UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA COMO METODO PSICOPROFILACTICO EN LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO" HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE - PNP. CAP. "JOSE A. QUIÑONES GONZALES" - CHICLAYO - OCTUBRE 1996 - JULIO 1997

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRIZ

BACHILLER:

DIANA ELENA SILVA MEJIA

ASESOR (A):

OBST. EVANGELINA AMPUERO FERNANDEZ

CO-ASESORES:

DR. LUIS E. CHACALIAZA DONAYRE

LIC. JUAN ANTON PEREZ

TARAPOTO - PERU

2000

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"INFLUENCIA DE LA MUSICOTERAPIA COMO METODO PSICOPROFILACTICO EN LA DURACION DEL TRABAJO DE PARTO" HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE - PNP. CAP. "JOSE A. QUIÑONES GONZALES" - CHICLAYO. OCTUBRE 1996 - JULIO 1997

PRESENTADO POR :

BACH. DIANA ELENA SILVA MEJIA

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ

JURADO CALIFICADOR

Médico, Federico Tinta Junco

Obst. M.Sc. Lolita Arévalo Fasanando

Obst. Juan Carlos Herrera Vásquez

TARAPOTO - PERU

2000

DEDICATORIA

A mis padres, Adriano e Hilda.
Por su fe y apoyo constante
durante mis estudios.

A Luis Edilberto, mi esposo.
Por su invalorable apoyo y
comprensión, con amor.

A mis hijas, Diana de Los Angeles,
Lourdes del Rosario y mi hermana
Claudia por acompañarme en el difícil
camino de la vida, con mucho amor.

Diana Elena Silva Mejía.

AGRADECIMIENTO

A la Obstetriz Evangelina Ampuero Fernández.

Al Dr. Luis E. Chacaliaza Donayre.

Al Lic. Estadístico: Juan Antón Pérez.

Por el asesoramiento brindado en la elaboración de la presente Tesis.

A la Universidad Nacional de San Martin-Tarapoto.

A los docentes

Gracias a su apoyo hicieron posible la realización del presente trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN 6

INTRODUCCIÓN 8

MARCO TEORICO 9

PROBLEMA 14

HIPOTESIS 14

OBJETIVOS 14

MATERIAL Y MÉTODO 20

RESULTADOS 25

DISCUSIÓN 46

CONCLUSIONES 58

RECOMENDACIONES 59

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 60

ANEXOS 66

I.- RESUMEN

Con el objetivo general de determinar la influencia de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico en la disminución del trabajo de parto, se realizó la presente investigación en gestantes que acudieron para consulta de control pre natal al Hospital Regional del Norte de la PNP CAP " José A. Quiñones González " de Chiclayo, durante el período de Octubre de 1996 a Julio 1997.

La investigación fue cuasi - experimental y longitudinal. El diseño de contrastación de la hipótesis utilizado fue el de Ensayo Clínico Controlado.

Los grupos fueron homogéneos, respecto a la edad, estado civil, grado de instrucción y paridad.

La muestra estuvo constituida por 35 gestantes, captadas desde las 28 semanas de gestación y que conformaron el grupo experimental con aplicación de la Musicoterapia, y 35 gestantes conformaron el grupo testigo (sin aplicación de la Musicoterapia).

Resaltando que en la parte práctica se utilizó la Música tanto en la gimnasia como en la relajación.

Entre los principales resultados hallados:

- La duración promedio del trabajo de parto de gestantes que recibieron Musicoterapia (8.68 ± 4.09 hrs) fue significantemente menor que la duración promedio observada en la gestantes que no recibieron.
- Las gestantes que recibieron Musicoterapia en su mayoría manifestaron un dolor leve (62.86 %) y moderado (34.28 %), en comparación con lo observado en las gestantes que no recibieron este método, quienes manifestaron un dolor severo (45.72 %) y muy severo (28.57 %)

II.- INTRODUCCIÓN

Todos sabemos que ciertas melodías pueden conseguir alterar nuestro estado de ánimo. La sensación de exaltación que experimentamos al escuchar un Allegro de Vivaldi es diametralmente opuesta a la placidez que nos invade con el " Adagio " en sol menor con Albinoni.

Por lo tanto:

La Musicoterapia es la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica y preventiva. La Musicoterapia une la Psicología del ser humano, desde la intervención con esta técnica se puede abordar diferentes estados de la persona, psíquicos o físicos y no influye la edad ni condición del sujeto, dicha técnica se realiza en forma individual y en grupo por lo que el abanico de intervención es muy amplio y ayuda a las personas a superar sus problemas desde un aspecto más global y sobre todo más humano fomentando la parte más lúdica y expresiva del individuo.

La fundamentación científica de la Musicoterapia y su difusión en todo el mundo tanto en el campo de la Rehabilitación física y social como en el campo de la Obstetricia, en el ámbito escolar y la educación especial son hechos relativamente recientes dado que la carrera universitaria de Musicoterapia existe sólo desde la década de los 50 en EE.UU. y progresivamente en la mayor parte de los países.

La Musicoterapia es utilizada por varios especialistas de la Sicología y algunos Médicos para aliviar un sinnúmero de enfermedades o invalidez pero fundamentalmente trastornos emocionales como depresión, tristeza, migrañas, síndrome nervioso, afecciones reumáticas, entre otros.

La Musicoterapia es la primera técnica de acercamiento al ser humano, este como Método Psicoprofiláctico es una nueva disciplina de lo sensible se dirige a todas las partes de la gestante: su cuerpo, su psiquismo, su emotividad, su pensamiento y su bebé. El esquema básico de trabajo en esta disciplina contempla tres aspectos:

La interacción positiva de la gestante con otros seres, la autoestima y el empleo del ritmo como elemento generador de energía y orden. [50]

El poder curativo de la música se conoce desde la antigüedad (hindúes, egipcios, mayas, etc.). Con el correr de los siglos apenas se presta atención a los posibles poderes curativos de la música. Felipe V enfermo de depresiones, se rebeló a todo tratamiento y es cuando gracias al canto de Farinelli superó dicha depresión Asimismo Jorge III de Inglaterra tuvo una curación similar (Poch, España 1998).[45]

Garx - L (España 1999)[23] en su ensayo " Experimentar la música " reseñó: "... En el sur de España los músicos de Flamenco también entran en una especie de exhortación cantando sus canciones de amor y protesta, lo curioso es que a través de sus guitarras también consiguen sanar enfermos..."

Para el Dr. Vega Balaños (Nicaragua 1999) [56] la música tiene una influencia mágica digna de someterse a grandes análisis. Además las composiciones y arreglos musicales con letras románticas o agitativas generan y resuelven problemas biológicos en su totalidad. Reseñó que la Musicoterapia fue utilizada por la civilización de los griegos, quienes analizaron y comprendieron los positivos resultados de la musicoterapia. Quienes fueron grandes emprendedores de este sistema para aliviar diversos malestares en los pacientes fueron los genios de Aristóteles y Platón, que son calificados como los actuales de esta efectiva terapia que hoy se aplica en civilización que entrará al tercer Milenio.

Vega [56] recordó que durante la segunda guerra mundial, los militares médicos, enfermeras y paramédicos entre otros aplicaban la Musicoterapia para contrarrestar los efectos de los bombardeos que dejaron mutilados a miles de personas y soldados lograron positivos resultados.

En 1930 se abre una clínica Privada en Nueva York donde se realizaron los primeros ensayos con Musicoterapia cuyos resultados fueron altamente satisfactorios. Efectivamente quedó demostrado que la acción de la Música es una terapia eficaz que obra a través del sistema nervioso y en los estados emotivos. [45]

Después de una exhaustiva búsqueda bibliográfica, no se encontró trabajos de investigación de igual naturaleza, sin embargo algunos autores señalan:

Claudio Naranjo, España 1992 [40] afirma que la música mas allá de reflejar placer, dolor y los variables estados de la mente cotidiana, sirve (en el mejor de los casos) como vehículo a la expresión de vivencias espirituales.

Pablo Torres (México 1999)[53] investigador, músico y educador con más de veinte años de experiencia y practica de la musicaterapia creó el Programa de Musicoterapia para el desarrollo intrauterino dirigido a las futuras mamás que se encuentran esperando un bebé. Aportando los siguientes beneficios: A través de una adecuada estimulación musical puede propiciar el desarrollo de todas las capacidades cognitivas (memoria, atención, creatividad, etc), motrices (movimientos) y por su puesto efectivo (seguridad, autoestima, sensibilidad, etc). Además de facilitar todos los procesos de adquisición del lenguaje.

Poch (España 1999) [45] , en su compendio de Musicoterapia describe las aplicaciones clínicas de la Musicoterapia: en Psicoterapia, Fisioterapia, Socioterapia usándose así mismo en Medicina curativa y preventiva. Aconseja su utilización en todas las enfermedades Psicógenas, sobre todo en pacientes sicóticos con problemas de relación interpersonal.

Un uso muy conocido de la musicoterapia en la vida cotidiana es la canción de cuna. La canción de cuna original está compuesta de los latidos del corazón de la madre, lo cual el feto percibe como un fenómeno vital y esencial que le suministra seguridad. Estos dos factores: la dulce voz de la madre y el ritmo

regular del latido del corazón son los que nos reencontramos en la canción de cuna. El ser humano queda marcado durante toda la vida por este recuerdo relajante que buscará inconscientemente en el momento de dormir. La música bien adaptada a estos criterios es una gran alternativa para los casos de insomnios.

Sánchez Jacinto [50] (Musicoterapeuta por CIM-BILBAO España, 1999) manifiesta: El acto musical ejercita la polisensorialidad : La sensibilidad táctil se podría considerar vibrotactil ya que se trata de la sensibilidad a los sonidos musicales, el oído en particular en la fase perceptiva que puede llevar al individuo al escuchar, la vista que permite preparar el gesto musical y apreciar las reacciones de los demás ante lo que se ha emitido u oído, el gusto y el olfato que aportan valiosísimas informaciones adicionales acerca del material sonoro, el instrumento... El mismo autor realizó una investigación donde aplicó la Musicoterapia como método de relajación en pacientes con Ansiedad obteniendo resultados muy favorables. Entre la música más adecuada para la Ansiedad destacó. La sinfonía Linz (Mozart), las cuatro estaciones (vivaldi), concierto de Aranjuez (Rodrigo).

Una gestante con gran miedo al Parto no está en condiciones para " ESCUCHAR " las indicaciones del médico u obstetriz, estará agotándose. Además al estar pendiente del dolor lo sentirá con mayor intensidad prolongando su trabajo de Parto. Para subsanar esto, se puede entrenar a una gestante para que esté concentrada en su embarazo normal, viviendo intensamente, disfrutando de su bebé

en útero y colaborando activamente con su respiración y esfuerzos específicos en el Parto. Los métodos de Psicoprofilaxis del Parto han logrado que sea cada vez mayor el número de mujeres que viven la experiencia de un Parto sin temor utilizando las Palabras: "Feliz " , " Rapidez", "Facilidad ", "Seguridad".

Teniendo conocimiento de los beneficios de la Musicoterapia y su escasa o nula aplicación en el Programa de Psicoprofilaxis se realizó el presente trabajo de investigación destacando su importancia en el hecho que permitió saber la manera en que influye la Musicoterapia como Método Psicofiláctico en la duración del trabajo de Parto, ya que una prolongación en la duración de este podría traer repercusiones negativas para la madre y su bebé. Además, se ofrece la Musicoterapia como método Psicoprofiláctico con la finalidad de evitar el desarrollo de complejos psicológicos, encerrando finalmente una preparación prenatal integral, hacia un embarazo, parto y post parto sin temor, extrapolándose hacia un abanico de ventajas que permitirá no sólo que la futura madre espere pasivamente su parto, sino que lo sepa disfrutar desde la gestación con la mejor actitud y confianza llevándola hacia un nacimiento seguro y feliz.

Lo expuesto fue motivo para el planteamiento del siguiente problema de investigación:

PROBLEMA

¿ Cómo influye la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico en la duración del trabajo de parto de gestantes atendidas en el Hospital Regional del Norte de la Policía Nacional del Perú - Cap José A. Quiñones Gonzáles de Chiclayo, durante el período Octubre de 1996 a Julio de 1997 ?

HIPOTESIS

La hipótesis de investigación fue la siguiente:

La Musicoterapia como método Psicoprofiláctico influye disminuyendo la duración del trabajo de parto de gestantes atendidas en el hospital Regional del Norte de la Policía Nacional del Perú Cap. " José A. Quiñones González", de Chiclayo durante el periodo de Octubre de 1996 a Julio de 1997.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la influencia de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico en la duración del trabajo de parto.

Objetivos Específicos:

1.- Describir los beneficios de la Musicoterapia como método Psicoprofiláctico en la disminución del tiempo de los diferentes periodos del trabajo de parto.

2.- Evaluar los beneficios de la Musicoterapia como método Psicoprofiláctico en la disminución de la percepción del dolor durante el trabajo de parto.

3.- Comparar el grado de Ansiedad durante la fase latente y conductiva mostrada durante el trabajo de Parto de una gestante preparada con Musicoterapia con relación a una no preparada.

4.- Identificar la ausencia de complicaciones materna de una gestante preparada con Musicoterapia con relación a una no preparada.

5.- Determinar y comparar la puntuación Apgar al minuto y 5 minutos del R.N. de parturientas preparadas con musicoterapia con relación a las no preparadas.

DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

1.- **ANSIEDAD:** Estado emotivo desagradable, que se origina por la persistencia de un deseo intenso que no puede realizarse. [46]

2.- **ANGUSTIA:** Tensión difusa atemorizadora y frecuente sin nombre, vivida, al igual que toda perturbación emocional, tanto en el plano psíquico (ansiedad), como en el plano somático (angustia). [46]

3.- **COMPORTAMIENTO:** Manera de conducirse de la Parturienta durante el trabajo de parto. [46]

4.- **CONDICIONAMIENTO:** Forma de aprendizaje en lo cual se produce una respuesta a un estímulo neutro previamente presentado de manera repetida en combinación con el estímulo que originalmente produjo una respuesta.[46]

5.- **CONDICIONAMIENTO OPERANTE:** Procedimiento mediante el cual se establecen respuestas adecuadas y se cambia la conducta, el experimentador espera que se produzca el comportamiento adecuado. [46]

6.- **CONDUCTA:** Acto o forma de comportarse. Actividad parcial o global de una persona especialmente la que puede observarse.[34]

7.-**COLABORACION:** Participación activa de la parturienta.

8.-**DECIBEL(dB):** Unidad usada para exprresar el cociente de dos fuerzsas, generalmente electricas o acústicas. Un decibel es igual aproximadamente a la diferencia minima en la fuerza auditiva o acustica que puede descubrir el oído humano

9.-**DOLOR:** Sensación molesta y aflictiva que puede ser por causa externa o interna. [46]

10.-FASE LATENTE: Se caracteriza por una dilatación lenta del cuello. Termina cuando la dilatación alcanza los 3cm. [52]

FASE LATENTE PROLONGADA: Toda prolongación de esta fase superior a 10 horas en la nulípara y a 15 en la primípara debe juzgarse excesiva. [13]

11.-FASE ACTIVA: Se caracteriza por una dilatación muy rápida. Mayor de 3 cm. hasta completar los 10cm. [52]

FASE ACTIVA PROLONGADA: Cuando la fase de dilatación en estos casos es inferior a 1-2 cm/horas en Nulíparas y a 1-5 cm/horas en Multíparas. (Normal: Nulíparas 1-2 cm/hora; Multípara 2 cm/hora). [13,52]

12.- EXPULSIVO: Comienza cuando la dilatación es completa: 10 cm, y termina con el nacimiento del bebe.

La duración máxima en Multípara no debe ser mayor delhora (duración Promedio es de 20 minutos), mientras que en las primíparas no debe ser mayor de 2 horas (duración promedio es de 50 minutos). [52]

13.- ALUMBRAMIENTO: Expulsión de la placenta y membranas después del nacimiento del bebé. Su duración no debe ser mayor de 30 minutos. [52]

14.-GIMNASIA: Ejercicio muscular sistemático que sigue un patrón rígido de postura libres, deliberadas y cuidadosamente elegidos [34]. La gimnasia persigue varios fines:

Formar un periné sólido y elástico que sirve de apoyo y no de obstáculos a la rotación y desplazamientos fetal, consiguiendo un adecuado desarrollo de la musculatura de la pared abdominal.

15.- **MUSICOTERAPIA:** Es la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica y preventiva a través de la relación que se establece entre el paciente o el grupo de pacientes y el musicoterapeuta. [56]

16.-**PARIDAD:** Estado de una mujer con respecto a los descendientes viables que le han nacido. [5]

PRIMIPARA: Mujer que se encuentra en trabajo de parto, siendo este el primero. [5]

MULTIPARA: Mujer que ha tenido dos ó más embarazos que dieron por resultados fetos viables. Se expresa para 2,3,4, etc.

17.- **PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA:** Técnica psicosomática para la atención del parto sin temor y sin dolor. Método que consiste en erradicar el miedo, la angustia de la mente de la madre administrándole una educación especial. [5]

18.- **RELAJACIÓN:** Aflojamiento de la tensión. [34]

Es una respuesta condicionada por medio de la palabra con la cual la madre va a respaldar al estimulo de la contracción durante el parto.

19.-**RESPIRACION:** Factor de mejoramiento del estado fisiológico a través de una adecuada oxigenación de los tejidos. Elemento fundamental en la modificación del reflejo condicionado PARTO – DOLOR, normalmente una adecuada oxigenación se logra mediante una conveniente respiración, se cumple en dos tiempos: inspiración y espiración. [5]

20.- **STRESS:** Palabra inglesa que implica una idea de violencia, de tensión, de coacción. [46]

21.- TEMOR: Es una manifestación psicoafectiva frente a una exigencia, a un agente tensor que nos pone en estado de alerta cuyo sinónimo es miedo, pavor, pánico, espanto, terror. [46]

22.- TENSION: Reacción especifica del organismo ante cualquier exigencia, lo que puede ocurrir frente al fracaso. [46]

23.-TRANQUILIDAD: Quieta, Sosegada, Pacífica.

24.-UMBRAL: Indica un límite en la excitación a partir del cual la sensación aparece, cambia o desaparece. [46]

III MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.- Metodología

El presente trabajo de investigación fue cuasi- experimental y longitudinal.

3.2.- Diseño Específico

Se utilizó el diseño de " Ensayo Clínico Controlado " .

GRUPO EXPERIMENTAL: Gestantes que recibieron Musicoterapia.

GRUPO CONTROL: Gestantes que no recibieron Musicoterapia.

CRITERIOS DE HOMOGENIZACIÓN: Edad, Estado Civil, Grado de Instrucción, Paridad.

3.3.- Población

Constituido por el conjunto de gestantes que acudieron al Servicio de Obstetricia del Hospital Regional del Norte de la Policía Nacional del Perú CAP " José A. Quiñones Gonzáles " - Chiclayo para recibir atención de sus partos, durante el periodo de Octubre de 1,996 a Julio de 1,997.

Criterios de Inclusión

- Gestantes que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.
- Gestantes con 28 a 32 semanas de amenorrea.
- Gestantes con feto único presentación cefálica.

Criterios de Exclusión

- Gestantes con antecedentes de cesárea.
- Gestantes con patología obstétrica.

- Gestantes con antecedentes de patología mental.
-
- Gestantes que usaron oxitocina durante el trabajo de parto.

3.4.- Muestra

Dado que se trató de un estudio comparativo de 2 grupos de gestantes (con y sin Musicoterapia), se consideró la duración del trabajo de parto en gestantes con Psicoprofilaxis (6,51 ± 1,51 hrs) y en gestantes sin Psicoprofilaxis (8,14 ± 2,32 hrs) , según informe de un estudio de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital Regional de Amazonas.

El tamaño de muestra (n) que se seleccionó de cada población se calculó con la sgte. fórmula :

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \; 2\,(Ds)^2}{(X1 - X2)^2}, \qquad \text{donde :}$$

n = n° de gestantes que hay que seleccionar de cada población como mínimo.

$Z\alpha$ y $Z\beta$: son valores de las variables " Z " de la distribución normal standar para valores α y β especificados.

Nivel de confianza: 95 % ($\alpha = 0.05$) $Z\,\alpha = 1.64$

Potencia de la prueba: 90 % ($\beta = 0.01$) $Z\,\beta = 1.28$

Ds = 2.32 (tomando la mayor desviación)

Reemplazando :

$$n = \frac{(1.64 + 1.28)^2 \quad 2\ (2.32)}{(8.14 - 6.51)^2} = 35$$

Unidad de Muestreo: Gestante que cumplió con los criterios de inclusión y de exclusión de la población de estudio, captada durante su CPN , seguida hasta 2 horas postalumbramiento.

Tipo de Muestreo: Se asignó cada gestante captada al azar a los grupos de estudio.

3.5.- Variables de Estudio

Variable Dependiente: Duración del trabajo de parto.

Incluye desde el inicio de la fase latente hasta el final del alumbramiento, medida por fases.

Indicador : horas

Escala : de intervalo.

Variable Independiente: Uso de la Musicoterapia. Como Método Psicoprofiláctico.

Según si a la gestante captada se le aplicó o no Musicoterapia que se adjunta en Anexos.

Indicador : si -no

Escala : nominal.

3.6.- Instrumento

Para recoger los datos estadísticos de las variables de estudio se elaboró un Formulario tipo cuestionario, que contuvo información general, datos clínicos de la gestante, así como las duraciones de las diferentes fases del trabajo de parto.

3.7.- Procedimiento o Técnicas Empleadas

Se utilizó el método de observación del fichaje.

Se procedió a solicitar el permiso, tanto del esposo como de la gestante captada para participar en el estudio.

Se trabajó con 35 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión, de exclusión y que conformaron el grupo de Musicoterapia, igual número de gestantes que cumplieron también los criterios de inclusión y de exclusión constituyeron el grupo control.

A las gestantes de ambos grupos (con y sin Musicoterapia.) Se les aperturó su ficha o registro de datos (formulario), en la que se anotó su filiación, asistencia al curso de psicoprofilaxis, o CPN de rutina, evaluación de los controles, así mismo los datos pertinentes de las variables para lograr los objetivos propuestos (ver Anexos).

Estos con la finalidad de ir seleccionando a las gestantes con los criterios de inclusión y de exclusión.

A las gestantes del grupo de estudio con Musicoterapia. se les impartió un curso cuyo contenido básico se muestra en Anexo 4.

Se instruyó a las gestantes de ambos grupos para que si inmediatamente les comenzaran las contracciones, anotarán la hora de inicio e hicieran una llamada telefónica a la investigadora, y acudieran inmediatamente al hospital de estudio.

La atención del trabajo de parto se hizo siguiendo los lineamientos del servicio de obstetricia de dicho hospital, incluyéndose la música durante el trabajo de parto en el grupo que recibió Musicoterapia. (Anexo 4).

Se efectuó un seguimiento a la gestante, hasta 2 horas después del alumbramiento.

Se evaluó:

- Duración del trabajo de parto en general y por fases.
- Conducta de la gestante en el trabajo de parto.
- Grado de ansiedad (Test de Zung).
- Grado de dolor durante el trabajo de parto manifestado por la gestante.
- Complicaciones durante el trabajo de parto.
- Puntaje Apgar al 1′ y a los 5′

3.8.- Procesamiento de Datos

A.- Análisis e Interpretación Descriptiva

Se realizó un análisis bivariante con medidas de tendencias control y de dispersión como la desviación standar.

B.- Análisis e Interpretación Inferencial

Se comparó el grupo de gestantes que recibieron Musicoterapia. con el grupo control, respecto a:

- Duración de los diferentes periodos del trabajo de parto - grado de dolor- conducta de la gestante- complicaciones durante el trabajo de parto y puntaje apgar al 1' y a los 5'.

Se utilizaron las pruebas estadísticas de Chi-Cuadrado y la " Z" normal Standar.

Todas las pruebas estadísticas se leyeron al 95 % de confiabilidad.

IV.- RESULTADOS

CUADRO Nº 01 : Los grupos de gestantes con Musicoterapia y de gestantes sin Musicoterapia fueron homogéneos respecto a la edad, ya que no se encontraron diferencias significativas respecto a esta variable ($p > 0.05$).

El 94.28 % de las gestantes que recibieron Musicoterapia tuvieron de 20 a 34 años de edad, el 2.86% de 15 a 19 años e igual porcentaje de 35 a 45 años de edad.

Similares porcentajes se encontraron en el grupo de gestantes sin Musicoterapia: de 20 a 34 años de edad (88.57 %) , de 15 a 19 años (8,57 %) y de 35 a 45 años (2.86).

CUADRO Nº 02 : Los grupos de gestantes que recibieron Musicoterapia y de gestantes que no recibieron Musicoterapia fueron homogéneos respecto al estado civil dado que no se encontraron diferencias significativas entre estos grupos en lo que se refiere a esta variable ($p > 0.05$).

El 91.43 % de las gestantes que recibieron Musicoterapia fueron casadas, al igual que el 97.14 % de las gestantes que no recibieron Musicoterapia.

CUADRO Nº 03 : No se encontraron diferencias significativas entre los grados de instrucción de gestantes que recibieron Musicoterapia y las gestantes que no recibieron este Método Psicoprofiláctico ($p> 0.05$).

El 54.29 % de las gestantes que recibieron Musicoterapia tuvieron algún grado de instrucción superior, el 40 % algún grado de instrucción secundaria y el 57 % algún grado de instrucción primaria.

Similares resultados se encontraron en las gestantes que no recibieron Musicoterapia, el 51.43 % con algún grado de instrucción superior, el 45.71 % con algún grado de instrucción secundaria y el 2.86 % algún grado de instrucción primaria.

CUADRO Nº 04 : No se encontraron diferencias significativas entre las paridades de gestantes que recibieron Musicoterapia y aquellas que no recibieron este Método Psicoprofiláctico ($p > 0.05$) ; lo que indica que estos grupos son homogéneos respecto a esta variable.

La mayoría del grupo experimental fueron nulíparas 65.71 % y sólo el 11.43 % fueron multíparas, resultados similares se encontraron en las gestantes del grupo control: el 57.14 % fueron nulíparas y el 22.86 % fueron multíparas.

CUADRO Nº 05: El 57.14 % de las gestantes del grupo experimental tuvieron una duración de la fase latente de 3.1 a 5 hrs. y sólo el 2.86 % tuvieron una duración de 9.1 a 11 hrs.

La duración promedio de la fase latente de gestantes que recibieron Musicoterapia fue de 4.61 ± 1,86 hrs.

Por otro lado, el 51.43 % de las gestantes que no recibieron Musicoterapia tuvieron una duración de la fase latente de 5.1 a 9 hrs, el 11.43 % de 13.1 a 19 hrs.

La duración promedio de la fase latente de gestantes sin Musicoterapia fue de 9.08 ± 3.67 hrs, siendo significativamente mayor que el observado en el grupo de gestantes que recibieron Musicoterapia ($p< 0.05$).

CUADRO Nº 06 : El 68.57 % de las gestantes del grupo experimental tuvieron una duración de la fase activa de 1 a 3 hrs y sólo el 5.71 % de 7.1 a 9 hrs.

El 51.43 % de los gestantes que no recibieron Musicoterapia tuvieron una duración de la fase activa de 3.1 a 5 hrs, el 11.43 % de 7.1 a 11 hrs.

La duración promedio de la fase activa en las gestantes del grupo experimental fue de 2.99 ± 1.73 hrs. resultado significativamente menor al promedio observado en las gestantes del grupo control que fue 4.62 ± 1.94 hrs ($p < 0.05$).

CUADRO Nº 07: El 80 % de las gestantes del grupo experimental tuvieron una duración del expulsivo de 1´a 10´ y el 2.86 % de 21´a 30´.

En el grupo control el 54.29 % de las gestantes tuvieron una duración del expulsivo de 11´ a 20´ y el 8.58 % de 21´a 50´.

La duración promedio del expulsivo en las gestantes del grupo experimental fue del 7.79´ ± 4.90´, siendo significativamente menor que la duración promedio del expulsivo observado en el grupo de gestantes del grupo control (13,5´ ± 8.68 ´) ($p < 0.05$).

CUADRO Nº 08 : El 62.86 % de las gestantes del grupo experimental tuvieron una duración del alumbramiento de 11´a 20´, mientras que en el grupo testigo el 57.14% de las gestantes tuvieron una duración del alumbramiento de 11´a 20´y el 17.14 % de 21´a 30´.

La duración promedio del alumbramiento de las gestantes del grupo experimental fue de 11.79′± 4.90 ′, un promedio significativamente se encontró en las gestantes del grupo control que fue de 14.64′± 6.58′(p< 0.05).

CUADRO N° 09: El 65.71 % de las gestantes que recibieron Musicoterapia tuvieron una duración del trabajo de parto de 3 a 9 hrs, sólo el 5.72 % tuvieron una duración de 17.1 a 21 hrs.

Por otro lado, el 65.72 % de las gestantes que no recibieron Musicoterapia tuvieron una duración del trabajo de parto de 9.1 a 17 hrs y 8.58 % una duración de 21.1 a 33 hrs.

La duración promedio del trabajo de parto de gestantes que recibieron Musicoterapia fue de 8.68 ± 4.09 hrs, resultado significativamente menor que la duración promedio del trabajo de parto de gestantes que no recibieron este Método Psicoprofiláctico el cual fue de 14.28 ± 5.35 hrs (p < 0.05).

CUADRO N° 10: Se encontraron diferencias significativas entre los grados de ansiedad de las gestantes que recibieron Musicoterapia y aquellas que no recibieron este Método Psicoprofiláctico (p < 0.05).

El 74.29 % de las gestantes que recibieron Musicoterapia no presentaron algún grado de ansiedad fuera de los límites normales, el 25.71% presentaron ansiedad mínima o moderada.

Por otro lado, el 48.57 % de las gestantes que no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica presentaron ansiedad severa, el 37.14 % presentaron ansiedad mínima o moderada y el 2.86 % presentaron ansiedad muy severa.

CUADRO Nº 11: El 62.86 % de las gestantes que recibieron Musicoterapia manifestaron sentir dolor leve durante el trabajo de parto, el 34.28 % manifestaron un dolor moderado y sólo el 2.86 % manifestaron sentir un dolor severo durante el trabajo de parto.

El 45.72 % de las gestantes que no recibieron el Método Psicoprofiláctico manifestaron sentir un dolor severo durante el trabajo de parto, inclusive el 28.57% manifestaron sentir un dolor muy severo, sólo el 5.71 % de las gestantes de este grupo control manifestaron sentir un dolor leve.

CUADRO Nº 12: La mayoría de gestantes que recibieron Musicoterapia (94.29 %) mostraron buena conducta y el 5.71 % mostraron mala conducta.

El 37.14 % de las gestantes que no recibieron Musicoterapia mostraron mala conducta, el 28.57 % mostraron muy mala conducta y sólo el 34.29 % mostraron buena conducta durante el trabajo de parto.

Se encontraron diferencias significativas entre las conductas mostradas por la gestantes que recibieron Musicoterapia y aquellas que no recibieron este Método Psicoprofilático ($p< 0.05$).

CUADRO Nº 13: Se encontraron diferencias significativas entre las complicaciones producidas durante el trabajo de parto de gestantes que recibieron Musicoterapia y aquellas que no lo recibieron ($p< 0.05$).

Las gestantes del grupo experimental no presentaron complicaciones durante el trabajo de parto; el 8.57 % de las gestantes del grupo control presentaron hipodinamia y el 2.86 % presentaron SFA.

CUADRO Nº 14: Se encontraron diferencias significativas entre los puntajes Apgar al 1´del R.N de gestantes que recibieron Musicoterapia y aquellas de gestantes que no recibieron este Método Psicoprofiláctico ($p < 0.05$).

La mayoría de RN de gestantes que recibieron Musicoterapia (97.14 %) tuvieron un puntaje apgar al 1´de 7 a 10; mientras que el 17.14 % de los RN de gestantes del grupo testigo tuvieron un puntaje apgar al 1´de 4 a 6.

CUADRO Nº 15: No se encontraron diferencias significativas entre los puntajes Apgar a los 5´de RN de gestantes que recibieron Musicoterapia y aquellos de gestantes que no recibieron este Método Psicoprofiláctico ($p > 0.05$).

Todos los RN de ambos grupos de estudio presentaron un puntaje apgar a los 5´de 9 ó 10.

CUADRO Nº 01

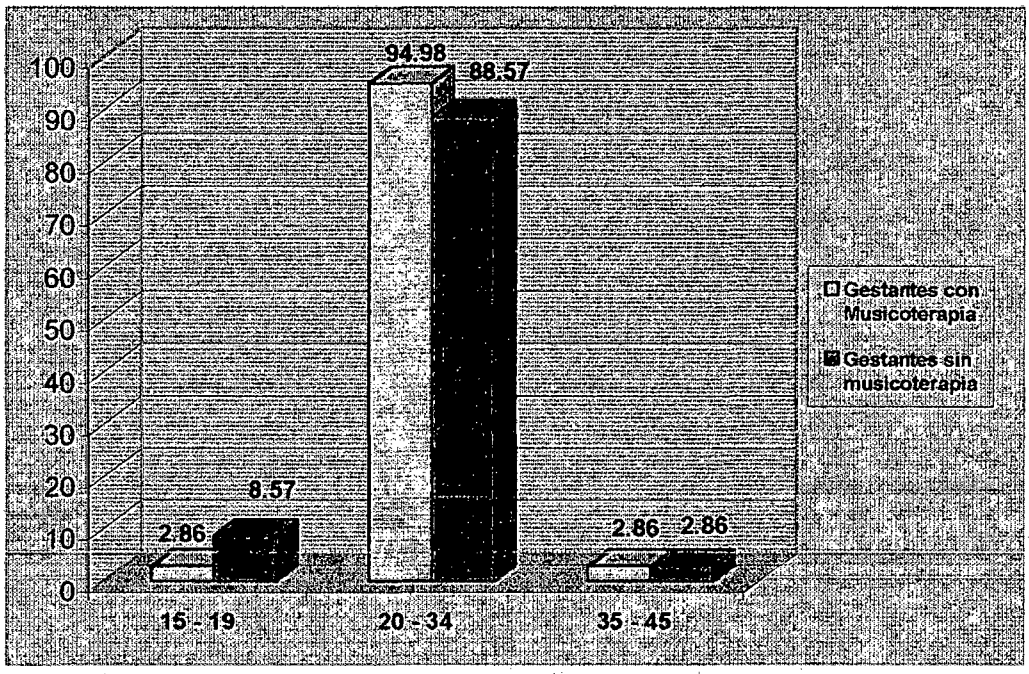
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Edad

Octubre 1996 - Julio 1997



X^2 exp = 1.06 , $\alpha = 0.05$, G.L = 2, X^2 e = 5.99 , $p > 0.05$

CUADRO Nº 02

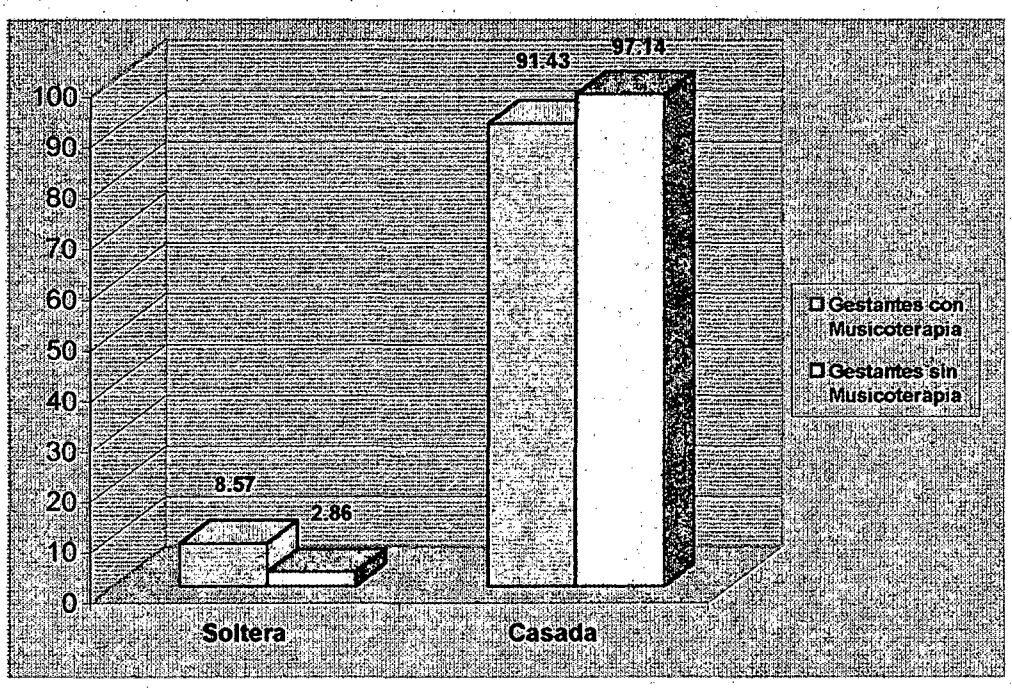
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Estado Civil

Octubre 1996 - Julio 1997



X^2 exp = 1.06 , $\alpha = 0.05$, G.L = 1, X^2 e = 3.84 , $p > 0.05$

CUADRO Nº 03

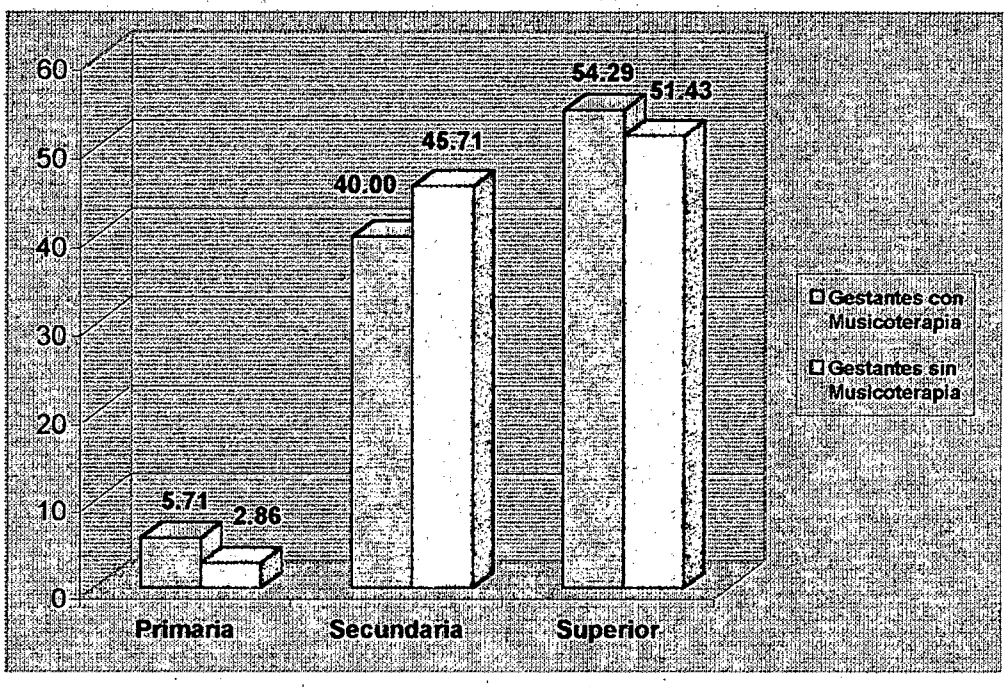
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como método Psicoprofiláctico

según Grado de Instrucción

Octubre 1996 - Julio 1997



X^2 exp = 0.49 , $\alpha = 0.05$, G.L = 2, X^2 e = 5.99 , $p > 0.05$

CUADRO Nº 04

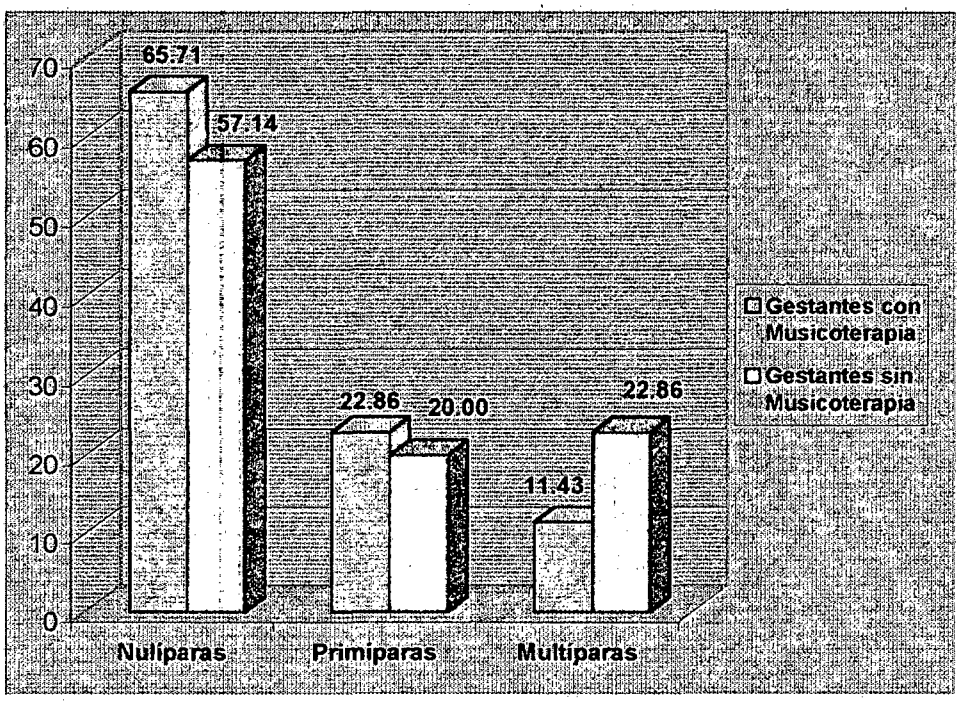
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Paridad

Octubre 1996 - Julio 1997



X^2 exp = 1.61 , $\alpha = 0.05$, G.L = 2, X^2 e = 5.99 , $p > 0.05$

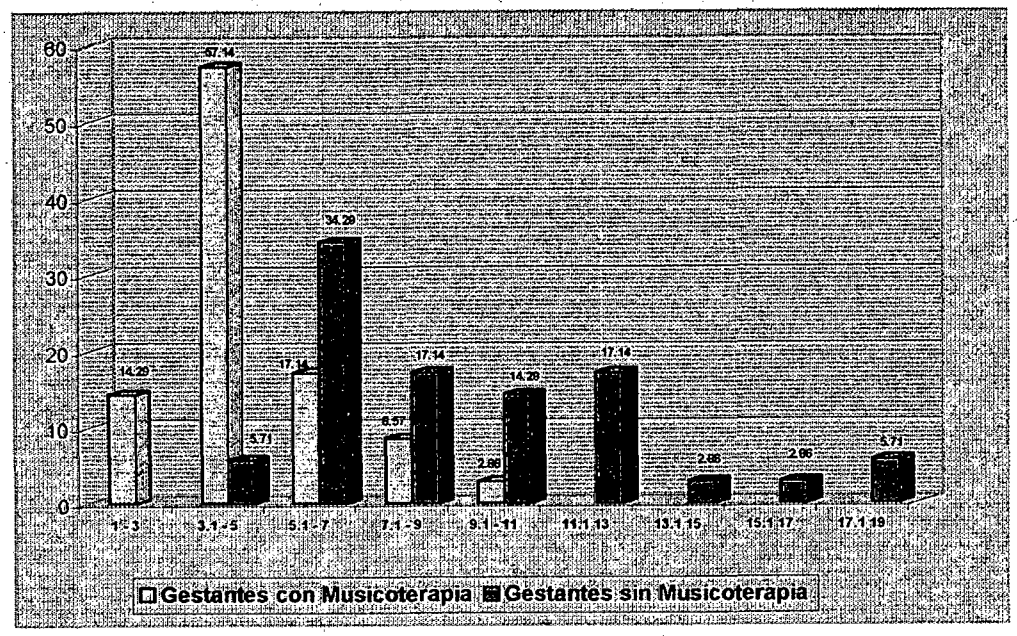
CUADRO Nº 05

HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP. " José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Duración de la Fase Latente

Octubre 1996 - Julio 1997



(1) $\bar{X}$ = 4.61 hrs **(2) $\bar{X}$ = 9.08 hrs**

S = 1.86 S = 3.67

(1) vs (2) : Z exp = - 6.43 , α = 0.05 , Ze = - 1.65 , p< 0.05

CUADRO Nº 06

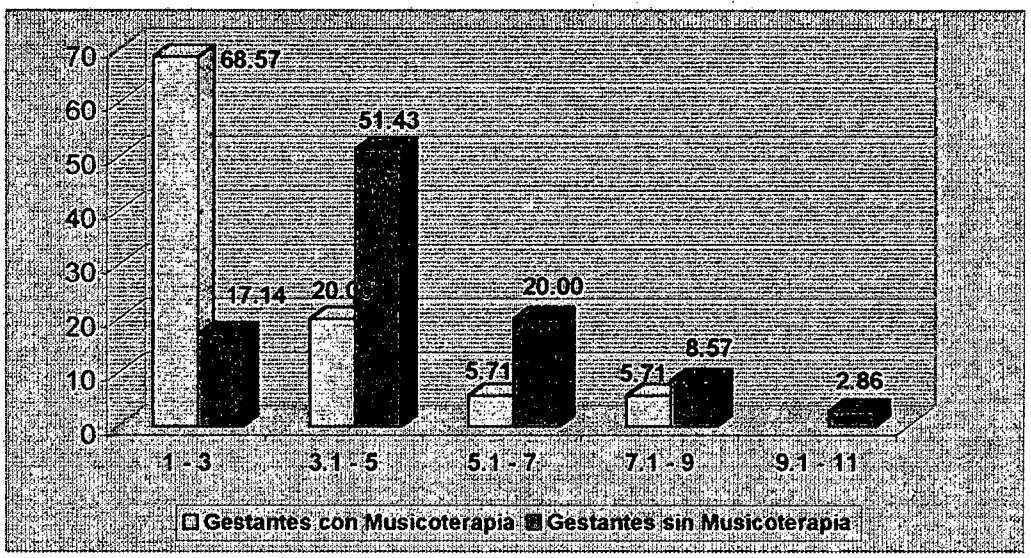
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP. " José Quiñones G "

Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Duración de la Fase Activa

Octubre 1996 - Julio 1997



(1) $\bar{X} = 2.99$ hrs (2) $\bar{X} = 4.62$ hrs

S = 1.73 S = 1.92

(1) vs (2) : Z exp = - 3.71 , $\alpha = 0.05$, Ze = - 1.65 , $p < 0.05$

CUADRO Nº 07

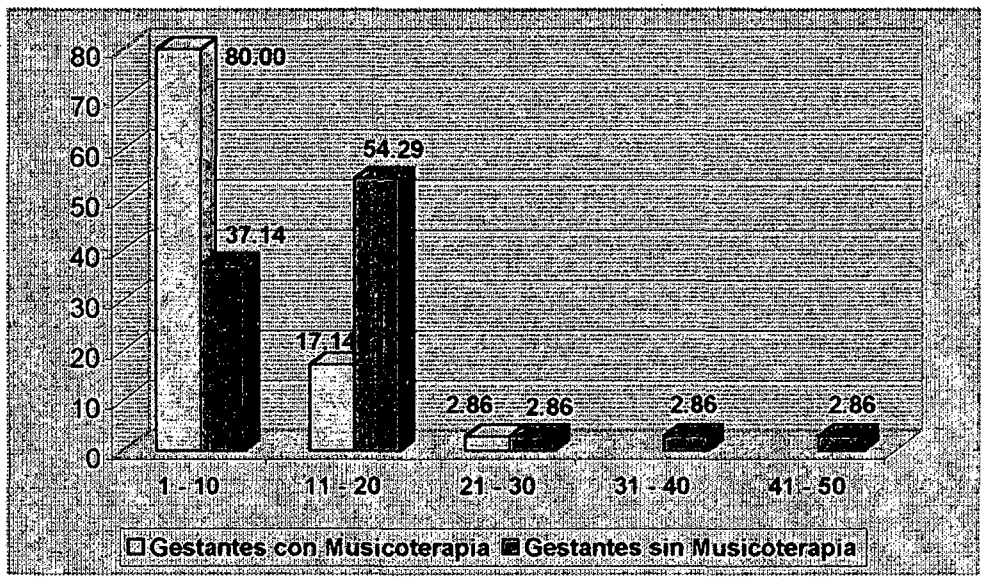
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Duración del Expulsivo.

Octubre 1996 - Julio 1997



(1) $\bar{X} = 7.79'$ (2) $\bar{X} = 13.5'$

$S = 4.90'$ $S = 8.68'$

(1) vs (2) : $Z\,exp = -3.39$, $\alpha = 0.05$, $Ze = -1.65$, $p < 0.05$

CUADRO Nº 08

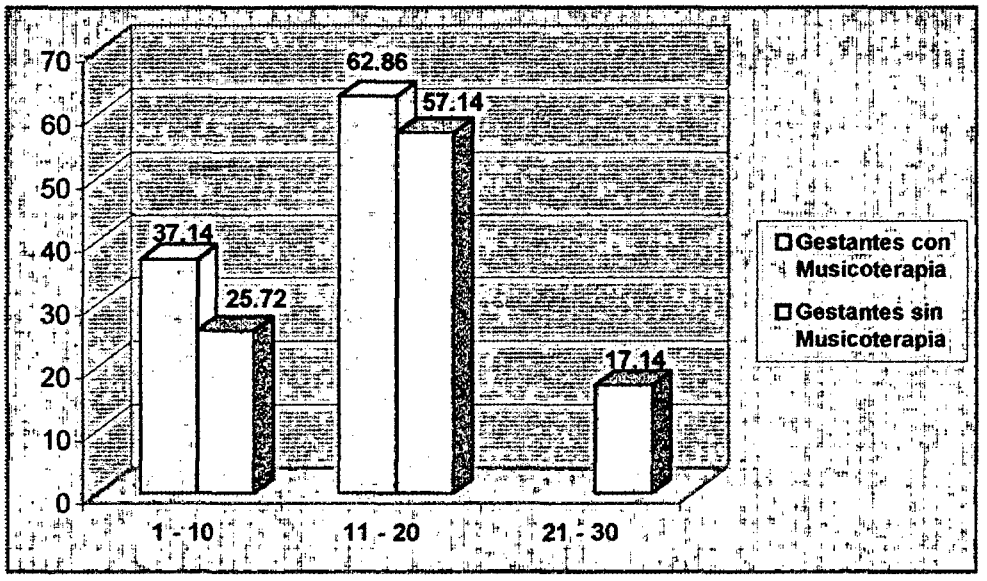
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Duración del Alumbramiento

Octubre 1996 - Julio 1997



(1) $\bar{X} = 11.79'$ (2) $\bar{X} = 14.64'$

$S = 4.90'$ $S = 6.58'$

(1) vs (2) : $Z\,exp = -2.06$, $\alpha = 0.05$, $Ze = -1.65$, $p < 0.05$

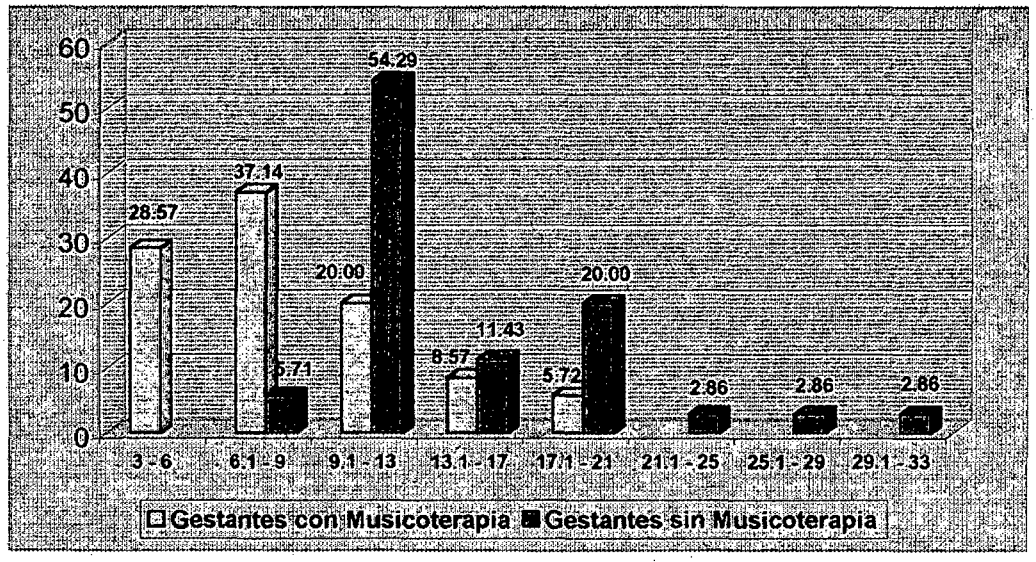
CUADRO Nº 09

HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia Método Psicoprofiláctico según Duración del Trabajo de Parto.

Octubre 1996 - Julio 1997



(1) $\bar{X}$ = 8.68 hrs **(2) $\bar{X}$ = 14.28 hrs**

S = 4.09 hrs S = 5.35 hrs

(1) vs (2) : Z exp = - 4.92 , $\alpha = 0.05$, Ze = - 1.65 , $p < 0.05$

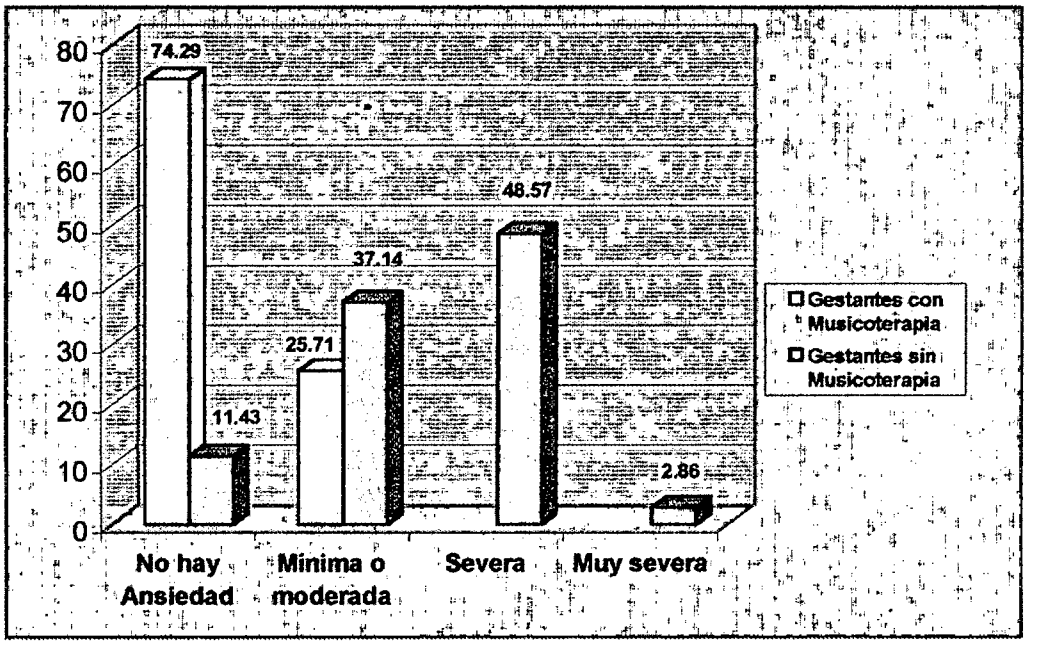
CUADRO Nº 10

HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico según Grado de Ansiedad

Octubre 1996 - Julio 1997



X^2 exp = 34.86 , $\alpha = 0.05$, G.L= 2, $X^2e = 5.99$, $p < 0.05$

CUADRO Nº 11

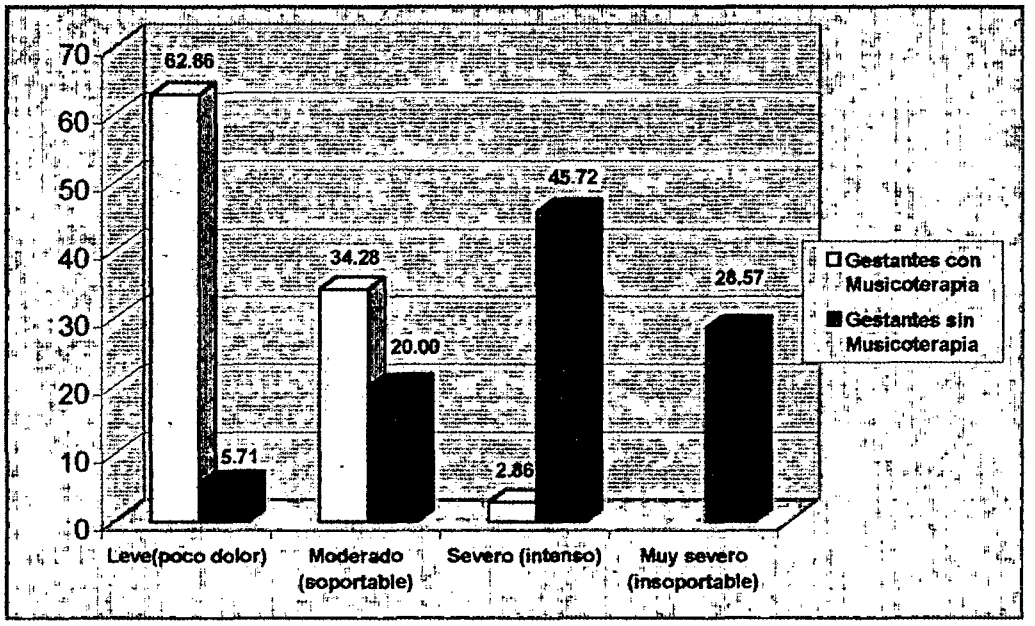
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Intensidad de Dolor

Octubre 1996 - Julio 1997



X^2 exp = 224.55 , $\alpha = 0.05$, G.L= 3, $X^2e = 7,81$, $p < 0.05$

CUADRO Nº 12

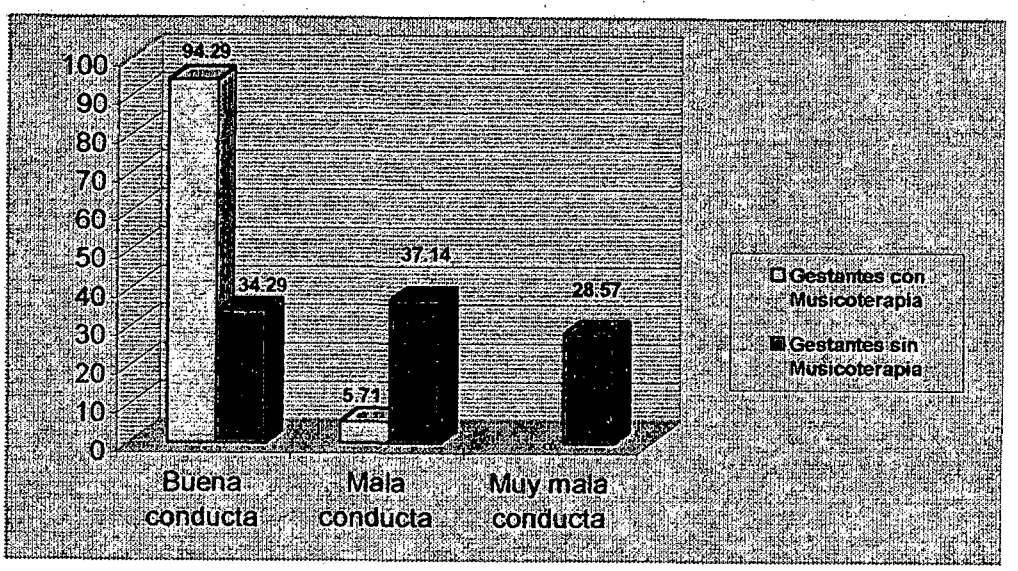
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Conducta mostrada durante el trabajo de parto

Octubre 1996 - Julio 1997



X^2 exp = 27,87 , $\alpha = 0.05$, G.L= 2, $X^2e = 5,99$, $p < 0.05$

CUADRO N° 13

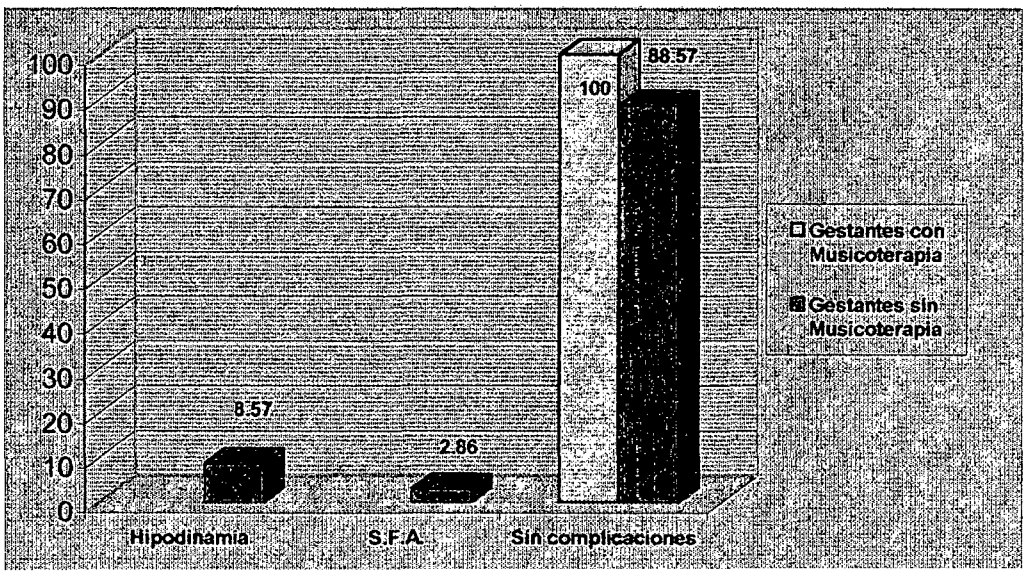
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Complicaciones durante el trabajo de parto

Octubre 1996 - Julio 1997



X^2 exp = 4,24 , α = 0.05 , G.L= 1, X^2e = 3,84, p< 0.05

CUADRO Nº 14

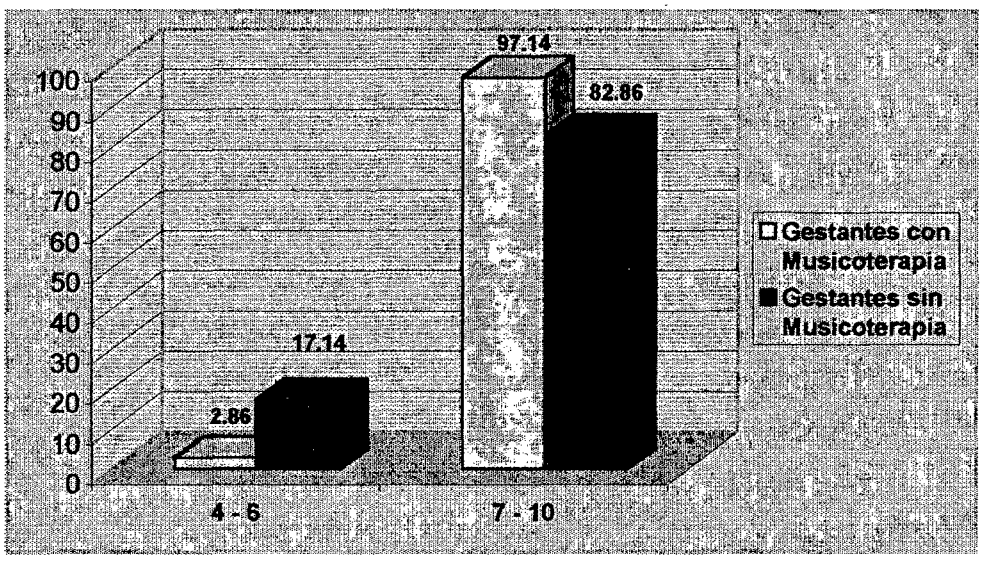
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Puntaje Apgar al 1'

Octubre 1996 - Julio 1997



X^2 exp = 3,97 , $\alpha = 0.05$, G.L= 1, $X^2e = 3,84$, $p < 0.05$

CUADRO N° 15

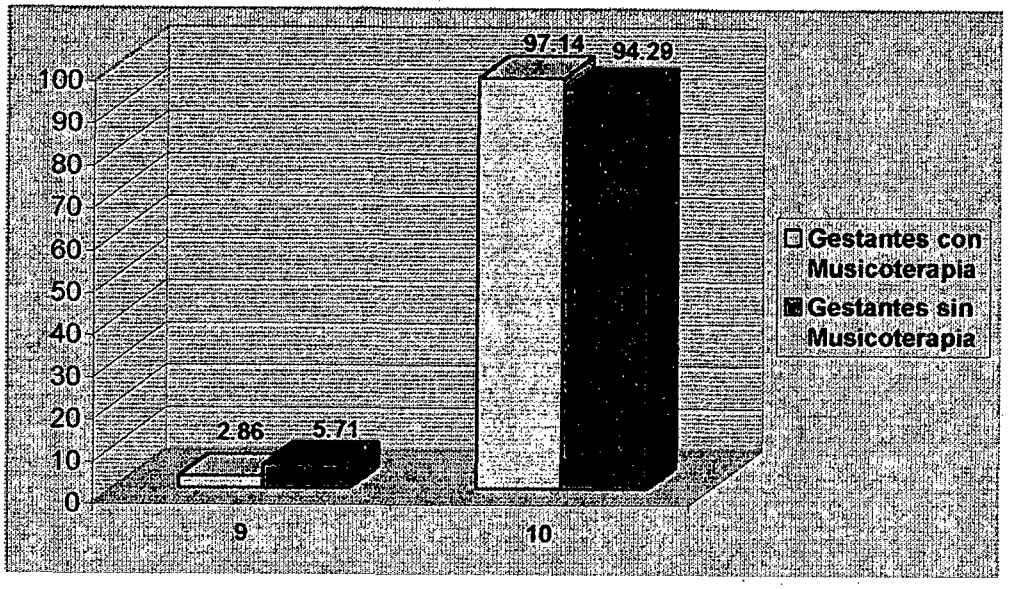
HOSPITAL REGIONAL DEL NORTE PNP CAP.

" José Quiñones G " Chiclayo.

Gestantes por Uso de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico

según Puntaje Apgar a los 5'

Octubre 1996 - Julio 1997



X^2 exp = 0.35 , α = 0.05 , G.L= 1, X^2e = 3,84, p > 0.05

IX.- DISCUSION

En la presente investigación ambos grupos: de Musicoterapia y de control fueron homogéneos en edad quienes se encontraron en una etapa ideal (20 y 34 años) para la gestación y Parto. De igual manera estuvieron homogéneos con respecto a la paridad, estado civil y grado de instrucción , factores muy importantes que podrían haber alterado los resultados al haberse encontrado diferencias estadísticas, ya que se ha demostrado una relación entre edad de la gestante, emoción ,cultura y los factores sociales con las sensaciones del parto. Por lo tanto dichas variables han sido controladas mediante su homogenización.

(Cuadro N° 1,2,3,4).

No se encontró trabajos de investigación de igual naturaleza por lo que no se cuenta con la suficiente bibliografía para realizar la respectiva discusión del presente trabajo. En algunos casos fue necesario comparar con trabajos similares.

El propósito de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico es preparar a la gestante para vivir un Parto sin temor permitiéndole subordinar sus propios intereses a los del grupo médico que se encuentran durante el trabajo de Parto brindando gran importancia a la situación social y emocional, alcanzando un parto feliz con madre y bebe saludables.

Afirmaciones como "La Musicoterapia intenta desarrollar habilidades que servirán a los pacientes como entretenimientos...cuando se integran a la comunidad, "La Musicoterapia sirve para orientar al enfermo en sus relaciones con los demás" ."Los informes individuales indican uno o más aspectos de los cuales con

frecuencia la socialización es el primero. " Se consideró que el paciente resultaba beneficiado con la influencia que ejercía en el grupo", "El paciente colaboraba y ayudaba a otros enfermos".[45]

Numerosas investigaciones se han realizado para determinar los beneficios del Método Psicofiláctico en la Obstetricia. Así es que en la serie francesa de Vermorel[57] Sobre un total de 1,863 madres, los resultados fueron calificados de excelente en el 50% de ellos, considerándose el método como fracasado en el 4.3% de los casos.

En la presente investigación. La Musicoterapia como Método Psicoproláctico no concluyó en la 8va sesión sino después de culminado el parto, ya que la vigilancia del trabajo de parto constituye una de las principales intervenciones terapeúticas lo cual repercute bastante en el binomio madre e hijo. Comparando los tiempos encontrados en el presente estudio: Las parturientas que tuvieron preparación psicoprofiláctica presentaron disminución de los diferentes periodos del trabajo de Parto demostrándose su disminución total del la duración del trabajo de parto : En el grupo experimental el 37.14% tuvo una duración de 6.1 a 9 hrs frente al grupo control el 5.71% tuvo una duración de 6.1 a 9 hrs.

Klauss y Kenell, [32] (California E.E.U.U. 1991) En su articulo "Soporte Emocional continuo durante el trabajo de parto " Concluyen que la duración del trabajo de Parto se acortaba en promedio de 2 hrs en el grupo que recibió apoyo emocional.

En una antigua investigación en el Hospital de la Pontificia Universidad Católica de Chile quienes comparan a 211 madres preparadas psicoprofilácticamente con

211 no preparadas no obtuvieron diferencias significativas en estos parámetros analizados.[44]

Sabrina Morales [38] , Perú 1987. En su investigación " Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el Manejo de la Gestante", en el cual realizó un estudio comparativo, evaluó a 100 gestantes nulíparas y con embarazo normal. 50 pacientes recibieron Psicoprofilaxis y 50 no la recibieron, obtuvo los siguientes resultados: una Duración total de la labor de Parto: En el 26 % del grupo fue muy corto (Menos de 8 horas); corto en el 28 % (8 a 10 horas); Moderado en el 32% (10 a 14 horas) y Prolongado en el 4% (Más de 14 horas).

Boggio Cajas, [7] señala la disminución de la duración del trabajo de Parto en gestantes que recibieron Psicoprofilaxis. Anton y Torres, en su investigación realizado en el Hospital Sergio E. Bernales de Collique Lima 1991 encontró que el 67.5 % de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis tuvo una duración promedio del trabajo de Parto de 7.77 hrs, mientras que el grupo que no recibió Psicoprofilaxis el 94.5 % tuvo una duración Promedio de 10hrs. Similares resultados obtuvieron en un estudio realizado en el hospital Las Mercedes de Chiclayo.[51]

La gimnasia realizada por las gestantes ofrece una serie de beneficios, permitiendo ejercitar los músculos y las articulaciones que participan en el Parto, mejorando la capacidad contráctil de los músculos y la flexibilidad de las articulaciones. Además que la Musicoterapia permite antagonizar la tensión y obtener un estado de tranquilidad, logrando niveles óptimas de oxigenación y de

bienestar psíquico. Mejorándo por lo tanto la capacidad respiratoria y disminuyendo la duración del trabajo de Parto (Dale & Roeber, Barcelona 1,986). (Cuadro N° 5, 6, 7, 8, y 9)

En el presente estudio se encontró que el 74.29% de las gestantes que recibieron Musicoterapia no presentaron ansiedad (medida mediante la Escala de Zung) mientras que el grupo control presentó Ansiedad severa en un 48.7 %. De igual manera sucedió con respecto al grado de Dolor y la Conducta.

A mayor Dolor, mayor ansiedad, más problema de conducta, lo que conlleva a que el trabajo de parto sea más prolongado. Lo que no ocurrió con el grupo que recibió Musicoterapia, ya que los menores tiempos de dilatación cervical encontrado se debería al menor umbral doloroso de las parturientas, tal como lo explicaría Castro L. Perú 1975.

Son numerosas las investigaciones que han demostrado la influencia del Método Psicoprofiláctico en la disminución del dolor en las diferentes etapas del trabajo de Parto (Read 1952, Vermorel 1957, Peréz y Cols 1962, Nikolaiev 1969; Anelli & Gianinni 1980, Melzack 1,984)

En la serie de 1,500 casos publicados por Nikolaiev Argentina 1969 [41], se destaca que el 50 % de las madres tuvieron una actitud de calma sin causar dolor en ninguna de las etapas del Parto, el 30 % de las madres presentó una actitud serena con quejas de corta duración y dolores soportables, el 15 % necesitó algún tipo de analgesia y en el 5 % el procedimiento se estimó como fracasado.

Melzack, Canadá 1975 [35], presentó los resultados de su investigación en el cual comparó un grupo de embarazadas preparadas con el Método Psicoprofiláctico con

otro no preparado, concluyendo que aquellas que recibieron preparación obtuvieron un significativo menor puntaje de dolor que aquellas no preparadas. El mismo autor informó sobre la percepción de dolor que tuvo un grupo de Primigestas durante el trabajo de Parto; este dolor fue percibido como muy suave en el 92 % de las madres, moderado 29.5 % Severo 37.9 % muy intenso 23.4 % .

Mononga y Torres Perú 1991 en su investigación "Psicoprofilaxis en el trabajo de Parto", reportaron que el 70.2 % de las gestantes que no recibieron Psicoprofilaxis sentían de mucho a excesivo dolor, el 81 % de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis sentían poco o ningún dolor durante el trabajo de Parto.

Una de las principales preocupaciones de la embarazada es el Dolor que acompaña al trabajo de Parto, llegando a producir tensiones las cuales aumentan a medida que se acerca el Parto. El nacimiento del niño ha sido identificado como una fuente importante de dolor y sufrimiento desde el inicio de la civilización, aún ahora el Parto representa el evento más doloroso en la vida de la mayoría de las mujeres. Entre las primigrávidas especialmente la intensidad del dolor por la contracción uterina frecuentemente excede lo esperado llevando a menudo a sufrimiento emocional, ansiedad e incluso perdida de la autoestima. Producto de la influencia cultural y del habitual desconocimiento de la mujer sobre el proceso reproductivo se va generando en ella un estado de temor, angustia y tensión que la lleva a considerar el parto como un evento doloroso.

Vermorel [57], Argentina 1957. Manifiesta que " La Preparación Psicoprofiláctica se basa en un concepto fisiológico: un reflejo condicionado puede modificar o inhibir un reflejo incondicionado... "

La educación de la gestante neutraliza el temor y por medio de la Música se consiguió una relajación óptima lo cual combatió la tensión. Segùn Gross[45] , todos los métodos psicológicos tienen como finalidad común elevar el umbral de perecepción del dolor a través de la relajación física y mental. Así como lo describiría el Dr. Read[47] quién describió dos tipos de dolor durante el parto: - Dolor producto de las anormalidades dinámicas del parto, es el dolor primario o verdadero. – Dolor relativamente común, consecuencia del miedo que ocasina tensión , el cual puede ser evitado. El temor origina tensión muscular y psíquica, la tensión produce disminución del umbral de percepción del dolor haciendo que los estímulos no dolorígenos se identifiquen como dolorosos y que los estímulos dolorígenos se hagan más evidentes. De esta manera la sensación dolorosa se magnifica, el dolor magnificado causa mayor tensión. Cerrándose así en un círculo vicioso , con intensidad dolorosa cada vez mayor. Read interpreta estos fenómenos con la siguiente explicación neurológica: "Si no existiera temor la corteza cerebral no actuaría, quedaría inhibida, todo se desarrollaría desde las regiones neurológicas inferiores hasta el nivel hipotalámicoco, sin mayor interferencia de la corteza. Cuando hay temor y tensión hay interferencia de la corteza cerebral en el discurrir de los fenómenos talámicos-diencefálicos y, por ende en la producción de oxitocina" que se torna desordenada repercutiendo negativamente en las características de la contracción uterina y, dentro de ellas, en la triple gradiente descendente, contracciones simultáneas de fondo, del cuerpo y del cuello, aumentando el dolor verdader, retardándose la dilatación y prolongando el parto. En síntesis el método de Read[47] trata de invertir el círculo vicioso temor, tensión,

dolor. Estando la mujer en trabajo de parto, completamente relajada, tranquila y sin temor evita que la corteza interfiera en el normal funcionamiento del diencéfalo. La producción de oxitocina se cumple en términos normales, actuando por tanto en forma adecuada en la musculatura lisa del útero.

El procedimiento que se ha seguido estuvo orientado a descondicionar el dolor, mediante la Musicoterapia, la educación, los ejercicios físicos y la relajación, condicionando reflejos capaces de anular el reflejo que asocia parto con dolor. Tal como lo propuso la escuela soviética.

Francisco Rivera[49], profesor de Biodanza en su Ensayo Neohumanismo y Biodanza, Perú, 1998 manifiesta: Las palabras tienen fuerza pero nuestra corteza cerebral está acostumbrada a filtrarlas. Me digo " Esto lo acepto, esto no lo acepto, esto me perece bien lo pongo en tal esquema ". Mientras que la música atraviesa la corteza cerebral y va directamente a la parte central del cerebro y al sistema límbico. Así por ejemplo al escuchar música de algunos años atrás nos sentimos transportados y aparece un recuerdo intenso. De esa manera la música ayudó a la gestante a recordar todo lo enseñado y ponerlo en práctica durante el trabajo de parto.

Roederer[45] sugiere que el sístema límbico puede ser el responsable del gozo que produce la música. El sistema límbico está formado por:

-El hipotálamo, que regula la temperatura del cuerpo, el deseo de comer y las respuestas al dolor, a la depresión y al placer.

–El tálamo, que recibe información de los sentidos y la devuelve a las diferentes áreas del córtex.

–El hipocampo, que elabora la memoria reciente y prepara sus mensajes para que sean almacenados posteriormente en otras áreas del cerebro.

–La amígdala, donde se elaboran los recuerdos antiguos y los hábitos para pasar luego al córtex.

Tomando en conjunto, por lo que parece, el sistema límbico se encuentran relacionado con diferentes aspectos emocionales del comportamiento humano. Precisamente, la necesidad de hacer música, de bailar e imitar movimientos tiene su sede en el sistema límbico.

Además que fue importante recalcar a las gestantes que la Musicoterapia no va a erradicar en un 100 % el dolor del parto evitando de esa manera la decepción de la embarazada frente a la experiencia del Parto. Ya que el tratamiento psicológico adecuado de la mujer durante el embarazo y parto fue un " Tranquilizante" básico de gran valor, una paciente que no tiene miedo y que confía en el Personal Médico que lo atiende no necesita analgesia.

(Cuadro N° 10,11 y12)

Es importante comprobar en la presente investigación que del total de embarazadas que recibieron Musicoterapia no presentaron ninguna complicación durante el trabajo de parto, del grupo control el 11 % tuvo complicaciones (hipodinamia y SFA).

los doctores Klauss y Kenell [32] de la Universidad de California, en su estudio concluyeron que existe menos complicaciones en el grupo de gestantes que recibió apoyo emocional demostrando que la tasa de cesáreas fue significativamente más

baja en comparación al otro grupo (8 % frente a 13 %). Así mismo se necesita menos drogas analgésicas para el parto.

Sabrina Morales[38], Perú 1987 en su investigación manifiesta que el 10 % de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis precisaron de Parto por Cesárea frente a un 12 % con respecto al grupo que no recibió Psicoprofilaxis. La presentación de complicaciones Obstétricas fue en un 16 % (ocho casos) en el grupo I y en el 30 % (15 casos) en el grupo II. El 4 % de las pacientes del grupo I, presentó sufrimiento fetal en comparación con el 12 % de las gestantes del grupo II.

Mononga y Torres, Perú 1991 afirma que las complicaciones que se presentan en el binomio madre – niño son precisamente derivados de la falta de conocimientos que tiene la madre para el momento del Parto, lo que se traduce en que esta tenga una mayor duración de trabajo de Parto.

La disminución o ausencia de complicaciones en el grupo de Preparación con Musicoterapia se justificaría a que estas gestantes al ser educadas sobre todo en la fisiopatología del embarazo y parto tendrían mejor acceso al centro hospitalario, ya que identificaría inmediatamente alguna patología, no pasando desapercibida la presencia de alguna alteración de su estado evitando daños irremediables.

(Cuadro N° 13).

Un último aspecto a comentar es que al producirse el nacimiento del bebé se encontró que el Puntaje Apgar al minuto y a los 5 minutos del R.N. fue mayor en aquellas madres que recibieron Musicoterapia. Puntaje Apgar de 8 a 10 en un 97.14 %, frente al grupo control el 82.86 % obtuvo un puntaje de 8 a 10 respectivamente. Esto demuestra que todo depende de la educación y apoyo que se

le brinde a la gestante durante su preparación ya que incluye excelentes técnicas de respiración y relajación ayudando mejor a la oxigenación de su bebé.

Al comparar los resultados de la presente investigación en este aspecto con otros trabajos de investigación se encontró: Guzmán y Sánchez [27] México 1983, en su investigación señala las diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes que recibieron Psicoprofilaxis y las que no recibieron encontrando en el 1er grupo un Mayor Puntaje Apgar frente al segundo grupo.

Sabrina Morales[38], Lima 1987. Concluyó en su investigación que el Puntaje Apgar al minuto fue bueno (7/10) en el 98 % del grupo que recibió Psicoprofilaxis y en el 90 % del grupo II, resultó bajo en el 2 % del grupo I y en el 10 % del grupo II. El Apgar a los cinco minutos fue bueno en todas las pacientes del grupo I, y en el grupo II fue del 94 %.

Está comprobado que el feto normalmente cuya madre pasa por un parto muy Prolongado o difícil puede sufrir depresión, lesión o incluso fallecer, tal como lo comprobó Araujo[4] al estudiar la tasa de Morbimortalidad Neonatal Precoz.

Además de advertir a la madre que el parto ha comenzado, el dolor de la contracción uterina no tiene beneficio conocido para la madre y su bebé, por el contrario ciertas respuestas medidas por el stress que son secundarias al dolor de la contracción son potencialmente peligrosas y si se prolongan pueden comprometer la homeostasis materna y fetal incluyendo un aumento en el gasto cardiaco materno y en la resistencia periférica, alcalosis respiratoria materna y

fetal y probablemente disminución de la perfusión placentarea llevando a un SFA. Estas respuestas han sido revisadas en otras publicaciones.

Para el doctor Vega Boloños[56] , Nicaragua 1999 en su articulo sobre Musicoterapia manifiesta que : " LA MUSICOTERAPIA AYUDA A DESARROLLAR BIEN AL FETO en el vientre de la madre que entona y escucha Música ". El especialista aseguró que la música es el arte de combinar los sonidos conforme a las normas de melodía, armonía y ritmo. ¿Qué percibe el niño en el claustro materno? Los sonidos se encuentran presentes desde la maternidad, pues el feto está en contacto con los sonidos del cuerpo de la madre, los latidos del corazón y pulso, los movimientos intestinales y todos aquellas sonidos que uno mismo puede escuchar. Campbell[45] encontró respuestas musculares evidentes al sonido, a las 26 semanas. Birnholz y Benacerrad hayaron que el sonido exterior llega al niño no nacido atenuado en 15 db por termino medio y que el sonido que percibe el niño en el claustro materno es de 75 db. Walker, Grimwade y Wood[60], mediante micrófonos instalados en el interior del claustro materno, indicaron que el menor sonido audible para el niño es de 85 db a 95 db, que es el sonido del latido cardíaco de la madre.

Rubel[45] afirma que el niño no nacido puede oír ya entre el quinto y el septimo mes porque ya tiene desarrollada la funcion coclear, la respuesta basilar y el desarrollo de las celulas ciliadas internas y externas, todo lo cual permite la transmisión del sonido al octavo nervio craneal (el primero en desarrollarse completamente en el cerebro fetal). Responde primero a bajas frecuencias y luego a altas frecuencias.

A partir de estos hechos puede deducirse: "la música puede ser utilazada no sólo para afectar las emociones, la cognición y el comportamiento de la madre, sino tambien para afectar al feto directamente".(Poch[45])

Tal como se ha mencionado las diferentes investigaciones al demostrar la afectividad clínica de la preparación Psicofiláctica para el Parto y los beneficios de la Musicoterapia como Método psicoprofiláctico, en la presente investigación no se pretendió competir o ser una alternativa de los procedimientos anestésicos, analgésicos en la atenuación del dolor sino que ayuden a la gestante a enfrentar el parto sin temor, además a estabilizarse emocionalmente, a valorar el proceso por el que está pasando y entender a su hijo y disfrutar al máximo todo su embarazo conllevando a una mejor relación entre la madre y su bebé mediante el inicio de una buena lactancia.

VI.- CONCLUSIONES

1.- La Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico disminuyó significativamente la duración promedio del trabajo de Parto. (8.68 ± 4.09 hrs).

2.- La Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico disminuyó significativamente la ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto.

3.- La gestante que recibió Musicoterapia manifiestó sentir menos dolor durante el trabajo de Parto (Leve: 62.86 %, moderado : 34.28 %) , en comparación con aquella que no recibió este método (severo : 45.72 % , muy severo : 28.57 %).

4.- La Musicoterapia logró que la gestante muestre significativamente una buena conducta (94.29 %) en comparación con lo observado por la gestante que no recibió este método (mala conducta : 37.14 % , muy mala conducta : 28.57 %)

5.- La Musicoterapia se relacionó a un menor número de complicaciones durante el trabajo de parto.

6.- El puntaje Apgar al 1´del R.N. mostró significativamente mayor rigorosidad cuando se impartió la Musicoterapia (puntaje Apgar de 7 a 10: 97.14 %) , con respecto al puntaje apgar a los 5´ en ambos grupos se obtuvieron buenos resultados.

VII.-RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.

1.-Proponer la implementación de la Musicoterapia como Método Psicoprofiláctico en el Hospital Regional del Norte PNP. Chiclayo para lograr una mejor eficacia de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

2.-Planificar y ejecutar programas de Psicoprofilaxis Obstétrica con Musicoterapia para todo tipo de gestantes (de bajo o alto riesgo), organizando el curso de preparación según antecedentes y evolución de la gestante para que de esta manera no solo sean beneficiadas un grupo limitado de gestantes.

3.- No abandonar a la gestante durante el trabajo de Parto, brindándole apoyo psicológico y confianza, recordandole lo que aprendió en su profilaxis y así poder evitar un trabajo de parto prolongado, logrando además un parto feliz para la madre y su bebé.

4.- Sugerir la realización de otros trabajos de investigación que estudien los beneficios de la música como método Psicoprofiláctico.

VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.-ANELLI.F.& GIANNINI, R . : El método Psicoprofiláctico de preparación para el parto. Tesis para optar el Título de Psicólogo, Universidad Católica de Chile, 1980

2.- ANTON , C. M ; TORRES, E : Psicoprofilaxis en el trabajo de parto (Tesis de grado de Bachiller). Universidad Particular de Chiclayo, 1991.

3.-ARAVENA J & Riveras S. : Técnicas de Relajación. Santiago : Escuela de enfermería Universidad Católica de Chile, 1985.

4.- ARAUJO N, Caballero E. Morbimortalidad Neonatal Precoz. Servicio de Neonatalogía. Hospital Regional de Trujillo. Trabajo presentado en el Congreso Bienal de la Academia Nacional de Medicina Trujillo 1990.

5.- BARSALLO . J: ISLA U. Psicoprofilaxis del dolor en el parto, Lima – Perú , Edit Turisa S.A Primera Edición 1,993.

6.- BECK, N. & HALL,D . : Natural Childbirth a review and analysis. Obstet. Gynecol . 1978 ; 52 : 371.

7.- BOGGIO, C. R. Parto Psicoprofiláctico (Tesis de Grado). Lima - Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1965.

8.- CALDERON M . & Cols : Efectividad del curso Psicoprofiláctico en mujeres embarazadas en el último trimestre s.n. 1,985.

9.- CALDEYRO, B & Cols : Physiology of the Uterine Contraction. Clin.Obtet.Gynecol. 1970 : 50 : 386.

10.-CARTAJENA. B. M.: Preparación psicoprofilactica para el parto, Santiago de Chile, Edit Mediterráneo , 1992 pp 104.

11.- CASTRO .L.: El parto en la raza indigena . Rev. Peruana de Obstetricia 1975 . 1:3 9-45.

12.- CASTELLANOS . M ; Ortiz L.: Módulo de instrucción a la comunidad sobre Psicoprofilaxis Obstétrica .Bogotá Colombia , 1986 pp109.

13.- CASTELLANOS . M L : Medicina Psicosomática Aplicada a la Obstetricia para parto sin Dolor. Edit Lab. Shering Farmacéutica Peruana S.A Lima - Perú 1981.

14.-CONNINGHAN.M. & Cols : Williams Obstetricia: España, Edit. Masson S.A. Cuarta Edición 1996. Pp. 359 - 412.

15.- COOK . W. : Natural Childbirth. Fact. And Fallay . Chicago . Nelson Hall . 1982

16.-COPLAN . R. : Fundamentos de Obstetricia; México, Edit Limusa. Primera Edición 1989

17.- DAKE B.& Roeber J. Ejercicios para Embarazadas Barcelona. Plaza & James Editores S.A 1986.

18.-DANFORTH.D.N :Tratado de Obstetricia y Ginecología: España. Edit. Interamericana, Cuarta Edición 1993.Pp.368-662

19.- ESTRELLA, D.J. , Efectividad de la Preparación Psicofísica que bríndala enfermera a Primigestas para el trabajo de parto . Tesis de grado. UNMSM. Lima - Perú 1981.

20.- FALVI, V.N.: Estudio y Evaluación Psicológica de gestantes primiparas con relación al Método Psicoprofiláctico del Parto sin dolor. Rev. Sanidad. Lima- Perú, 1984 : 28 -39.

21.- FREGTMAN, Carlos. Música Transpersonal . Kairós . Barcelona – España, 1992.

22.- FONDA, J : El libro de Jane Fonda para el embarazo, Parto y Recuperación. Tiempo Libre Madrid , 1983

23.- GARX L.: Experimentar la Música .Archivos .Chaos Entropy Publishing. ESTADOS UNIDOS , 1999

24.-GAVENSKY. R. : Parto sin dolor y parto sin temor ; Buenos Aires –Argentina , Edit , EL ATENEO S.A, 1987.

25.- GRANADA,V: La mujer y el proceso reproductivo ; Colombia, Edit Guadalupe Ltda. Primera Edición 1990.pp 279 - 326.

26.- GUYTON,S.: Anatomía y Fisiología del sistema nervioso: Buenos Aires. Edit. Médica Panamericana,1989. Pp.185.

27.- GUZMAN S,: Parto psicoprofilácticos vs atención Obstétrica tradicional , Ginecología y Obstetricia de México51 (316) : 221 , 1983.

28.-HUGHEY, M.J. & Cols :Maternal and fetal outcome of Lamaze. Prepared Patiens E.E.U.U. Obstet. Gynecol. 1978 ; 51 : 643.

29.- HULLRY S.B. & CUMMINGS .S.R.: Designing Clinical Researh and Edidemiologic Approach.Williams & Wilkins E.E.U.U.1993 Pp.67 - 72.

30.- JURADO .R. : Parto sin dolor (en prensa).

31.- KENELL, M : Thakyou Dr. Lazame . New York, Dolphin, 1965.

32.- KENELL, J.K.& Cols: Continuos Emotional Suport During. Labor in ans Hospital Arandomizel Controled: Trial E.E.U.U. JAMA, 1991, 265 . 2197.

33.- LAMAZE. F. : Qu Est Leque L. Accouchement San Douleour. Paris Editeurs La Farandoule, 1986.

34.- LLUIS , M.J : Diccionario Enciclopédico ilustrado ; Barcelona España . Edit . Oceano S.A 1991 . P.p 50-506 , 1320.

35.- MELZACK R.& GIANINI R. : The Mc.Gill Quest Connaire : Major Properties and Escoring Methods. Pain Canada. 1975.

36.- MENDOZA R.C. Efectividad de la enseñanza que imparte la enfermera a Multigestas en un periodo de Dilatación para su colaboración en el puerperio inmediato . Tesis de grado. UNMSM. Lima- Perú, 1979.

37.- MONTES, S. " Guía Práctica del Embarazo, Nacimiento y Lactancia " ; ENERGEIA . Lima –Perú . 1ra edición 1993 pp 40.

38.- MORALES S. Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstetricia en el manejo de la gestante en el H N E R M , Tesis, USMP, 1989.

39.-MORMONTOY . W. : Elaboración del protocolo de Investigación en ciencias de la salud de la conducta y área afines. Segunda Edición 1994 pp. 52-54.

40.- NARANJO, C: Música Transpersonal . Kairós. Barcelona –España , 1992.

41.- NICOLAIEV A.: Parto sin Dolor. Buenos Aires. Editorial Cartago, 1969. Pp.185.

42.- PALACIOS, G.P : Parto sin dolor por el Método Hipnosugestivo. Tesis de grado U.N.M.S.M. Lima - Perú, 1965.

43.- PAVLOT: Reflejos condicionados e inhibiciones ; Barcelona , Edit .Península 1967.

44.- PEREZ , A. & Cols : Evaluación del resultado Obstétrico en 211 madres con preparación psicoprofiláctica . IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología – Bogotá – Colombia 1962.

45.- POCH , B.S : Compendio de Musicoterapia . Kairos Barcelona – España. Primera Edición 1996 84 : 254.

46.- RAYMOND . B. & Cols : Psicología moderna, Bilbao – España, Edit. Mengapeno , 1982. Pp. 27-30, 111-149.

47.- READ.D. : L. Accouchement San Dolleur Paris. Edit. Coibert 1,952. Pp .185.

48.- REIGAIMAN.R.P.: Como estudiar un estudio y probar una prueba; lectura Crítica de la literatura médica . Públic. Científica 531OPS/OMS 1992 Pp.208- 211.

49.- RIVERA ,F : Profanos y Divinos .Lecturas de Filodofía y Biodanza .El Libro Amigo .Lima –Perú , 1994

50.- SANCHEZ ,S J : .Musicoterapia. Geocities Bilbao – España 1999

51.- SASMOR J.L.: Educación para el parto . Edit. Limusa , México Primera. Edición 1990 . Pp. 47- 84.

52.- SIU, M. Influencia del método Psicoprofiláctico en la duración del trabajo de parto (tesis para optar al titulo de Obstetriz) . Chiclayo - Perú: Universidad particular de Chiclayo , 1994 . 62 Pp.

53.-SWARCZ , R y Cols. Guía para la vigilancia del parto: Partograma con curvas de Alerta, Tecnología perinatales , publicaciones científica CLAP 1255. Montevideo Uruguay1992: 191 – 98.

54.- TORRES, P : Musicoterapia para el desarrollo intrauterino. Programa de estimulación Musical : México , 1999

55.- TAYLOR .S.E. : Obstetricia de Brecck España. Edit Internacional. Primera Edición. 1987 – p.p. 649.

56.- VANDER. A : Parto sin dolor . Barcelona - España . Edit . Sintes Ronda Universidad Tercera Edición 1981. Pp.189.

57.- VEGA , B. : Musicoterapia – Archivos . El Nuevo Diario Nicaragua 1999.

58.- VERMOREL : Parto sin Dolor. Buenos Aires. Edit. Cartago.1957.

59.- VELVOSKY : Et al pain less Childbirh trough. Psycoprophylaxis, Traducción de David A.Myshne .Moscú : Foreinng Lenguajes Publishing House. 1960.

60.- WALKER, D. y cols : Intrauterine noise: A component of the fetal environment.American journal of obstetrics and gynecology. No 109 (1), EEUU 1971, pp. 91-95.

ANEXO I

FORMATO DE INVESTIGACION

IDENTIFICACIÓN

N° DE HISTORIA CLINICA

GRUPO : ( ) con : Musicoterapia

( ) sin : Musicoterapia

I.- DATOS DE FILIACION

1.- EDAD (en años cumplidos) .....

2.- ESTADO CIVIL

Soltera (0)

Casada (1)

Conviviente (2)

3.- GRADO DE INSTRUCCIÓN

Analfabeta (0)

Primaria (1)

Secundaria (2)

Superior (3)

4.- OCUPACION

Su casa (0)

Comerciante (1)

Secretaria (2)

Dependiente (3)

Otros (4)

Especifique .....

II.-ANTECEDENTES GINECO- OBSTETRICOS.

5.- FUM .....

6.- EFF .....

7.- E.G. ..... Semanas

8.- F.O. : G P

9.- PARIDAD:

Nulípara (0)

Primípara (1)

Multípara (2)

10.-FUP .....

11.- PERIODO INTERGENISICO (en años)

1 – 2 (0)

3 – 4 (1)

5 – 6 (2)

7 – 7 (3)

III.-ANTECEDENTES PREPARACION PSICOPROFILACTICA

12.- NUMERO DE SEMANA ASISTIDAS

1 - 2 (0)

3 - 4 (1)

5 - 6 (2)

7 - 8 (3)

13.-NUMERO DE VECES AL CPN :

0 - 3 (0)

4 - 6 (1)

7 - 7 (2)

14.- EVALUACION DE LA ANSIEDAD (Puntaje según la escala de Zung)

- Antes delaPreparación Psicoprofilactica ..... (0)
- Al final de la 4ta Semana ..... (1)
- Al final de la preparación Ppsicoprofilactica ..... (2)

15.-COMPLICACIONES DURANTE LA PREPARACION PSICOPROFILACTICA

- RPM (0)
- Distosia de preparación (1)
- APP (2)
- Artropatía Pélvica (3)
- Hemorragias (4)
- Otros (5)
- Ninguna (6)

IV.-TRABAJO DE PARTO

16.- FORMA DE INICIO

Espontáneo (0)

Inducción (1)

17.- DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

..... Minutos del Periodo Dilatación (0)

..... Minutos del Periodo Expulsivo (1)

..... Minutos del Periodo Alumbramiento (2)

..... Minutos total del trabajo de parto (3)

18.- COMPLICACIONES DURANTE ELTRABAJO DEPARTO

Dilatación Estacionaria (0)

Hipodinnamia (1)

Hiperdinamia (2)

S.F.A (3)

Otros (4)

Ninguno (5)

19.- PUNTAJE APGAR DEL RN

Al minuto ..... (0)

5 minutos ..... (1)

20.-TIPO DE PARTO

Eutócico (0)

Distócico (1).

V.- EVALUACIÓN PSICOLOGICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

21.- GRADO DE ANSIEDAD : (escala zung)

No hay ansiedad (menos de 45) (0)

Mínima a moderada (45-59) (1)

Severa (60 – 74) (2)

Muy severa (75 a más) (3)

22.- GRADO DE DOLOR

(Escala cualitativa)

- Leve (poco dolor) (0)
- Moderado (Soporte) (1)
- Severo (Intenso) (2)
- Muy severo / insoportable) (3)

23.- CONTROL DE LA CONDUCTA DE LA PARTURIENTA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

- Buena Conducta (0)
- Mala Conducta (1)
- Muy mala conducta (2)

24.- DESCRIPCION SUBJETIVA SOBRE LAEXPERIENCIA DEL TRABAJO DE PARTO

- Muy favorable (0)
- Poco favorable (1)
- Ni favorable, ni desfavorable (2)
- Muy desfavorable (3)

25.- SI POR ESTA EXPERIENCIA, DESEARÍA EMBARAZARSE NUEVAMENTE.

SI (0)

NO (1)

El presente formato de investigación tiene por objetivo captar información para determinar si el uso del método psicoprofiláctico influye en la disminución del trabajo de parto, con finalidad de dirigir más enfáticamente este método al logro de un trabajo de Parto no prolongado y así conseguir un buen resultado durante el parto para bien de la madre y su bebé.

ANEXO II

TEST DE ZUNG

Nombre : ..... Fecha : ...../...../.....	Valor	Nunca	A Veces	Rara Vez	Varias Veces	Puntos
¿ Me siento más nerviosa y ansiosa ?	1-4					
¿ Siento temor sin razón ?	1-4					
¿ Despierto fácilmente sin miedo ?	1-4					
¿ Siente cómo si fuera reventar ?	1-4					
¿ Siento que todo está bien, que nada malo puede sucederme ?	4-1					
¿ Me tiembla los brazos y piernas ?	1-4					
¿ Me duele la cabeza, cuello, cintura ?	1-4					
¿ Me siento débil , me canso fácilmente ?	1-4					
¿ Me siento tranquila, puedo permanecer en calma fácilmente ?	4-1					
¿ Ciento que me late rápido el corazón ?	1-4					
¿ Sufro de mareos ?	1-4					
¿ Sufro desmayos o siento que me voy a desmayar ?	1-4					
¿ Puedo inspirar y espirar fácilmente ?	4-1					
¿ Se me adormecen o hinchan los dedos de la mano y/o de los pies ?	1-4					
¿ Sufro indigestión ?	1-4					
¿ Orino con mucha frecuencia ?						
¿ Están mis manos calientes ?	4-1					
¿ Siento bochornos ?	1-4					
¿ Duermo con facilidad , descanso bien ?	4-1					
¿ Tengo pesadillas ?	1-4					

Total Puntaje :	Debajo de 45	:	No hay ansiedad
	45 a 59	:	Ansiedad de mínima a moderada .
	60 a 74	:	Ansiedad marcada o severa.
	75 a más	:	Ansiedad en grado máximo.

$$\text{INDICE DE ANSIEDAD} = \frac{\text{CALIFICACIÓN X 100}}{80}$$

ANEXO III

CONTROL DE LA CONDUCTA DE LA PARTURIENTA

En esta ficha se realizó el control de la conducta de la parturienta durante el trabajo de parto

HCL

Grupo : Con Musicoterapia ( ) Sin Musicoterapia ( )

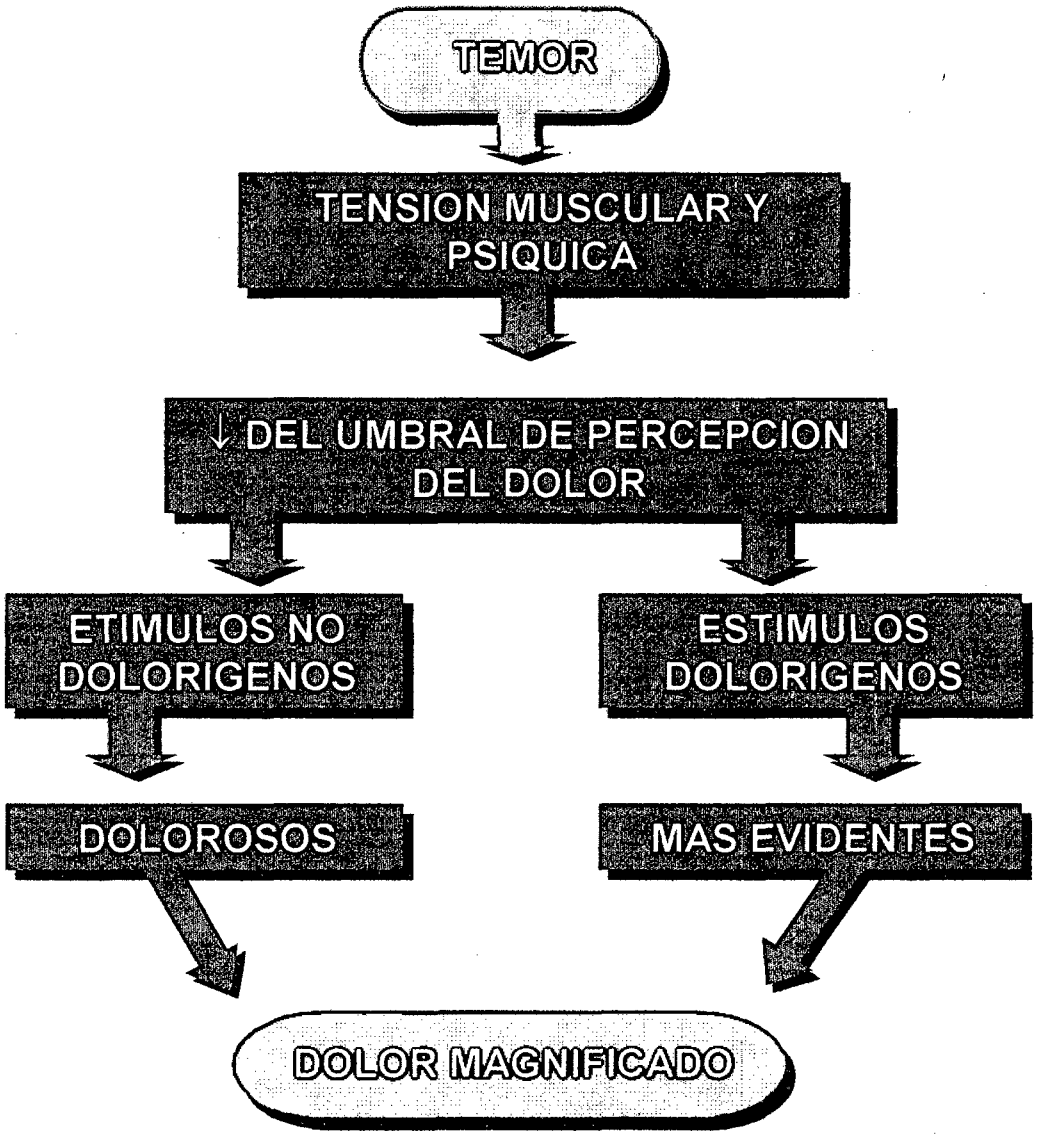
( ) BUENA CONDUCTA : Cuando durante el trabajo de Parto no se ha puesto en evidencia ningún signo de ansiedad, el autocontrol fue perfecto y la parturienta no requirió en momento alguno la presencia de la persona que lo asiste.

( ) MALA CONDUCTA : Se otorga a la mujer que exteriorizó en una o varias oportunidades manifestaciones de angustia, llamó al personal que la asistió y al tomarle la mano recuperó el control.

( ) MUY MALA CONDUCTA: Cuando la parturienta muestra ansiedad, tiene dificultad para controlarse, se niega a pujar y manifiesta que no puede más, o colabora requiriendo permanente ayuda; trata de no desprenderse de la mano del personal.

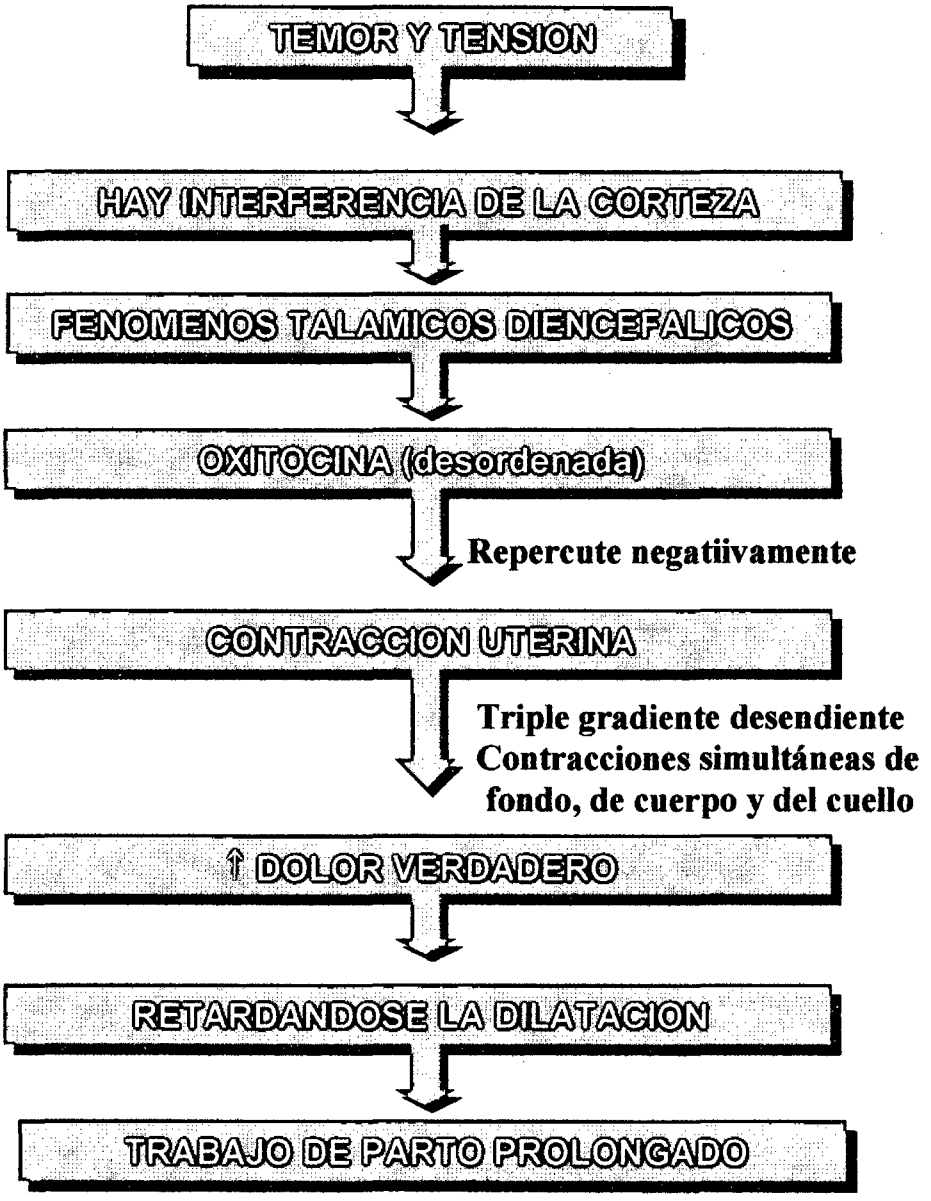
ANEXO IV

SINDROME TEMOR –TENSION-DOLOR (READ)



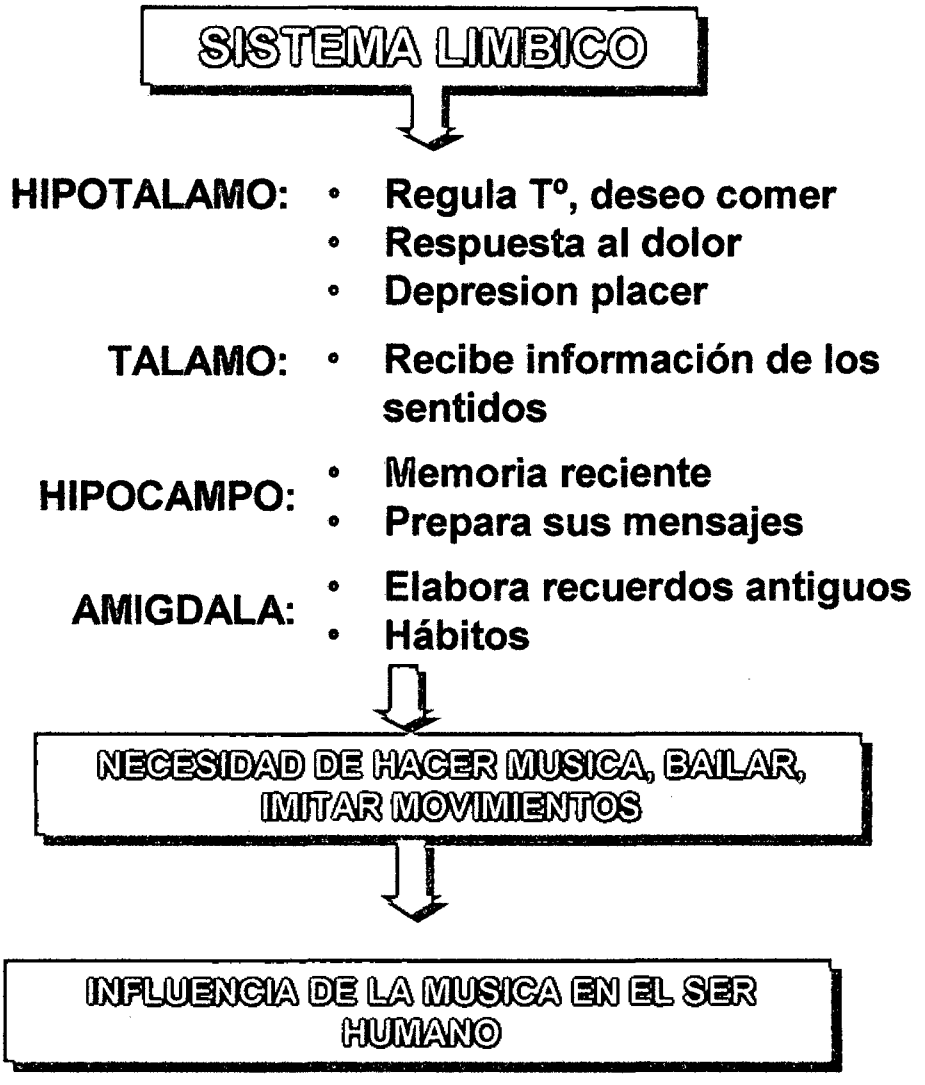
ANEXO V

EXPLICACION NEUROLOGICA (READ)



ANEXO VI

SISTEMA LIMBICO EN RELACION CON LA MUSICA (ROEDERER)



ANEXO VII

ESQUEMA DE PREPARACION DE LA GESTANTE QUE RECIBIÓ MUSICOTERAPIA

El curso se inició entre 28 y 32 semanas de gestación, a fin de que el ciclo de enseñanza termine cerca de la fecha del parto. Comprendiendo 7 sesiones, cada una de las cuales comprendió enseñanza teórica y práctica:

a.- La preparación teórica se basó en la educación y aprendizaje de la embarazada. Mediante lecciones conversatorio sobre la reproducción, parto, etc.

b.- La enseñanza Práctica comprendió ejercicio físico apropiados para el entrenamiento al esfuerzo del parto.

Preparación psíquica mediante la relajación con Musicoterqapia (música suave y clásica); con la finalidad de descondicionar la idea del dolor ligado al parto, se estableció reflejos positivos creando nuevas viviendas, condicionando a la gestante al conocimiento del parto como un proceso fisiológico y una experiencia inolvidable relacionándola con un bebé feliz y sano.

Los grupos de instrucción estuvieron compuestos por 05 gestantes y una instructora que se reunieron durante 60 a 90 minutos por semana.

La metodología comprendió clases expositivas, sesiones de grupos y talleres con amplio apoyo de material audiovisual. Se realizó una evaluación diagnóstica de los conocimientos del proceso reproductivo al inicio y al término del curso.

Se escogió cuidadosamente la música ya que con ella se facilitó el trabajo de investigación; Para la relajación se utilizó música suave totalmenté relajante y

hermosa; Para acompañar los ejercicios se escogió música muy rítmica como marchas clásicas, así mantuvimos la atención de la gestante además que se estuvo cultivando su mente.

CONTENIDO

PRIMERA SESION

OBJETIVOS :

- Motivación, descondicionamiento y educación.
- Determinar el conocimiento de la pareja sobre el proceso reproductivo humano.
- Identificar los órganos genitales femeninos y masculinos.
- Evaluar el grado de ansiedad (test zung)
- Señalar los factores que influyen negativamente en la formación de actitudes y comportamiento de la mujer frente al parto, sobre todo aquellos vinculados a la formación en el hogar y en la comunidad

CARACTERISTICAS : Lenguaje sencillo, fácil de entender, ameno, recogiendo anécdotas y ejemplos de tipo familiar , religioso y social.

A.- CONTENIDO TEORICO :

1.- Entrevista, evaluación Test Zung, motivación y captación.

2.- Fundamentos de la Psicoprofilaxis del Parto.

3.- Influencia negativa de la inadecuada formación en el hogar.

4.- Anatomía y Fisiología de la reproducción humana.

B.- CONTENIDO PRACTICO:

1.- Ejercicio de calentamiento.

2.- Ejercicios de contracción y reposo.

3.- Respiración: Superficial y profunda.

Música : Adagio en G Menor (Tommaso Albinoni)

Para elisa (L.V.Beethoven)

SEGUNDA SESION

OBJETIVOS :

- Educación y Descondicionamiento
- Hacer conocer la importancia del CPN.
- Aprender a realizar ejercicios de relajación.

A.- CONTENIDO TEORICO :

1.- Control Pre – Natal .- Cuidados que debe tener la mujer embarazada.

2.- Alimentación y Nutrición de la gestante.

3.- Lactancia Materna.

B.- CONTENIDO PRACTICO:

1.- Gimnasia de las mamas.

2.- Ejercicios con apoyo.

3.- Balanceo de Pelvis.

4.- Ejercicios para los calambres y prevención de edemas.

5.- Relajación en posición de cúbito lateral izquierdo.

6.- respiración : superficial y profunda.

Música: Minuetto N° 6 en G (L.V.Beethoven)

Minué : (J.S.Bach)

Barcarola (J. Offenbach)

TERCERA SESION

OBJETIVOS :

- Eliminar el temor.
- Proporcionar conocimientos básicos sobre algunos cambios anatómicos y fisiológicos producidos por la gestación, identificar algunos factores que influyen en el desarrollo fetal.
- Conseguir la participación activa de la gestante en el proceso del parto.
- Hacer conocer el como y porque se produjo el parto.

A.- CONTENIDO TEORICO :

1.- Estudio de la Pelvis.

2.- Examén Obstétrico: Inspección Palpación. Auscultación y tacto vaginal.

3.- Explicación de los fenómenos Pasivos del trabajo de parto.

4.- Periodos del trabajo de parto.

5.- Atención del Parto.

6.- Preparación de los gestantes.

7.- Episiotomía.

B.- CONTENIDO PRACTICO :

1.-Tipos de respiración.

2.- Posición de sastre o de buda, separación de muslos.

3.- Posición de cuclillas, movimientos de la columna.

Respiración: superficial, profunda y jadeante.

Relajación: Sentada y en posición de pie.

Música. Minuetto para cuerdas N° 5 (Luigi Bocherini)

Sarenata (F.Schubert)

CUARTA SESION

OBJETIVOS:

- Crear reflejos condicionados teniendo como elementos condicionantes de fijación: la contracción, respiración, relajación y la musicoterapia
- Identificar las contracciones.
- Evaluar grado de ansiedad (Test de Zung)

Programa : Teórico y Práctico.

A.- CONTENIDO TEORICO :

1.- Contracción uterina, definición, características en los diferentes períodos del trabajo de parto.

2.-Factores que intervienen en el dolor del Parto.

B.- CONTENIDO PRACTICO :

1.- Identificación de las contracciones uterinas haciendo uso del reloj.

2.- Realización de la respiración jadeante (periodo de dilatación) y bloqueo (periodo expulsivo)

3.- Ejercicios de balanceo de pelvis; posición a gatas.

4.- Ejercicios de posición de cúbito dorsal

5.- Respiración: Jadiante y bloqueante.

6.- Relajación: de cúbito lateral izquierdo.

7.- Música: sinfonía N° 9 en D menor (L. Beethoven) Poeta y Aldeano (F. Suppe)

QUINTA SESION

OBJETIVOS :

- Descondicionamiento, educación y entrenamiento.
- Aprender a realizar ejercicios de preparación de la musculatura perineal.
- Realizar ejercicios de relajación
- Relacionar los ejercicios de respiración y de relajación que se aplican en cada periodo del parto.

CONTENIDO:

A.- CONTENIDO TEORICO :

1.- Trabajo de Parto :

Dilatación

Expulsivo.

Alumbramiento.

2.- Sensación de Pujo.

3.- Complicaciones del parto.

B.- CONTENIDO PRACTICO:

1.-Entrenamiento para el parto.

2.-Ejercicios de control y reposo.

3.-Ejercicios de pelvis.

4.- Ejercicios de Expulsión.

5.-Ejercicios de Pujo.

6.- Práctica en cama de parto.

7.- Respiración: Superficial, Profunda, Jadeante y de Pujo.

8.- Relajación en posición de cúbito lateral izquierdo.

9.- Música. Nana (J Brahms)

Claro de Luna (C. Debussy).

Canción de Cuna (P . Vilarroig)

SEPTIMA SESION

OBJETIVOS:

- Adaptación de la gestante en el medio en que va a realizar su trabajo de parto.
- Reconocer las manifestaciones que indican a la pareja cuando concurrir a la maternidad.
- Evaluar grado de ansiedad – Test de Zung .

CONTENIDO :

A.- CONTENIDO TEORICO :

1.- Reparto de los principales motivos para concurrir a la maternidad.

2.- Mostrar los ambientes donde ella estará durante el trabajo de parto.

B.-CONTENIDO PRACTICO:

1.- Reforzamiento y reposo de ejercicios anteriores (pujo y respiración)

2.- Relajación en posición de cúbito lateral izquierdo.

3.-Música : Canción de Cuna (Vilarroig)

Aria (J.S. Bach)

ANEXO VIII

TEST DE EVALUACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

	DILATACION						OBSERVACIONES
	1 A 3			4 A 10			
	SI	NO	REG	SI	NO	REG	
Se relaja							
Domina Respiración							
Identifica Contracciones.							
Controla Contracciones							
Solicita Apoyo.							
Pide presencia de algún familiar							
Grita de Dolor							
No acepta Recomendaciones							

ANEXO IX

EJERCICIOS BÁSICOS DA ADAPTACIÓN Y RUTINA

Figura9.1.

Balanceo de miembros superiores simultáneamente a la flexión de rodillas.

Posición inicial para realizar el siguiente ejercicio.

Figura 9.2

Balanceo de pelvis:

Variedad de pie sirve para dar mayor flexibilidad a las articulaciones de la columna y de la pelvis sobre todo a las articulaciones sacrocoxigea.

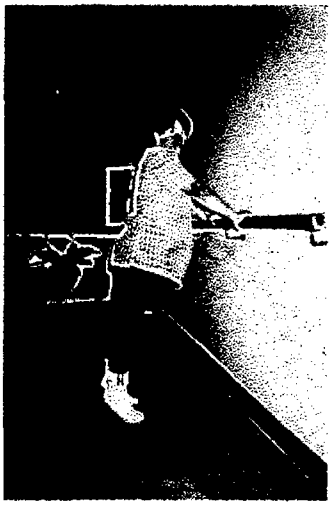


Figura 9.3
Ejercicios en posición de cuclillas (en barra)

De pie, sobre la punta de los mismos, extender los brazos permaneciendo en esta posición el mayor tiempo posible pero sin llegar al cansancio. Este ejercicio sirve como posición inicial para poder realizar el ejercicio en el cual se encorva la columna .

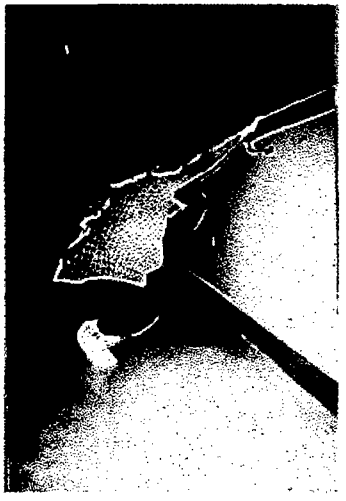


Figura 9.4
Ejercicios en posición de cuclillas

Variedad encorvar la columna vertebral. Sirve para dar soltura a los ligamentos de las articulaciones de la columna vertebral y ensanchar el arco púbico.

Figura 9.5
Ejercicios de relajación. Posición de sastre

Figura 9.6
Ejercicios de rotación en el tronco
Posición de sastre. Este ejercicio permite fortalecer los músculos dorsales

Figura 9.7

Ejercicios para la musculatura perineal.

Variedad planta con planta. Permite una adecuada preparación de los músculos perineales, contribuye a dar mayor flexibilidad a las articulaciones lumbo sacras y pelvianas. Fortalece la amplitud del canal del parto.

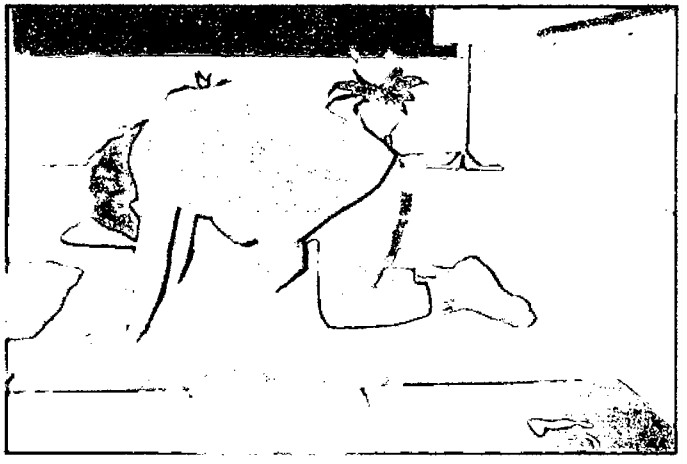


Figura 9.8

Ejercicios Pelviano. Periodo de contracción. "Posición a gatas"

Se contraen los músculos abdominales y glúteos encorvando la espalda. Sirve para aminorar la dorsalgia que se produce durante el embarazo.

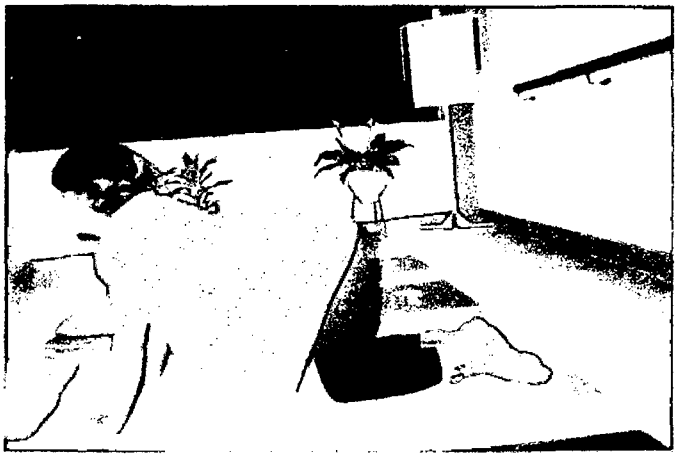


Figura 9.9
Ejercicio Pelviano. Periodo de extensión. "Posición a gatas"
Arquear la espalda. Aumenta la flexibilidad de las articulaciones sacroiliacas y sénfises pubiana.

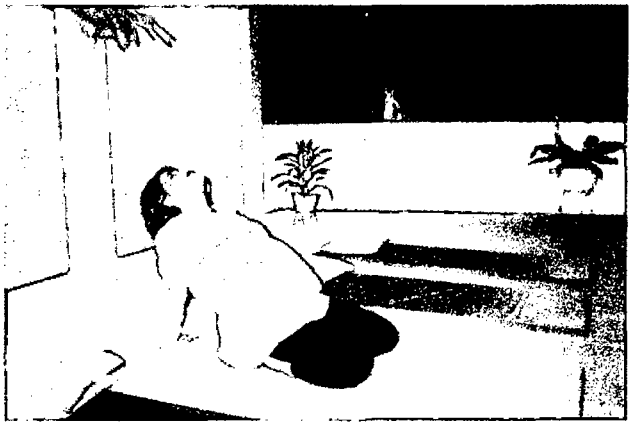


Figura 9.10
Ejercicio de extensión de músculos dorsales.
Permite fortalecer los músculos dorsales. Mantener la flexibilidad de la columna vertebral.

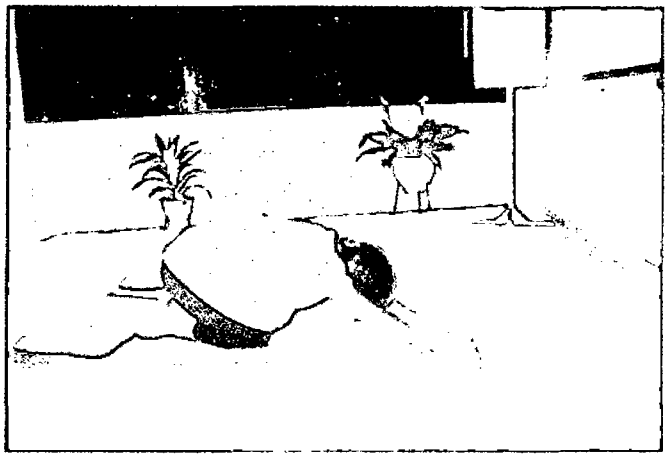


Figura 9.11

Ejercicio de Control de Pelvis. Posición de "Plagaria mahometana"

Este ejercicio se realiza para aminorar la dorsalgia y aumenta la flexibilidad de las articulaciones sacroiliacas.

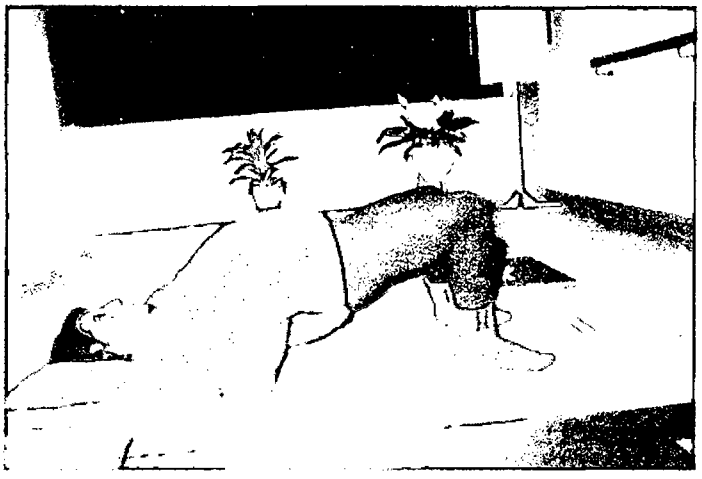


Figura 9.12

Ejercicio de balanceo de pelvis. Posición de cúbito dorsal.

Sirve para dar mayor flexibilidad a las articulaciones sacro-coxigea.

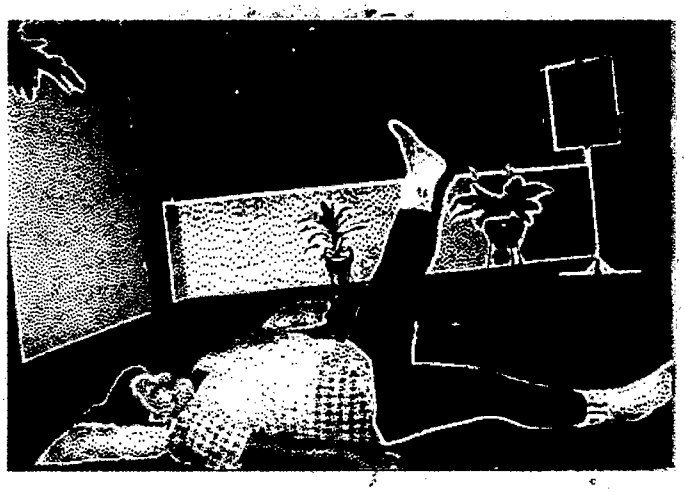


Figura 9.13
Ejercicios de Miembros Inferiores
Levantar los miembros inferiores en forma alterna con rotación del pie. Ayuda a prevenir los calambres y várices.

Figura 9.14
Ejercicios de relajación. Posición de cúbito lateral.
Posición ideal para que la gestante se relaje. Se inició indicándole que se concentre en su cuerpo, su respiración y su bebe. Se trabajó con la imaginación y la música suave.