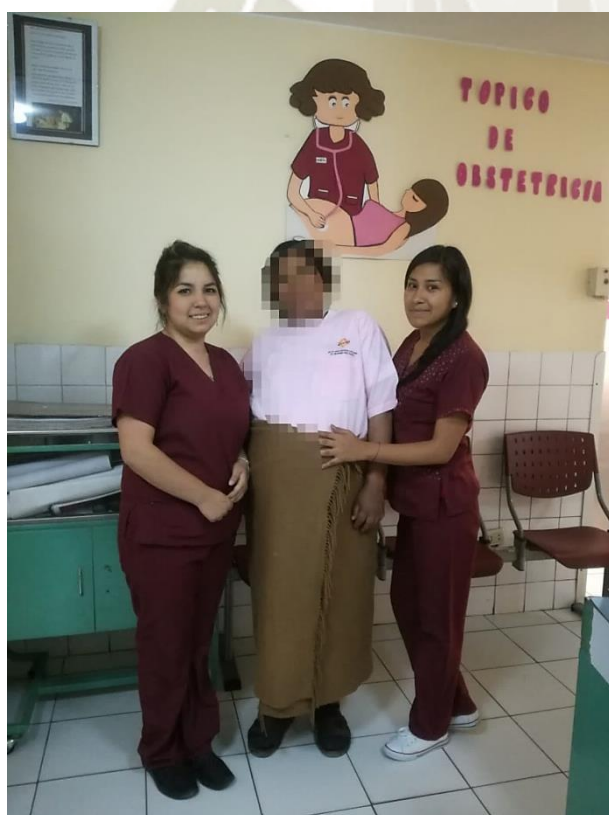
Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

ANEXO 10

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ID	Musicoterapia	Edad	Ingreso Dilatación	Presión arterial 5-6 cm	Presión arterial 5-6	Presión arterial 7-8 cm	Presión arterial 7-8	Presión arterial 9-10 cm	Presión arterial 9-10
1	Si	23	5	120/60	Normal	120/70	Normal	120/65	Normal
2	Si	22	3	110/70	Normal	110/70	Normal	100/60	Optima
3	Si	22	3	100/70	Normal	110/60	Normal	110/70	Normal
4	Si	23	3	110/60	Normal	100/60	Normal	100/60	Optima
5	Si	20	4	110/60	Normal	120/65	Normal	110/60	Normal
6	Si	18	4	100/60	Normal	110/70	Normal	100/60	Optima
7	Si	26	5	100/70	Normal	110/70	Normal	110/75	Normal
8	Si	27	3	110/70	Normal	110/70	Normal	110/70	Normal
9	Si	20	5	110/70	Normal	120/70	Normal	115/70	Normal
10	Si	23	3	100/60	Optima	100/60	Optima	110/60	Normal
11	Si	25	3	100/60	Optima	110/70	Normal	110/70	Normal
12	Si	20	4	90/60	Optima	90/60	Optima	90/60	Optima
13	Si	20	4	100/60	Optima	100/60	Optima	100/60	Optima
14	Si	19	3	110/70	Normal	110/70	Normal	110/70	Normal
15	Si	24	4	110/60	Normal	110/60	Normal	110/60	Normal
16	No	24	5	110/60	Normal	100/60	Optima	100/60	Optima
17	No	19	5	110/70	Normal	110/70	Normal	110/70	Normal
18	No	19	3	100/50	Optima	100/60	Optima	100/60	Optima
19	No	33	4	100/70	Optima	110/70	Normal	110/70	Normal
20	No	21	3	100/60	Optima	100/65	Optima	100/65	Optima
21	No	23	3	120/70	Normal	120/75	Normal	120/75	Normal
22	No	20	3	120/70	Normal	120/70	Normal	110/70	Normal
23	No	20	3	110/60	Normal	120/60	Normal	120/60	Normal
24	No	27	4	130/75	Normal	120/70	Normal	120/70	Normal
25	No	21	4	110/70	Normal	110/70	Normal	110/75	Normal
26	No	17	5	100/60	Optima	100/65	Optima	100/65	Optima
27	No	20	3	120/60	Normal	120/60	Normal	120/60	Normal
28	No	25	3	110/70	Normal	110/70	Normal	110/75	Normal
29	No	18	3	100/70	Normal	100/70	Optima	100/75	Normal
30	No	19	3	100/70	Normal	110/70	Normal	110/60	Normal

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ID	Musicoterapia	Frecuencia Cardíaca 5-6 cm	Frecuencia Cardíaca 7-8 cm	Frecuencia Cardíaca 9-10 cm	Frecuencia Respiratoria 5-6 cm	Frecuencia Respiratoria 7-8 cm	Frecuencia Respiratoria 9-10 cm
1	Si	74	76	77	20	18	22
2	Si	72	70	70	12	14	14
3	Si	80	74	76	16	18	16
4	Si	80	78	76	17	15	16
5	Si	76	74	72	16	18	17
6	Si	70	74	72	16	18	18
7	Si	80	84	86	16	14	18
8	Si	92	90	85	16	16	16
9	Si	80	80	75	18	16	18
10	Si	72	70	72	18	16	18
11	Si	62	64	64	16	18	18
12	Si	72	70	70	19	18	19
13	Si	80	80	78	14	14	12
14	Si	80	82	82	18	18	18
15	Si	80	80	78	18	16	16
16	No	78	65	72	18	17	19
17	No	72	78	84	16	18	18
18	No	78	74	79	14	17	18
19	No	74	78	75	18	19	17
20	No	72	74	77	18	18	15
21	No	78	79	87	18	17	19
22	No	65	70	68	18	18	16
23	No	80	82	82	18	18	18
24	No	80	82	81	19	17	19
25	No	84	78	82	18	18	19
26	No	74	78	77	16	18	18
27	No	72	74	76	18	18	20
28	No	86	82	86	14	16	18
29	No	74	78	82	16	16	18
30	No	70	74	76	16	18	18

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ID	Musicoterapia	Temperatura Corporal 5-6cm	Temperatura Corporal 7-8cm	Temperatura Corporal 9-10cm	Duración 5-6 cm	Duración cinco-seis COD	Duración 7-8 cm	Duración siete-ocho COD
1	Si	36.4	36.3	36.4	1	1-2 horas	1.23	1-2 horas
2	Si	36.2	36.3	36.2	1	1-2 horas	1.1	1-2 horas
3	Si	36.6	36.7	36.8	1	1-2 horas	1.1	1-2 horas
4	Si	36.6	36.3	36.3	2	1-2 horas	1.1	1-2 horas
5	Si	36.3	36.4	36.3	0	< de 1 hora	0	< de 1 hora
6	Si	36.4	36.5	36.4	0	< de 1 hora	0	< de 1 hora
7	Si	36.4	36.2	36	1	1-2 horas	1.1	1-2 horas
8	Si	37.4	37.2	37	0	< de 1 hora	1	1-2 horas
9	Si	36.1	36.4	36.5	1	1-2 horas	1.25	1-2 horas
10	Si	36.5	36.7	36.6	0	< de 1 hora	1	1-2 horas
11	Si	36.8	36.9	36.9	1	1-2 horas	1.2	1-2 horas
12	Si	36.8	36.5	36.5	0	< de 1 hora	2	1-2 horas
13	Si	36	36	36	0	< de 1 hora	0	< de 1 hora
14	Si	36.5	36.6	36.6	0	< de 1 hora	0	< de 1 hora
15	Si	36	36	36	1	1-2 horas	1	1-2 horas
16	No	36	36	36	1	1-2 horas	3	2-3 horas
17	No	36.9	36.2	36.5	1	1-2 horas	2.1	2-3 horas
18	No	36.4	36.3	36	1	1-2 horas	2	1-2 horas
19	No	36.2	36.2	36	0	< de 1 hora	2.5	2-3 horas
20	No	36.2	36	36	0	< de 1 hora	1.1	1-2 horas
21	No	36.7	36	36.5	1	1-2 horas	3	2-3 horas
22	No	37	36.5	36.5	2	1-2 horas	2.18	2-3 horas
23	No	36.7	36.8	36.6	3	2-3 horas	2	1-2 horas
24	No	36.2	36.5	36.5	2	2-3 horas	1.3	1-2 horas
25	No	36.1	36.5	36.5	2	2-3 horas	1.3	1-2 horas
26	No	36.2	36.3	36.5	1	1-2 horas	2	1-2 horas
27	No	36.3	36.4	36.4	3	2-3 horas	1.3	1-2 horas
28	No	36.4	36.5	36.6	0	< de 1 hora	4	3-4 horas
29	No	36.4	36.4	36.5	0	< de 1 hora	1	1-2 horas
30	No	36.8	36.9	36.7	2	1-2 horas	2.3	2-3 horas

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ID	Musicoterapia	Duración 9-10 cm	Duración nueve-diez COD	Duración Trabajo de Parto	Duración COD	Dolor 5-6 cm	Dolor 7-8 cm
1	Si	0	< de 1 hora	3.45	3-4 horas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
2	Si	0	< de 1 hora	3.36	3-4 horas	Dolor moderado-grave	Dolor leve-moderado
3	Si	1	1-2 horas	3.1	3-4 horas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
4	Si	1	1-2 horas	3.15	3-4 horas	Dolor moderado-grave	Dolor moderado-grave
5	Si	1	1-2 horas	2.5	2-3 horas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
6	Si	1	1-2 horas	2.5	2-3 horas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
7	Si	0	< de 1 hora	2.5	2-3 horas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
8	Si	0	< de 1 hora	2.45	2-3 horas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
9	Si	1	1-2 horas	3.28	3-4 horas	Dolor leve-moderado	Dolor leve-moderado
10	Si	0	< de 1 hora	2.38	2-3 horas	Dolor leve-moderado	Dolor leve-moderado
11	Si	1	1-2 horas	4	3-4 horas	Dolor leve-moderado	Dolor leve-moderado
12	Si	1	1-2 horas	3.4	3-4 horas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
13	Si	1	1-2 horas	2	1-2 horas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
14	Si	0	< de 1 hora	1.1	1-2 horas	Dolor leve-moderado	Dolor leve-moderado
15	Si	1	1-2 horas	3	2-3 horas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
16	No	0	< de 1 hora	4.53	4 a mas	Dolor moderado-grave	Dolor moderado-grave
17	No	2	1-2 horas	5.4	4 a mas	Dolor moderado-grave	Dolor moderado-grave
18	No	1	1-2 horas	4.45	4 a mas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
19	No	2	2-3 horas	6.11	4 a mas	Dolor moderado-grave	Dolor moderado-grave
20	No	0	< de 1 hora	2.25	2-3 horas	Dolor moderado-grave	Dolor moderado-grave
21	No	1	1-2 horas	5.15	4 a mas	Dolor moderado-grave	Dolor moderado-grave
22	No	1	1-2 horas	5.48	4 a mas	Dolor moderado-grave	Dolor moderado-grave
23	No	4	4 a mas	9.3	4 a mas	Dolor moderado-grave	Dolor muy intenso
24	No	0	< de 1 hora	4.3	4 a mas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
25	No	0	< de 1 hora	4.3	4 a mas	Dolor moderado-grave	Dolor muy intenso
26	No	1	1-2 horas	4.4	4 a mas	Dolor leve-moderado	Dolor moderado-grave
27	No	1	1-2 horas	5.2	4 a mas	Dolor moderado-grave	Dolor moderado-grave
28	No	2	1-2 horas	6.3	4 a mas	Dolor moderado-grave	Dolor moderado-grave
29	No	0	< de 1 hora	2.2	2-3 horas	Dolor moderado-grave	Dolor moderado-grave
30	No	2	2-3 horas	6.45	4 a mas	Dolor moderado-grave	Dolor moderado-grave

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ID	Musicoterapia	Dolor 9-10 cm	EVA 5-6 cm	EVA 7-8 cm	EVA 9-10 cm
1	Si	Dolor moderado-grave	Dolor moderado	Dolor intenso	Dolor intenso
2	Si	Dolor leve-moderado	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
3	Si	Dolor moderado-grave	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
4	Si	Dolor moderado-grave	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
5	Si	Dolor moderado-grave	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
6	Si	Dolor moderado-grave	Dolor moderado	Dolor intenso	Dolor intenso
7	Si	Dolor moderado-grave	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
8	Si	Dolor moderado-grave	Dolor moderado	Dolor moderado	Dolor intenso
9	Si	Dolor moderado-grave	Dolor moderado	Dolor intenso	Dolor intenso
10	Si	Dolor moderado-grave	Dolor moderado	Dolor intenso	Dolor intenso
11	Si	Dolor moderado-grave	Dolor moderado	Dolor intenso	Dolor intenso
12	Si	Dolor moderado-grave	Dolor moderado	Dolor intenso	Dolor intenso
13	Si	Dolor moderado-grave	Dolor moderado	Dolor intenso	Dolor intenso
14	Si	Dolor moderado-grave	Dolor moderado	Dolor intenso	Dolor intenso
15	Si	Dolor moderado-grave	Dolor moderado	Dolor moderado	Dolor intenso
16	No	Dolor muy intenso	Insoportable	Insoportable	Insoportable
17	No	Dolor muy intenso	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
18	No	Dolor muy intenso	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
19	No	Dolor muy intenso	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
20	No	Dolor muy intenso	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
21	No	Dolor muy intenso	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
22	No	Dolor muy intenso	Dolor intenso	Dolor intenso	Insoportable
23	No	Dolor muy intenso	Dolor intenso	Dolor intenso	Insoportable
24	No	Dolor muy intenso	Dolor moderado	Dolor intenso	Dolor intenso
25	No	Dolor muy intenso	Dolor intenso	Dolor intenso	Dolor intenso
26	No	Dolor muy intenso	Dolor moderado	Dolor intenso	Insoportable
27	No	Dolor muy intenso	Dolor intenso	Dolor intenso	Insoportable
28	No	Dolor muy intenso	Dolor moderado	Dolor intenso	Insoportable
29	No	Dolor muy intenso	Dolor intenso	Dolor intenso	Insoportable
30	No	Dolor muy intenso	Dolor moderado	Dolor intenso	Insoportable