



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**INSTRUMENTO DE OBSERVACION PARA MEDIR LOS EFECTOS
FISIOLÓGICOS DE LA MUSICOTERAPIA EN ADOLESCENTES
PRIMIGESTAS DURANTE TRABAJO DE PARTO Y PARTO,
MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS PRIMER TRIMESTRE DE 2006.**

Autoras:
T.S.U. DINORATH ALCALA
T.S.U. ELIBETH ARTEAGA

Caracas, Mayo 2006



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**EFFECTOS FISIOLÓGICOS DE LA MUSICOTERAPIA EN ADOLESCENTES
PRIMIGESTAS DURANTE TRABAJO DE PARTO Y PARTO,
MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS PRIMER TRIMESTRE DE 2006.
(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar el
título de Licenciada de Enfermería)**

**Tutora:
Mgs. Aura Pérez E.**

Autoras: :
T.S.U. Dinorath Alcalá
C.I. 16.273.644
T.S.U. Elibeth Arteaga
C.I. 16.007.120

Caracas, Mayo 2006

DEDICATORIA

Agradezco principalmente a Dios todo poderoso, por darme salud física y espiritual, por guiar mis pasos y ayudarme a vencer todos los obstáculos que tuve que enfrentar para lograr mi meta propuesta.

A mi familia, en especial a “mis padres”: mi madre Laura Guevara por todo el amor y educación que ha consagrado durante toda mi vida y a mi padre Luis Arteaga que aunque no esté en este momento a mi lado, me brindo mucho apoyo y amor.

A la profesora Aura Pérez por haber brindado su mayor colaboración para la elaboración de este trabajo especial de grado.

A todas aquellas personas que directa o indirectamente contribuyeron a la culminación de esta meta que hoy comparten conmigo.

“A los jóvenes que dediquen su energía en formarse y trabajar para hacer cada día a Venezuela un país mejor”

Elibeth Arteaga.

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso, por haber sembrado en mí la vocación para estudiar y ejercer esta profesión tan digna y tan humana.

A mi madre, por ser mi compañera incondicional, el pilar de mis estudios, gracias por tus sacrificios he aquí los resultados.

A mi padre, por su apoyo en los momentos difíciles.

Al ser mas maravilloso que Dios y la vida me han podido dar mi hijo Abdiul, quien es el principal motivo de mi superación, a ti bebe te dedico todo mi ser.

A mis amigas Noelia, Rosaliany, Mair y Tatiana por brindarme su amistad y apoyo emocional.

A mi compañera de tesis, Elibeth por haber tenido el agrado de compartir conmigo esta meta, por tu perseverancia y paciencia.

A la profesora Aura, por tu dedicación y colaboración para sacar adelante este trabajo.

Dinorath Alcala

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer a todas aquellas personas que directa o indirectamente ayudaron en la realización de este Trabajo Especial de Grado y con especial énfasis a:

A la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería y a su profesorado por contribuir en la formación académica y profesional ofreciéndonos su apoyo e incentivación para alcanzar el objetivo de ser Licenciadas de Enfermería.

Al Hospital "Doctor Carlos Arvelo" a todo el personal de salud del servicio de obstetricia quienes aportaron información y colaboración, para el logro de esta investigación.

A la Maternidad Concepción Palacios, por permitirnos la realización del estudio sin obstáculos.

A la Mgs. Aura Pérez, por su atención y dedicación incondicional brindada durante la realización de este Trabajo Especial de Grado.

Al Profesor Jaime Garrido, quien con su experiencia y conocimiento en el área metodología y estadística nos colaboro de guía para el análisis de los datos.

A la Mgs. Zaida Domínguez, quien con su conocimiento en el área de materno-infantil, contribuyo en la redacción y estructura del trabajo.

APROBACION DE TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado, titulado: **Efectos fisiológicos de la musicoterapia en adolescentes primigesta durante trabajo de parto, maternidad concepción palacios del primer trimestre del 2006, presentado por: Alcalá, Dinorath C.I. 16.273.644 y Arteaga, Elibeth C.I. 16.007.120**, para optar al título de Licenciado de Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Caracas a los 23 días del mes de Mayo de 2006.

Mgs. Aura Pérez Escalante

LISTA DE CUADROS

	Pág.
<p>1.-Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.</p>	45
<p>2.-Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador número de contracciones. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.</p>	50
<p>3.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador duración de las contracciones. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.</p>	55
<p>4.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador analgesia. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.</p>	60
<p>5.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador amniotomía. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006</p>	63
<p>6.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador pujo en contracciones. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.</p>	65

- 7.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador episiotomía. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006. 67
- 8.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador fórceps. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006. 69
- 9.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador desgarró. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006. 71
- 10.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006. 73
- 11.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador contracciones. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 75
- 12.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador sangre. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 77

- 13.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador fondo uterino. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 80
- 14.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador extracción. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 82
- 15.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 84
- 16.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador aspecto. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 86
- 17.- Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador revisión. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 88

LISTA DE GRAFICOS

	Pág
1.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.	47
1.1.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.	
1.2.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.	48
2.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador número de contracciones. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.	49
2.1.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador número de contracciones. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	52
2.2.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador número de contracciones. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	53
2006	54

3.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador duración de las contracciones. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	57
3.1.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador duración de las contracciones. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	58
3.2.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador duración de las contracciones. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	59
4.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador analgesia. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	61
4.1.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador analgesia. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	62
5.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador amniotomía. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	64

- 6.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador pujo en contracciones. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 66
- 7.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador episiotomía. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 68
- 8.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador fórceps. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 70
- 9.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador desgarro. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 72
- 10.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 74
- 11.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador contracciones Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006 76
- 12.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador sangre.

Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	78
13.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador fondo uterino. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	79
14.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador extracción. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	81
15.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	83
16.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador aspecto Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006	85
17.- Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador revisión. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.	87



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



EFFECTOS FISIOLÓGICOS DE LA MUSICOTERAPIA EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS DURANTE TRABAJO DE PARTO Y PARTO, MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS PRIMER TRIMESTRE DEL 2006.

**Autoras:
Dinorath Alcalá
Elibeth Arteaga
Tutora:
Mgs. Aura Pérez Escalante
Año 2006**

Resumen

La presente investigación se realizó con el objeto de establecer los efectos fisiológicos de la musicoterapia en adolescentes primigestas durante trabajo de parto y parto, Maternidad Concepción Palacios primer trimestre del 2006. Caracas. La investigación es de tipo descriptiva prospectivo desarrollada dentro de un diseño cuasiexperimental de grupo control. La población estuvo conformada por 30 elementos, comprendidos por dos grupos: Grupo A constituido por 15 adolescentes primigesta con ausencia de música; y el Grupo B constituido por 15 adolescentes primigesta con presencia de la música. La muestra fue la misma representación de la población. Los datos fueron recogidos a través del método de la observación, para la cual se utilizó registro de observación estructurado por ítems de respuestas dicotómicas y selección simple, basado en las etapas del trabajo de parto. Para el análisis de los datos se realizaron cuadros y gráficos identificando cada etapa del trabajo de parto. Los resultados demuestran que la aplicación de la musicoterapia disminuye el dolor y duración del trabajo de parto, disminuyendo la intervención médica y permitiendo la participación activa en las adolescentes primigesta.

INDICE

	Pag
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	v
Acta de Aprobación	vi
Lista de cuadros	vii
Lista de gráficos	x
Resumen	xiv
 Introducción	 1
 Capítulo I	
El Problema	
Planteamiento del problema	4
Objetivos	8
General	8
Específicos	8
Justificación	8
 Capítulo II	
Marco teórico	
Antecedentes	11
Bases teóricas	15
Sistema de variables	36
Operacionalización de variables	37
 Capítulo III	
Marco Metodológico	
Diseño	39
Tipo de Estudio	39
Población	40
Muestra	40
Método de recolección de datos	
Validez	41
Procedimiento para la recolección de datos	41
Técnicas de análisis	43
 Capítulo IV	
Resultados de la investigación	
Presentación y análisis de los resultados	44
 Capítulo V	
Conclusiones y recomendaciones	
Conclusiones	89
Recomendaciones	90
 Referencias Bibliográficas	
 Anexo	
A.- Instrumento	
B.- Certificado de validación	

INTRODUCCIÓN

La musicoterapia es un medio de comunicación, que se utiliza con el fin de producir efectos regresivos positivos tanto fisiológicos y psicológicos de la persona. Tiene capacidad de llegar a los estímulos receptores de la corteza cerebral.

Para comprender de manera adecuada y total la naturaleza de la adolescente primigesta y su conducta se debe contar con algún conocimiento de su evolución con la música, si se logra aprender la música en cuanto a forma esencial del comportamiento humano se asegurara las bases de la musicoterapia. Esta disciplina, para formar su estructura conceptual teórica, necesita en gran medida de una base tal, que este de acuerdo con los conceptos biológicos y psicológicos. Así mismo requiere un conocimiento derivado del enfoque multidisciplinario. La musicoterapia esta estrechamente relacionada con la ciencia de la conducta y que, como todas las disciplinas científicas, se esfuerza para organizar, clasificar y describir hasta que emerja un sistema.

La musicoterapia al igual que otras terapias conocidas ha pasado en los últimos veinticinco años por tres períodos o etapas. En la primera se concedió gran importancia al efecto que ejercía la música, dejándose de lado la función del terapeuta. En la segunda este se inclino a prestar menos atención a la música y cuidar más la relación individual con el paciente. En la tercera etapa se ha adoptado una posición intermedia entre estos dos extremos. El terapeuta utiliza su especialidad para centralizar la relación con el paciente y actuar del modo más conveniente tanto en la actividad musical como en la relación misma.

Así mismo se puede decir que el momento del parto y del nacimiento, es el más impresionante y significativo, tanto para la madre como para el hijo y la familia. El proceso de parto y del nacimiento constituye una secuencia previsible de eventos que por lo general culmina con una madre y un niño saludable.

Es común que la parturienta exprese temores sobre el dolor que experimenta durante la dilatación, y el como afrontar el dolor. Desde la primera etapa del trabajo de parto el inicio de contracciones uterinas, la parturienta percibe impulsos dolorosos; la musicoterapia como agente distractor puede actuar en la corteza cerebral cerrando la puerta hipotética desde la medula espinal, impidiendo que las señales dolorosas puedan llegar al cerebro, reduciendo así la percepción del dolor. La música barroca que es la indicada para la mujer en trabajo de parto ayuda en el aumento de la producción de las hormonas oxitocina y endorfina influyendo así en las contracciones uterinas y en la disminución del dolor.

Esta investigación tratara las aplicaciones de la musicoterapia enfocando la importancia existente entre la adolescente primigesta, lo que significa para ella y la influencia de la música en el trabajo de parto. El propósito es conocer los efectos fisiológicos de la musicoterapia en adolescentes primigesta en trabajo de parto.

Seguidamente se describe brevemente los capítulos que se contemplan en esta investigación:

En el I capítulo, el Problema se incluye el planteamiento del problema, objetivos general y específicos, justificación de la investigación.

En el II capítulo, Marco teórico, donde se describen los antecedentes, las bases teóricas, el sistema de variables y su operacionalización.

En el III capítulo, Marco metodológico se describe el diseño metodológico, el tipo de estudio, población, el método e instrumento de recolección de datos, procedimientos para la recolección de la información, validez y técnica de análisis.

En el capítulo IV, se presentan los resultados y análisis de los resultados.

En el V, se explican las conclusiones surgidas de los resultados y las recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos respectivos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La música es una disciplina que ejerce una influencia única y poderosa. Por medio de ella los enfermos pueden modificar su conducta, sea adquiriendo nuevas pautas o mejorando las que ya tienen. En algunos casos es la música misma la que provoca esos cambios, pero con mayor frecuencia, existe la persuasión intencionada del terapeuta que, directa o indirectamente, influye para que se realicen modificaciones. Ya sea mediante la música o la persuasión; la meta última es siempre producir cambios deseables.

Lo más difícil de entender sobre el hombre es como llega a conocer el mundo que lo rodea si no existiera la posibilidad de comprender el mundo externo - que el hombre siente - del que provienen los datos primeros de todo lo que el hombre hará, pensará o sentirá. (Poch, 1999. pág 12). En esencia, la experiencia sensorial de oír que el hombre tiene es lo que permite que su música exista.

El papel que la música tiene en la vida del hombre es enriquecer, es también unas de las principales funciones de la musicoterapia, pues muchos de los pacientes, en especial los niños, carecen del enriquecimiento que se logra mediante la música. Nuestros sentidos nos proporcionan el material básico de lo que ha de ser nuestra inteligencia, pero también lo que ha de ser el sentido estético.

Durante casi toda la historia del hombre la música y la terapia han estado estrechamente vinculadas con frecuencia de modo inseparable. Cada cultura ha establecido la naturaleza y el empleo de su música en el tratamiento de la enfermedad.

Por lo general, la mujer nace con la habilidad de parir, con reflejos innatos que posibilitan el desarrollo del embarazo, el parto y el nacimiento. Hasta ahora la ciencia no ha podido imitar ni controlar dichos procesos que son controlados desde el cerebro, el hipotálamo, que en la misma manera determina otros reflejos innatos como es sentir hambre, sed, sueño o el deseo sexual. Aunque sean reacciones instintivas e innatas o naturales, estos reflejos pueden ser inhibidos, reprimidos o estimulados según el ambiente y los sentimientos que influyen en el momento (Cruz, 2003).

En casi todo el mundo la medicación del parto sigue teniendo gran influencia, el problema es que no contempla el funcionamiento integrado del cuerpo, no considera la influencia del ambiente y los sentimientos en el proceso y, así es que produce dificultades y complicaciones.

En Venezuela cuando las mujeres entran en trabajo de parto, proceso fisiológico normal que ocasiona dolor a la parturienta, desde el inicio de la primera etapa se presentan contracciones uterinas produciendo dilatación completa de la cervix y borramiento del mismo, generando impulsos dolorosos que se localizan sobre la región inferior del abdomen y se irradia hacia el área lumbar de la espalda y desciende por los muslos. Seguido de la expulsión, segunda etapa, la parturienta experimenta dolor perineal a causa del estiramiento de los tejidos perineales para dar paso al feto y molestias proveniente de las fuerzas que hace la parturienta para la expulsión del feto.

En la tercera etapa el desprendimiento de la placenta o alumbramiento, el dolor se asemeja al dolor que experimenta la parturienta en la primera etapa, su localización es en la parte uterina.

El trabajo de parto es una situación que genera ansiedad, dolor e incertidumbre en la parturienta; la ayuda que reciben es la administración de fármacos inductores del parto. Estos fármacos aceleran el proceso de expulsión del feto más no disminuyen ni el dolor ni la ansiedad. También reciben analgésicos y anestésicos.

Se puede decir, que las causas del dolor son la intensidad de las contracciones, el tiempo necesario para que tenga lugar los cambios cervicales. El temor y la ansiedad causan tensión muscular exagerando la sensación del dolor de las contracciones.

La musicoterapia es un medio de comunicación que llega a la corteza cerebral y puede ayudar a las personas a controlar o disminuir el dolor a nivel físico y psicológico. La musicoterapia puede ayudar a la adolescente primigesta en el aumento de la producción de las hormonas oxitocinas y endorfinas actuando de esta forma en las contracciones uterinas, disminuyendo el dolor y creando un ambiente favorable para la primigesta.

La Maternidad Concepción Palacios, ubicada en la avenida San Martín, perteneciente a la Alcaldía de Caracas, con datos estadísticos en el cuarto trimestre del 2005, de 1423 trabajo de parto realizados en la misma, la unidad de parto esta constituida por una sala de Parto con veinte camas disponibles y seis cubículos para el parto. En este centro hospitalario durante el trabajo de parto se observa en las adolescentes primigesta expresiones emotivas como miedo, sufrimiento que influyen en el aumento de la ansiedad, presencia de llanto, gruñidos, gritos, gesticulaciones (cerrar y

apretar las manos) y no se observa la presencia de apoyo emocional para tranquilizar a la primigesta por parte del personal de enfermería, reprimen a la adolescente primigesta a manifestar su dolor y emociones con acciones de regaño, callando y reprendiendo su comportamiento, se recurre en diversas situaciones al tratamiento farmacológico.

Si la adolescente primigesta no logra manejar el dolor y estado emocional puede ocasionar dificultad en el trabajo de parto o prolongar el mismo.

De lo planteado anteriormente surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la respuesta fisiológica generada por la intervención de la música en la etapa de dilatación en la adolescente primigesta?.

¿Cuál es la respuesta fisiológica generada por la intervención de la música en la etapa de expulsión en la adolescente primigesta?.

¿Cuál es la respuesta fisiológica generada por la intervención de la música en la etapa de alumbramiento en la adolescente primigesta?.

Formulación del Problema

Por lo antes expuesto, se formula el siguiente problema:

¿Cuáles serán los efectos fisiológicos de la musicoterapia en adolescente primigesta durante el trabajo de parto?.

Objetivos

Objetivo General

- Determinar los efectos fisiológicos de la musicoterapia en la adolescente primigesta durante el trabajo de parto y parto. Referido a cambios en la etapa de dilatación, cambios en la etapa expulsiva y en la etapa del alumbramiento.

Objetivos Específicos

- Identificar los cambios fisiológicos ocurridos en la etapa de dilatación en la adolescente primigesta durante la intervención de la musicoterapia en trabajo de parto.
- Identificar los cambios fisiológicos ocurridos en la etapa de expulsión en la adolescente primigesta durante la intervención de la musicoterapia en trabajo de parto.
- Identificar los cambios fisiológicos ocurridos en la etapa de alumbramiento en la adolescente primigesta durante la intervención de la musicoterapia en trabajo de parto.

Justificación

La musicoterapia es una disciplina que utiliza los elementos de la música para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación, con el objetivo de iniciar por medio de ellos el proceso de entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad. Los efectos de la musicoterapia en el ser humano se puede ver en la parte fisiológica y psicológica, en cuanto

a los efectos psicológicos se observa que al actuar la música sobre el sistema nervioso central, provoca en el sujeto tanto efectos sedantes, estimulantes, enervantes, y el efecto fisiológico es capaz de lograr que el individuo regule su estado biológico y funcional del organismo. La musicoterapia, en este caso, la música barroca actúa en la adolescente primigesta durante el trabajo de parto interviniendo en las contracciones uterinas y la disminución del dolor mediante el aumento de producción de las hormonas oxitocina y endorfina.

La mayoría de las madres desean desde el inicio de su embarazo la llegada de su hijo, creando expectativas del nacimiento del niño, la mujer necesita en el momento del parto factores motivantes que le den seguridad para ejecutar el proceso fisiológico normal de un trabajo de parto al cual se le integra la musicoterapia que va a ayudar a la mujer a controlar sus emociones, relajarse. La música es un medio de comunicación el cual se va a dirigir directamente a la corteza cerebral de la mujer y ella va a dirigir su comportamiento fisiológico y psicológico los cuales se favorecen entre sí y esto lograra que la madre disfrute la llegada del neonato.

Así mismo, es una herramienta importante la cual va a ayudar a la integración directa de enfermería con la adolescente primigesta favoreciendo vínculos afectivos. El personal de enfermería tomara en cuenta las necesidades que refleja la adolescente primigesta durante el trabajo de parto y ejecutara acciones basándose en la musicoterapia además que la música barroca provocara la relajación de la enfermera y hace que su trabajo sea menos estresante.

La musicoterapia actúa como motivación para el desarrollo de la autoestima, es utilizada como una técnica que estimule en el individuo

sentimientos de autorrealización, autoconfianza, autosatisfacción y mucha seguridad en sí mismo, promueve la ejecución de movimientos controlados.

Los beneficios a nivel institucional son de tipo económico, se reduce el período de hospitalización en las salas de partos y se disminuye el uso de medicamentos como oxitocinas, analgésicos y anestésicos. Se reduce el índice de morbilidad, ocasionados por complicaciones en el trabajo de parto entre ellos distocias en las contracciones uterinas, expulsivo prolongado entre otros.

Para el profesional de enfermería representa un estímulo para la investigación y aplicación de la musicoterapia, el cual también sirve de incentivación para los estudiantes de enfermería; aportando ideas y detalles que en un futuro pueda dar pasos a nuevas investigaciones. Además puede proporcionar nuevos conocimientos teóricos y prácticos. Los resultados también servirán de apoyo a la institución para generar técnicas en musicoterapia en sala de parto.

Los resultados de esta investigación podrían dar aportes para futuras investigaciones en poblaciones con iguales características, ayudando a mejorar la calidad de atención en adolescentes primigesta en trabajo de parto y minimizar la morbimortalidad neonatal y maternal, disminuyendo así el tiempo de trabajo de parto. Por último, ayuda a la madre en la participación activa y disciplinada con la consecuente disminución del dolor, logrando así un parto tranquilo, los resultados de este estudio serán de gran ayuda a otros miembros del equipo de salud que trabajen con el tema.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

La Chapelle, S (1996). Caracas, Venezuela. Realizo un trabajo de investigación “Efectos de una intervención musicoterapéutica sobre la respuesta de estrés en hipertensos esenciales leves”, Caracas; cuyo objetivo fue determinar la respuesta de estrés en pacientes hipertensos a través de la musicoterapéutica; de tipo de estudio experimental de laboratorio, la cual consistía en dividir por sexo tres grupos para la música relajante, música neutra y ausencia de música.

Los seleccionados fueron hipertensos leves del Hospital Clínico Universitario. Se concluyó que el resultado que se obtuvo fue que la reactividad cardiovascular frente al estrés fue menor en el grupo que escucho música relajante en comparación con el grupo que escucho música neutra y el que no escucho música.

El grupo que escucho música neutra no fue diferente en su reactividad cardiovascular del grupo que no escucho ningún tipo de música lo que indicaba que la música relajante es efectiva para disminuir la reactividad fisiológica al estrés. Se recomienda a las instituciones con pacientes hipertensos aplicar sesiones con música terapéutica relajante la cual favorece a este tipo de pacientes controlando su reactividad cardiovascular.

Este trabajo de investigación se relaciona ya que identifica los efectos de la musicoterapia en las respuestas fisiológicas y psicológicas con la intervención de la música.

Bautista, A. Nieto, Y. y Sánchez, C. (1999). San Cristóbal, Venezuela. "La práctica de enfermería en la aplicación de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor a gestantes durante la primera etapa del trabajo de parto". Su objetivo fue determinar la practica de enfermería en la aplicación de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor a gestantes durante la primera etapa del trabajo de parto, antes y después de su participación en un taller específico.

La investigación es de tipo descriptiva, prospectiva y transversal desarrollada dentro de un diseño pre-experimental de pre-prueba y post-prueba a un solo grupo. La población estuvo conformada por catorce enfermeras de atención directa del área clínica de sala de parto del hospital universitario Dr. José María Vargas. Los resultados evidenciados reflejan que las enfermeras de atención directa antes de su participación en el taller solo aplicaban algunas de las medidas no farmacológicas para el alivio del dolor en la gestante durante la primera etapa del trabajo de parto, condición ésta mejoro significativamente después de su participación en el taller.

Se recomendó poner en practica el taller sobre medida no farmacológicas para el alivio del dolor en el área clínica de sala de parto, también se debe motivar a las enfermeras para que apliquen las medidas no farmacológicas para el alivio del dolor la cual tiene como objetivo preservar el bienestar materno-infantil y por último se recomienda dar a conocer los resultados de esta investigación.

La relación que tiene es que la musicoterapia es una medida no farmacológica que va ser aplicada en el proceso de trabajo de parto, que solamente consiste en la terapia de la música la cual no conduce daños a la madre ni al feto y esta presente la intervención de enfermería.

Da Silva, G (2000). Caracas, Venezuela. Realizó el siguiente trabajo de investigación "Propuesta de un programa de musicoterapia para sujetos con VIH asintomático en estado depresivo". Su objetivo fue proponer un programa de musicoterapia que permite separar los estados de depresión, en un grupo de adultos, entre 20 y 35 años, infectados con VIH, asintomático que presentan depresión debido a su situación actual.

Esta investigación es de tipo documental, de diseño bibliográfico, su población estuvo constituida por sujetos infectados de VIH. Los resultados de esta investigación se enfocaron en cuanto que la música proporciona a los individuos un efecto de bienestar psíquico, espiritual, emocional y hasta físico si se emplea con eficiencia; ella juega un papel importantísimo en la modificación del humor por su acción directa al cerebro emocional.

La musicoterapia como técnica para ayudar a las personas a cambiar de estado de ánimo es efectiva, debido a que unas de sus herramientas por excelencia es la música. Además esta considerada como una disciplina auxiliar de la medicina y de la psicología. Por último se considera que el programa de musicoterapia será un aporte para el tratamiento de la depresión en los sujetos con VIH, asintomático, debido a que permitirá que estos cambien de estado de ánimo y mejoren su salud física, mental y emocional.

Entre las recomendaciones de esta investigación se dieron aplicar la propuesta del programa de musicoterapia para conocer su efectividad,

aplicar musicoterapia a otras personas que tengan otro tipo de enfermedad y que padezcan de depresión, continuar con las investigaciones en el área de la musicoterapia para hacer de ella una autentica herramienta terapéutica reconocida por todos y que se emplee de manera adecuada, tomando en cuenta al individuo como un ser individual y con personalidad propia.

Su relación con la investigación presente, la musicoterapia tiene como finalidad que las personas con las que se trabaje presenten un bienestar psicoemocional y físico.

Quijada, I. Sanoja, A y Seguera, Norela (2003). Carabobo, Venezuela. Realizaron su trabajo de investigación "Enfermera-adolescente primigesta en la etapa pre-parto hospital universitario Dr. Ángel Lorralde". Su objetivo fue determinar la interacción que existe entre la enfermera y la adolescente primigesta en la etapa pre-parto en su medición relación ayuda. Su diseño es no experimental, con un estudio transaccional descriptivo, cuya población fue conformada por 88 adolescente primigestas que acudieron en un mes en la sala de parto.

Los resultados de esta investigación, fueron analizados, aplicando la estadísticas descriptiva, ratifican que no se cumplen la escucha activa en la relación de ayuda entre la enfermera y la adolescente primigesta, se pudo verificar que no se brinda empatía; respeto y confianza; con lo que se pudo determinar que no existe interacción entre la enfermera y la adolescente primigesta en la etapa pre-parto, en su dimensión relación ayuda.

Se recomendó presentar los resultados de esta investigación a: la gerencia de enfermería para exhortarlos a establecer relación de ayuda que fortalezcan los valores, actitudes y creencias de los profesionales de enfermería. Motivar a los profesionales de enfermería para revisar con

interés individual el alto porcentaje de respuestas negativas en lo referido a la relación de ayuda entre la enfermera y la primigesta, se recomendó retroalimentar permanentemente mediante talleres educativos.

Su relación es que a través de la musicoterapia va haber un vínculo afectivo entre la enfermera y la mujer primigesta adolescente, va existir la participación de enfermería, con la comunicación que transmite la música, como se resalto anteriormente no existe comunicación verbal ni no verbal de manera afectiva entre enfermería y primigesta, no se observo el apoyo de enfermería; y la musicoterapia a través de su comunicación que llega rápidamente al cerebro va actuar de manera fisiológico y psicológico en la primigesta, donde estará presente enfermería para que se logren estos objetivos.

Isturis, B. Vilorio, N y Vivas, D (2004). Caracas, Venezuela. Realizaron un trabajo de estudio titulado "Diferencia en la duración del trabajo de parto en mujeres primíparas que recibieron preparación psicoprofiláctica y las que no recibieron en el hospital Joel Valencia de la Urbina". Cuyo objetivo fue establecer las diferencias en la duración del trabajo de parto en mujeres primíparas que recibieron preparación psicoprofiláctica y las que no recibieron.

La investigación es de tipo descriptiva prospectivo transversal desarrollada dentro de un diseño no experimental. La población estuvo conformada por 35 elementos comprendidos por dos grupos, grupo A que recibieron preparación psicoprofiláctica y grupo B que no recibieron preparación psicoprofiláctica. Los datos fueron recogidos a través del método de la observación, los resultados demuestran que la preparación psicoprofiláctica si disminuye el dolor y la duración del trabajo de parto en mujeres primigestas y que si resulta efectiva para evitar la prolongación del

mismo. Se recomendó a las madres, especialmente primigestas que se animen a participar en la preparación psicoprofiláctica tanto teórico como práctico para que durante el embarazo puedan disfrutarlo, a los profesionales de enfermería se les recomienda prepararse para impartir la preparación psicoprofiláctica en las instituciones de salud y a todas las instituciones hospitalarias, especialmente las materno-infantiles se les recomienda de implementar la preparación psicoprofiláctica obligatoria, dirigida mujeres primigestas y multíparas.

La relación de esta investigación es que se desea la disminución del dolor y duración del trabajo de parto en las mujeres primigestas a través de medidas no farmacológicas, como la musicoterapia.

Bases Teóricas

El embarazo

Una vez que los espermatozoides y los óvulos se han desarrollado mediante la meiosis y la maduración, los espermatozoides han sido depositados en la vagina, se puede producir el embarazo.

El embarazo es “una secuencia de acontecimientos que generalmente se compone de la fecundación, la implantación, el crecimiento embrionario y el crecimiento fetal, y que finaliza con el nacimiento aproximadamente 266 días después” (Tortora y Grabowski. 1999, p. 971).

Continuación se presenta el trabajo de parto y la descripción de cada unas de sus etapas:

Trabajo de parto

El trabajo de parto es un proceso mediante el cual el feto, la placenta y las membranas abandonan el útero y pasan por el canal del parto y se tiene como resultado el nacimiento del bebe.

El trabajo de parto consiste "en una serie de contracciones continuas y progresivas del útero que ayudan a que el cuello uterino se abra (dilata) y adelgace (se borre), para permitir que el feto pase por el canal de parto" (Burroughs y Leifer. 2002, pág. 92).

Lowdermilk, Perry y Bobak (1998) "considera que el parto es normal cuando la mujer está a término o cerca de éste, no ha presentado complicaciones, tiene un feto único en presentación de vértice y completa su parto en 24 horas"(pág.306). El curso del parto, cuya constancia es notable, consiste en la progresión regular de las contracciones uterinas, el borramiento y la dilatación progresivos de cérvix, y el descenso progresivo de la presentación.

Etapas del trabajo de parto

El trabajo de parto se divide en tres etapas, cada una con cambios propios que las distingue de las demás:

Primera etapa (Dilatación)

La primera etapa del trabajo de parto es la más larga y la más variable. Comienza con el inicio de las contracciones periódicas, los cambios cervicales ya han empezado y culmina cuando el cuello uterino se encuentra totalmente dilatado y borrado; se conoce como la etapa de dilatación y borramiento. Las contracciones provocan dos cambios importantes en el cuello uterino: borramiento total del canal cervical 100% y dilatación completa del cervix 10 cm. El borramiento del cervix es el acortamiento y adelgazamiento del cuello uterino durante la primera etapa del parto; de tener de 2 a 3 cm de longitud y casi 1cm de espesor, prácticamente desaparece por el acortamiento de las células de músculo uterino. Al terminarse el borramiento 100% solo se palpa un delgado borde. (Burroughs y Leifer, 2002).

La dilatación del cervix es la ampliación de la abertura del cuello uterino, de 0 a 10 cm, para permitir dar a luz al feto a término. Cuando se ha dilatado totalmente, ya no es palpable al hacer la exploración vaginal. Conforme avanza la dilatación, se presenta una mayor cantidad de flujo sanguinolento.

La primera etapa del parto se divide en fase latente, fase activa y fase de transición:

- Fase latente: Puede durar de 8 a 20 h en la primípara y de 15 a 14 h en la multípara. La fase latente es la "parte temprana y lenta del parto; empieza con la aparición de contracciones regulares y se prolonga hasta que el cervix se ha dilatado de 4 cm". (Burroughs y Leifer. 2002, p. 104). Durante esta

fase, las contracciones se estabilizan y generalmente son leves; se presentan cada 10 o 15 minutos con una duración de 15 a 20 segundos. En este momento la madre siente que puede tolerar las molestias. A menudo charla y sonríe y se siente aliviada porque al fin el parto se ha iniciado. Debe animársele a estar levantada y en movimiento, a ver la televisión o platicar con su acompañante.

Es un buen momento para preguntarle si tiene dudas sobre sus expectativas y, si se encuentra ansiosa, enseñarle algunas técnicas de relajación. Es ahora cuando es capaz de concentrarse claramente en lo que se le está enseñando.

Referente a la teoría de adopción del rol maternal, Mercer (1995, c.p. Marriner y Raile, 2003) la define como:

“Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. El movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol maternal: identidad materna”

- Fase activa: Burroughs y Leifer (2002) la fase activa "provoca molestias de diferente intensidad. Las contracciones son más fuertes y largas, de modo que la dilatación cervical avanzada de 4 a 7 centímetros"(p.104). el descenso fetal continúa, la duración de las contracciones a 30 o 45 segundos y cada 5 minutos, con intensidad de moderada a fuerte. Durante esta fase se puede asistir a la paciente con técnicas de respiración y relajación; puede seguir deambulando hasta que ya se sienta muy molesta o se rompan las membranas. Al incrementarse las contracciones, también aumentan la intensidad y las molestias, podría empezar a dudar de su capacidad para enfrentarse a las contracciones del nacimiento. Siguiendo

de guía el partograma, el tiempo a transcurrir de 5 a 6 centímetros es de 3 horas y 15 minutos aproximadamente en una nulípara. Según el Departamento de Perinatología del Ministerio de Sanidad Asistencia Social (1991) aseveran que el partograma es un instrumento estandarizado y aprobado a nivel mundial, el cual fue adaptado en Venezuela del Centro Latinoamericano de Perinatología.

- Fase de transición: última parte de la primera etapa. La dilatación cervical continúa a paso lento de 8 a 10 centímetros, pero alcanza su punto máximo. Por el partograma, el tiempo a transcurrir 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. Las contracciones se vuelven más frecuentes, más largas de 60 a 90 segundos y más intensas. Durante esta fase la madre podría mostrar una disminución en su capacidad de afrontamiento de las contracciones y el dolor. A menudo, la mujer se pone muy inquieta, cambia de posición con frecuencia y se siente abandonada. Es frecuente que se le tenga que recordar cómo relajarse y concentrarse o cómo recuperar la concentración en cada contracción. Asimismo, podría volverse irritable y no desear que se la toque durante las contracciones a menudo teme perder el control y está del todo ensimismada.

Al ir descendiendo la cabeza del feto, es muy probable que sienta la urgencia de pujar debido a la presión de ésta en los nervios sacros. Mientras puja, los nervios abdominales ejercen presión adicional que favorece al descenso del feto.

Mientras tanto, cuando ya es posible ver la cabeza del niño, el perineo empieza a abultarse y aplanarse, y al poco tiempo es posible verla en la abertura de la vagina. La cabeza. Para retroceder entre una contracción y otra y baja más con cada contracción. Cuando se presenta el coronamiento y

se ve la cabeza por la abertura vaginal, el nacimiento es inminente. La primera etapa del trabajo de parto culmina cuando el cuello uterino está del todo dilatado y borrado.

La amniotomía es la rotura de las membranas (bolsa de agua), produciendo aumento de la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas. Schwarcz y Caldeyro (1980 c.p. Gonzalez y Del Sol, 2003) confirman que la amniotomía reduce en un 28% la duración del parto. Sin embargo, estos mismos autores (Caldeyro y cols.; 1974 c.p. González y Del Sol, 2003) desaconsejan la rotura precoz y sistemática de la bolsa, ya que encuentran mayor incidencia de las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal e incluso pH fetales más bajos.

La rotura espontánea de las membranas suele tener lugar durante el período de dilatación. Cuando ocurre, hay que efectuar inmediatamente un tacto vaginal, salvo que la cabeza esté encajada, para comprobar que no ha ocurrido un prolapso de cordón (González y Del Sol 2003).

La administración de medicamentos, durante este período se sedará a la paciente, si lo precisase, con analgésicos (González y Del Sol 2003), y solo se administrará oxitocina por venoclisis, si la dinámica uterina es insuficiente, ya que la hipodinamia alarga este período del parto y aumenta el riesgo de sufrimiento fetal. La administración de analgésicos suprime la sensación de pujar en la parturienta, lo que obliga a incrementar el intervencionismo obstétrico en el período expulsivo.

Segunda etapa (Expulsión)

La segunda etapa de expulsión, empieza cuando el cuello uterino está totalmente dilatado 10 centímetro y termina con el nacimiento del niño. En ese momento la mujer suele sentir la urgencia de pujar como si fuera a defecar y de utilizar sus músculos abdominales para ayudar a imprimir más fuerza a las contracciones uterinas voluntarias y hacer que el niño descienda. Ya que es en este período cuando el feto recorre la mayor parte del canal del parto hasta su expulsión (González y Del Sol 2003).

El periodo del expulsivo se reconoce por la aparición de los pujos y la parturienta debe ser asesorada para que no aguante la respiración más de 5 segundo al pujar, pues podría desencadenar la maniobra de Valsalva, que resulta de cerrar la glotis y aumentar así la presión intratorácica y cardiovascular. Con este fenómeno puede disminuir la infusión de oxígeno a través de la placenta y provocar hipoxia fetal, así como anormalidades en la frecuencia cardíaca del feto.

Burroughs y Leifer. (2002) considera que la segunda etapa "es más corta que la primera, dura menos de 1 hora en la nulípara y escasos minutos en la múltipara. El coronamiento ocurre cuando la cabeza se ve en la abertura externa de la vagina" (pág.105). Entre las contracciones pareciera que la cabeza retrocede, pero en las contracciones sucesivas y con los pujos de la madre, el nacimiento se hace inminente. Las contracciones uterinas son vigorosas, pero ahora ocurren sólo cada 2 a 3 minutos y duran de 60 a 90 segundos. Hay además un incremento del goteo hemático.

La prolongación de tiempo del expulsivo puede originar un sufrimiento fetal, por este motivo, los obstetras prefieren acortar el período expulsivo si se sobrepasan los tiempos medios en las primíparas y múltiparas (González y Del Sol 2003). Para acortarlo utilizan el fórceps que es un instrumento que se usa para facilitar la extracción del feto en ciertos partos difíciles. Tiene

forma de pinzas, terminada en dos palas en forma de cuchara, destinadas a recorrer la cabeza fetal y favorecer el parto.

Para prevenir una laceración, el médico podría hacer una episiotomía, es decir una incisión en la línea media o medio lateral del perineo, con lo cual podría acortarse la segunda etapa del parto. La episiotomía no se realiza de manera sistemática, sólo cuando está indicada.

La episiotomía debe realizarse cuando el perineo presente un obstáculo para la evolución del parto, o sea, cuando la cabeza haya descendido al cuarto plano, contacte con el perineo y se inicie su abombamiento (González y Del Sol 2003), en las primíparas, la episiotomía debe realizarse en la mayoría de los casos. Si la incisión es precoz, cualquier tipo de episiotomía será muy sangrante, no solo porque en ese momento el suelo perineal es grueso, sino porque, como la hemostasia de los vasos sangrantes no es fácil y el desprendimiento fetal se demorará, durante este tiempo estará sangrando la herida, sin que las compresiones o taponamientos den buen resultado.

Antes de la expulsión del niño se hace una verificación rápida para asegurarse de que el cordón umbilical no esté entorpecido a su cuello. Luego del nacimiento del pequeño, la mujer suele sentirse aliviada.

Tercera etapa (Alumbramiento)

El desprendimiento y la posterior expulsión de la placenta y de sus membranas reciben el nombre de alumbramiento.

Burroughs y Leifer. (2002) la tercera etapa del parto se conoce como "la etapa del desprendimiento de la placenta; empieza con el nacimiento del

niño y termina con la expulsión de la placenta; y dura hasta 30 minutos, con una media de 5 a 10 minutos"(pág.105).

El desprendimiento placentario puede iniciarse durante las últimas contracciones del período expulsivo y completarse durante las contracciones del alumbramiento (González y Del Sol 2003). El brusco vaciado del útero a la salida del feto hace que las fibras musculares se acorten considerablemente para adaptarse a su único contenido, la placenta, reduciendo en gran manera el área de inserción placentaria. Esta no puede reducirse en la misma proporción y se pliega dando lugar a zonas de despegamiento, las cuales se llenan de sangre formando el hematoma retroplacentario.

En la tercera etapa, las contracciones se reanudan luego de algunos minutos y ocurren cada cinco minutos, pero con una intensidad mucho menor. Estas hacen que la placenta se desprenda del útero, lo que permite su expulsión y la de las membranas que la rodean. El obstetra examina la placenta para verificar que esté intacta. Durante la hora siguiente o mientras se espera el alumbramiento de la placenta, el obstetra o la partera examinarán y, de ser necesario, darán puntos para suturar los desgarros o una episiotomía. Durante este período se considera normal una pérdida hemática de hasta 500 mililitros.

Hay unos signos clínicos que informan acerca de la placenta se ha desprendido y son los siguientes:

1. Ascenso del fondo uterino por encima del ombligo.
2. Palpación del cuerpo uterino, duro y globuloso.
3. Hemorragia oscura.
4. Descenso del cordón umbilical.

El período de alumbramiento suele ser inferior a los 30 minutos. La práctica de un alumbramiento dirigido con oxitocina reduce en la mayoría de los casos a menos de 5 minutos (Gonzalez y Del Sol 2003), si sobrepasan los 20 minutos, se cree aconsejable practicar una extracción manual de la placenta.

La extracción manual consiste bajo anestesia, preferentemente con productos que tengan acción miorelajante sobre el útero, se procede a introducir la mano y el antebrazo (protegidos con un nuevo material estéril) en la cavidad uterina y a despegar la placenta con el borde cubital de la mano evitando, en lo posible, desgarrarla.

La práctica rutinaria de la extracción manual puede comportar mayor incidencia de infecciones, aunque se realice en condiciones de asepsia.

Integridad de la placenta: es imprescindible comprobar la integridad de la placenta y de sus membranas antes de dar por finalizado el parto. La retención de un cotiledón placentario y, con menos frecuencia, parte de las membranas ovulares produce una hemorragia que puede ser bastante grave.

Revisión del canal de parto: consiste en el examen de los genitales externos, de la vagina y el cuello uterino para detectar posibles lesiones y reconocer la profundidad de la episiotomía. Esta revisión es preceptiva si el parto no ha sido espontáneo, y debe realizarse con valvas y pinzas de raqueta que hagan tracción del cuello uterino para visualizarlo.

Tras un alumbramiento normal y cuando la inspección de la placenta y sus membranas revelan su integridad, no es necesario realizar una revisión manual de la cavidad uterina, crea molestia a la parturienta y, aunque ésta esté anestesiada, puede favorecer al ascenso de gérmenes a la cavidad uterina.

Factores que influyen en la progresión del trabajo de parto

1. Paridad: el primer trabajo de parto es más prolongado.
2. Contracciones uterinas: deben ser eficaces para que el trabajo de parto avance.
3. Presentación: la cabeza fetal es una cuña mecánica de dilatación más útil que las nalgas.
4. Posición: cuando el feto se encuentra en posición posterior, el trabajo de parto tiende a ser más prolongado y doloroso.
5. Estado de las membranas: la dilatación cervical aumenta con la ruptura de las membranas, lo cual permite que la cabeza fetal firme entable contacto con el cuello uterino.
6. Diámetros fetos pélvicos: la flexión de la cabeza es un factor importante en la duración del trabajo de parto.
7. Músculos: la fuerza y la relajación de los músculos del piso pélvico son importantes como auxiliares para la expulsión de la cabeza del feto.
8. Psique: se considera que los preparativos para el parto y la actitud positiva frente al trabajo de parto abrevian la duración de éste.

Referente a la teoría de adopción del rol maternal, Mercer (1995, c.p. Marriner y Raile, 2003) la define como:

“Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. El movimiento hacia el estado personal en el cual la madre

experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol maternal: identidad materna”

Percepción del dolor

Aunque el umbral del dolor presenta similitudes notables en todas las personas sin importar las diferencias de género, sociales, étnicas o culturales, estas diferencias desempeñan un papel preponderante en la percepción individual. Los efectos de factores como la cultura, los contra estímulos y la distracción en el afrontamiento exitoso del dolor todavía no son bien entendidos. El significado del dolor y sus expresiones verbales y no verbales parecen aprenderse en las interacciones con el grupo social primario. Sin embargo, las influencias culturales pueden imponer expectativas poco realistas. Por ejemplo, las mujeres asiáticas consideran vergonzoso gritar o mostrar el dolor y evitan las expresiones verbales (Mattson y Smith, 1993 c.p. Dickason, Silverman y Kaplan, 1999).

Causas de dolor durante el trabajo de parto

Son cuatro las causas físicas principales que contribuyen al dolor durante el trabajo de parto. la intensidad de las contracciones, el tiempo necesario para que tengan lugar los cambios cervicales, y el tamaño y la posición del feto son elementos que contribuyen a la duración del trabajo de parto y, por tanto, influye en la fatiga y tolerancia al dolor de la madre. El temor y la ansiedad causan tensión muscular y exageran la sensación del dolor de las contracciones.

Las cuatro causas principales de dolor durante el trabajo de parto son:

1. Dilatación y distensión del cuello uterino (que estimula los ganglios nerviosos).

2. Contracciones uterinas. La reducción del abastecimiento de sangre al útero causa el dolor uterino isquémico que se ha comparado con el dolor cardíaco isquémico.
3. Presión y estiramiento de las estructuras pélvicas (ligamentos, trompas de Falopio y peritoneo).
4. Distensión y estiramiento de la vagina y el perineo (sensación de división y desgarre).

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 (Dickason, Silverman y Kaplan, 1999).

La musicoterapia

El hombre ha creído en alguna época que el sonido era una fuerza elemental cósmica que existía en los comienzos del mundo y que adquirió entonces forma verbal. Se han hallado muchas leyendas acerca de la creación del Universo, en las cuales el sonido desempeña una función principal. Los egipcios creían que el Dios Thot había creado el mundo no con el pensamiento o la acción, sino con su voz únicamente. De su boca y de los sonidos que producía nacieron otros cuatro dioses dotados de igual poder, quienes poblaron y organizaron el mundo. (Combarieu, 1909 c.p. Da Silva, 2001).

Schneider (1950, c.p. Poch, 1999) afirma que en las concepciones filosóficas que derivan de las cosmogonías persas e hindú, el Universo había sido creado de una sustancia acústica. Dice:

“El mundo había sido creado por un sonido inicial que, al emerger del abismo, primero se hizo luz y poco a poco parte de esta luz se hizo materia. Pero esta materialización nunca fue totalmente completa, pues cada cosa material continuaba conservando más o menos sustancia sonora de la cual fue creada”.

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 medico 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.

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.

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, Dufourco, (1976; c.p. Poch, 1999) señala que hacer música es saber combinar los sonidos como un arte para el placer de los oídos.

Hanslick (1979, c.p. Poch, 1999) asevera que:

“La música opera en nuestro sistema emocional con mayor intensidad y rapidez que cualquiera de las otras artes, ejemplo de ello, un poema o una pintura requieren de una larga contemplación para que tenga efecto en la mente. No obstante, la acción de la música es más inmediata, poderosa y directa. De allí que resulta ser terapéutica porque en muchas ocasiones toma por sorpresa a la persona, influye sobre sus sentimientos, más aun si se encuentra en un estado de exaltación o depresión fuera de lo común”.

Los sonidos musicales ayudan a descubrir y aflorar la naturaleza de las emociones con mas detalles y verdad que el lenguaje (Poch, 1999). La música es sonido y es un movimiento vibratorio de los cuerpos que viaja en forma de ondas por el aire produciendo una sensación en el oído. Proviene de la naturaleza, del propio cuerpo humano, la creación del mismo hombre. Actúa sobre el órgano de la audición llevando las vibraciones sonoras al cerebro límbico, para ser interpretados por él manifestándola por medio de una conducta.

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.

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.

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).

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).

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.

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 (1992, c.p. Poch, 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.

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.

Etimológicamente hablando, “musicoterapia” es una mala traducción del inglés, en donde el adjetivo música precede al sustantivo terapia. La traducción correcta sería la de “terapia a través de la música”.

Thayer (1950, c.p. Poch, 1999) el primer profesor de musicoterapia en la universidad de Kansas, la define:

“Música es la ciencia o el arte de reunir o ejecutar combinaciones inteligibles de tonos en forma organizada y estructurada con una gama de infinita variedad de expresión, dependiendo de la relación de sus diversos actores componentes (ritmo, melodía, volumen y cualidad tonal). Terapia tiene que ver en ‘como’ puede ser utilizada la música para provocar cambios en las personas que la escuchan o la ejecutan”

En esta definición, las dos ideas centrales que conviene retener son “la utilización de la música” y el “provocar cambios en las personas”. Otra posible definición sería considerar la musicoterapia como “un método de modificación del comportamiento”.

Para la Asociación Nacional de Músico terapeutas (NAMT), la musicoterapia es la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento.

Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad. En esta definición se habla de:

Objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental.

Utilización científica de la música: en musicoterapia existen métodos y procedimientos fruto de investigaciones científicas en los ámbitos musicales (antropológico, sociológico, psicológico, histórico, folclórico), terapéutico

(biológico, neurofisiológico, médico, psiquiátrico, de educación especial), o músico terapéutico (efectos de la música sobre el ser humano, efectividad de la musicoterapia en los distintos cuadros clínicos, etc.). Sin investigación científica, la musicoterapia no podría subsistir; por otra parte la utilización científica de la música supone también, de entrada, el que cualquier actividad musical, en si misma, no es terapéutica.

Contexto terapéutico: la finalidad de las musicoterapia es la de ayudar al ser humano de muy diversos modos (musicoterapia preventiva) y al ser humano enfermo (musicoterapia curativa). Por ello, el músico terapeuta es un miembro más en un equipo terapéutico.

La musicoterapia puede definirse también como la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del músico terapeuta.

Al decir “arte de la música” se hace referencia al hecho de que solo la música que sea arte puede ayudar realmente al ser humano, debido a su significado profundo. Este significado profundo se lo da no el contenido intelectual, sino el emocional; lo que realmente cura o ayuda es la emoción que sugiere o puede sugerir la obra de arte. En este sentido, una obra realizada por una computadora, por perfecta que sea, nunca podrá ser arte, ni por tanto terapéutica. Al hablar de “obra de arte” no se limita a las obras de los grandes maestros, sino a toda pieza musical (clásica, folklórica, popular), actual o del pasado capaz de generar emoción, ya que si es capaz de generar emoción puede tener valor terapéutico para aquella persona concreta que lo percibe con tal contenido.

Mediante la parte psicoemocional de la musicoterapia, se observa que al actuar la música sobre el sistema nervioso central, provoca en el sujeto tanto efectos sedantes, estimulantes, como enervantes. Con la musicoterapia se puede estimular la actividad creadora. Es capaz de crear el clima favorable para la elaboración de cualquier obra. La imaginación se despierta llevando al sujeto a tener imágenes visuales, olfativas y hasta táctiles sugeridas por los sonidos, la cual en su gran mayoría no es la de la realidad, sino que es transformada bajo el prisma de la afectividad. Puede ser un agente socializador, debido a que un grupo de personas pueden unirse por medio del canto, el baile o la escucha musical compartiendo los mismos sentimientos, puesto que una persona puede ver reflejada emociones semejantes.

Música Barroca

El Barroco es un período artístico que se sucede en los siglos XVII Y XVIII. En esta época la música será utilizada por las monarquías absolutistas para engrandecerse frente al pueblo (Cruz, 2003).

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.

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 (Cruz, 2003).

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 (Cruz, 2003).

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 (Cruz, 2003).

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 (Cruz, 2003).

Efectos de la musicoterapia

Efectos fisiológicos: *la musicoterapia juega un papel importante, ella es capaz, a través de la música, de que un sujeto cambie su presión sanguínea y escucha una pieza musical de tipo sedante o estimulante. Por otro lado, el ritmo cardíaco y el pulso, al igual que la respiración, pueden variar dependiendo también si esta es estimulante o sedante. (Campbel, 1998 c.p. Poch). También los movimientos peristálticos se ven afectados. Para aumentar el nivel de resistencia del dolor se empleara la música efectiva. La*

música estimulante, como una marcha militar, incrementa la actividad motora y una música sedante tiene efectos relajantes. Otros efectos comprobados fueron en pacientes esquizofrénicos, estos incrementaban su actividad física con cualquier ritmo de tambor, según indica Shatin (1983 c.p. Poch, 1999).

Relacionado con la adolescente primigesta en su proceso de trabajo de parto se tiene la música barroca, este actúa en el cuerpo humano como receptor y productor del pulso (Cruz, 2003). 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 (Cruz, 2003).

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 (Cruz, 2003).

Referente a la teoría de adopción del rol maternal, Mercer (1995, c.p. Marriner y Raile, 2003) la define como:

“Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. El movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol maternal: identidad materna”

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 (Cruz, 2003). La oxitocina induce contracciones durante la labor de parto.

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.

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

Adolescencia

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones (Berryman, 1997).

Berryman (1997) asevera que la adolescencia no es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor dependencia psicológica y social.

La Organización Mundial de la Salud (1996, c.p. Berryman, 1997) define la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años; paralelamente con este tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía al grupo social que se considere.

Sistema de Variables

Efectos fisiológicos de la musicoterapia en la adolescente primigesta durante el trabajo de parto y parto..

Definición Conceptual

“Cambios que se presentan en las funciones del organismo, condiciones y efectos en la adolescente primigesta en el proceso de trabajo

de parto y parto con la intervención de la música barroca".(Congreso Mundial de Musicoterapia, 1974 c.p Poch, 1999).

Definición Operacional

Respuesta que se presenta a través de la aplicación de la música barroca que se manifiesta a nivel fisiológico en la adolescente primigesta durante las etapas del trabajo de parto y parto.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

DIMENSION	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMES	
<p>Dilatación: Comienza con el inicio de las contracciones referido al tiempo en que ocurre la dilatación cervical, número de contracciones, duración de la contracción, el uso de la analgesia y amiotomía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiempo: Duración de cada centímetro de dilatación. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 5-6 centímetros de dilatación ➤ 7-8 centímetros de dilatación ➤ 9-10 centímetros de dilatación 	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de Contracciones: Es la frecuencia de contracciones, con 10 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada 10 minutos en la 1 y 2 hora. ➤ Cada 10 minutos en la 3 y 4 hora. ➤ Cada 10 minutos en la 6 y 7 hora. 	<p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Duración de las Contracciones: tiempo que dura cada contracción. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En la 1° y 2° hora fase activa ➤ En la 3° y 4° hora fase activa ➤ En la 5° y 6° hora fase activa 	<p>7</p> <p>8</p> <p>9</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analgesia: Disminución del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vía endovenosa ➤ Anestesia epidural 	<p>10</p> <p>11</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amniotomía: Rotura de las membranas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización de amniotomía. 	<p>12</p>	
	<p>Expulsión: Empieza cuando el cuello uterino está totalmente dilatado 10 centímetro y termina con el nacimiento del niño, referido al pujo, episiotomía, fórceps, desgarro y tiempo del expulsivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pujo en contracción: Necesidad de imprimir los músculos abdominales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Puja en cada contracción. 	<p>13</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Episiotomía: Incisión en la línea medio o medio lateral del perineo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realización de episiotomía. 	<p>14</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fórceps: Instrumento que se usa para facilitar la extracción del feto. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicación de fórceps 	<p>15</p>

<p>Alumbramiento: Desprendimiento de la placenta, empieza con el nacimiento del niño y termina con la expulsión de la placenta referido a las contracciones uterinas, hemorragia, fondo uterino, extracción de placenta, tiempo de alumbramiento, aspecto de la placenta y revisión del canal de parto.</p>	<p>➤ Desgarro: Laceración vulvoperineal.</p>	<p>➤ Presencia de desgarro vulvoperineal.</p>	16
	<p>➤ Tiempo: Es el tiempo de duración del expulsivo.</p>	<p>➤ Duración del expulsivo.</p>	17
	<p>➤ Contracciones: es la frecuencia de número de contracciones.</p>	<p>➤ Presencia de contracciones uterinas.</p>	18
	<p>➤ Hemorragia: Presencia de sangre oscura.</p>	<p>➤ Aspecto de la sangre.</p>	19
	<p>➤ Fondo uterino: Es la elevación del fondo uterino.</p>	<p>➤ Ascenso del fondo uterino.</p>	20
	<p>➤ Extracción: es el retiro manual de la placenta.</p>	<p>➤ Realización de extracción manual.</p>	21
	<p>➤ Tiempo de alumbramiento: Es el tiempo que tarda el desprendimiento de la placenta.</p>	<p>➤ Duración del desprendimiento</p>	22
	<p>➤ Aspecto: Características presente en la placenta después del alumbramiento.</p>	<p>➤ Integridad de la placenta.</p>	23
	<p>➤ Revisión: Consiste en el examen de los genitales externos de la vagina y el cuello uterino para detectar posibles lesiones.</p>	<p>➤ Realización de revisión de canal de parto.</p>	24

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

En éste capítulo se describe el diseño y tipo de estudio de investigación realizada, la población seleccionada, además el método, instrumento y procedimiento para la recolección de los datos; así como su validez y técnicas de análisis.

Diseño

De acuerdo con el problema planteado el diseño de esta investigación es cuasiexperimental, según Hurtado (1998) define como diseño cuasiexperimental, es aquel cuya situación de investigación se aproxima a la investigación experimental pero no cumple todas las condiciones de rigurosidad que tienen los diseños experimentales.

En este tipo de diseño se puede manipular la variable independiente, pero no hay selección al azar o rigurosa de la muestra, el cual se esta trabajando con adolescentes primigesta durante trabajo de parto cuya manipulación va a ser un grupo control, ausencia de la música y otro grupo con la presencia de música y, la selección de las adolescentes primigesta en trabajo de parto no es necesariamente de forma rigurosa solo que cumpla con los criterios de inclusión.

Tipo de estudio

El estudio de investigación es descriptivo. Tomando como referencia a Hernández, Fernández y Baptista (2003) aseveran que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, características y rasgos importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. En esta investigación se describirá cada una de las etapas del trabajo de parto, estableciendo diferencias, adolescentes primigesta sin música y adolescentes primigesta con música.

Es prospectivo, según Hernández, Fernández y Baptista (2003) refieren que en los prospectivos se registra la información según van corriendo los fenómenos. Durante el trabajo de parto se determinó los efectos fisiológicos en cada etapa.

Población y muestra

La población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). La población considerada durante las 80 horas de aplicación del estudio estuvo conformada por un total de 30 adolescentes primigesta, comprendidas por dos grupos: grupo A o control sin música constituido por 15 adolescentes primigesta; y un grupo B constituido por 15 adolescentes primigesta con música.

Es un muestreo no probabilístico por conveniencia, según Polit y Hungler (1997) refieren que el muestreo no probabilístico, tienden a generar muestras menos precisas y representativas, por conveniencia porque dispone del empleo de una muestra integrada por las personas u objetos cuya disposición para ser incorporados como sujetos de estudio es más conveniente.

Criterios de Inclusión

- Adolescentes con edades comprendidas de 14 a 17 años.
- Primigesta.
- Embarazo controlado (mínimo cinco consultas prenatal).
- Sin preparación psicoprofiláctica.
- Nacionalidad venezolana.
- Residenciadas en región Capital.
- Parto vaginal normal.
- Dilatación a partir de los cinco centímetros.
- No tener riesgos obstétricos.

Método de recolección de datos

El método de recolección consiste en recolectar datos pertinentes sobre variables, sucesos, comunidades, categorías u objetos involucrados (Hernández, Fernández y Baptista,2003).

El método es la observación, permite obtener la información por datos cualitativos, no depende de terceros y tienen los hechos tal como ocurren.

El instrumento de registro de observación, está estructurado por 24 ítemes de respuestas dicotómicas y selección simple, basado en los indicadores y subindicadores resultantes de la operacionalización de variables.

Validez

La validez de contenido según Hurtado, J (1998) se refiere "al grado en que el instrumento abarca realmente todos o una gran parte de los contenidos o los contextos donde se manifiesta el evento que se pretende medir, en lugar de explorar sólo una parte de éstos" (p.414).

La validez es el grado en que un instrumento mide la variable, que el investigador busca medir (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Es un validez de contenido, el instrumento está estructurado por cada una de las etapas del trabajo de parto y cada ítems corresponde a características; el cual se confirmara si se produce o no las características de cada una de las etapas sin música y a través de la música, para obtener información sobre los efectos de la musicoterapia durante trabajo de parto.

Procedimiento

Para llevar a cabo la recolección se realizó a través del siguiente procedimiento:

- Elaboración de la carta solicitando el permiso de la aplicación del instrumento, dirigido a las autoridades competentes.
- Se hace entrega de la carta a las autoridades competentes.
- Notificación de la presencia y objetivo a jefe y coordinadora de la sala de parto.
- Selección del grupo de adolescentes primigesta según criterio de inclusión, para la aplicación del instrumento.
- Aplicación del instrumento al grupo de adolescentes primigesta, sin música.
- Aplicación del instrumento al grupo de adolescentes primigesta con música; previo a las consideraciones siguientes:

- Explicación a la adolescente primigesta sobre la aplicación de la música.
- Instalación del equipo de sonido de 510 vatios.
- Aplicación del CD de música barroca del Autor Vivaldi.
- Prosección de la música en todo el ambiente físico de la sala de parto.
- El tiempo de la música, se llevó durante todo el trabajo de parto.

Técnica de análisis

La presentación y técnica de análisis de los datos se realizó en cuadros y gráficos, identificando en etapas para determinar los efectos fisiológicos de la musicoterapia en adolescentes primigesta durante trabajo de parto, en la población estudiada según los resultados registrados en la guía de observación.

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo, hace referencia a la presentación de los resultados a fin de determinar los efectos fisiológicos de la musicoterapia en adolescentes primigesta durante el trabajo de parto, así mismo describe el análisis e interpretación de los resultados en función de los objetivos formulados comparando los resultados con el basamento teórico.

Presentación de resultados

El análisis de datos recopilados mediante la guía de observación se realizó por las etapas del trabajo de parto a fin de conocer los efectos fisiológicos de la musicoterapia en adolescentes primigesta durante el trabajo de parto, se elaboraron cuadros y gráficos estadísticos. Asimismo, la interpretación de la información se realizó destacando los datos de mayor relevancia; posteriormente se relacionó la información en función de las semejanzas o discrepancias entre la información relacionada y el marco teórico.

Cuadro N° 1

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

Ítems	Horas	Sin música		Con música	
		Fr.	%	Fr.	%
1 De 5-6 centímetros	a) 2 a 2:55 hrs.	11	73.3	11	73.3
	b) 2:55 a 3:15 hrs.	2	13.3	4	26.6
	c) 3:15 a 3:55 hrs.	2	13.3	0	0
2 De 7-8 centímetros	a) 0:35 a 0:55 hrs.	2	13.3	12	80
	b) 0:55 a 1:05 hrs.	10	66.6	3	20
	c) 1:05 a 1:55 hrs.	3	20	0	0
3 De 9-10 centímetros	a) 0:25 a 0:45 hrs.	4	26.6	13	86.6
	b) 0:45 a 0:50 hrs.	11	73.3	2	13.3
	c) 0:50 a 1:15 hrs.	0	0	0	0

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la dilatación de 5-6 centímetros se observó en el grupo control un 73.3% transcurrió en un tiempo de 2 a 2:55 horas, 13.3% de 2:55 a 3:15 horas y un 13.3% restante en un intervalo de 3:15 a 3:55 horas. En el grupo con música igualmente que el grupo control un 73.3% transcurrió en un intervalo de tiempo estimado de 2 a 2:55 horas, a diferencia del grupo control

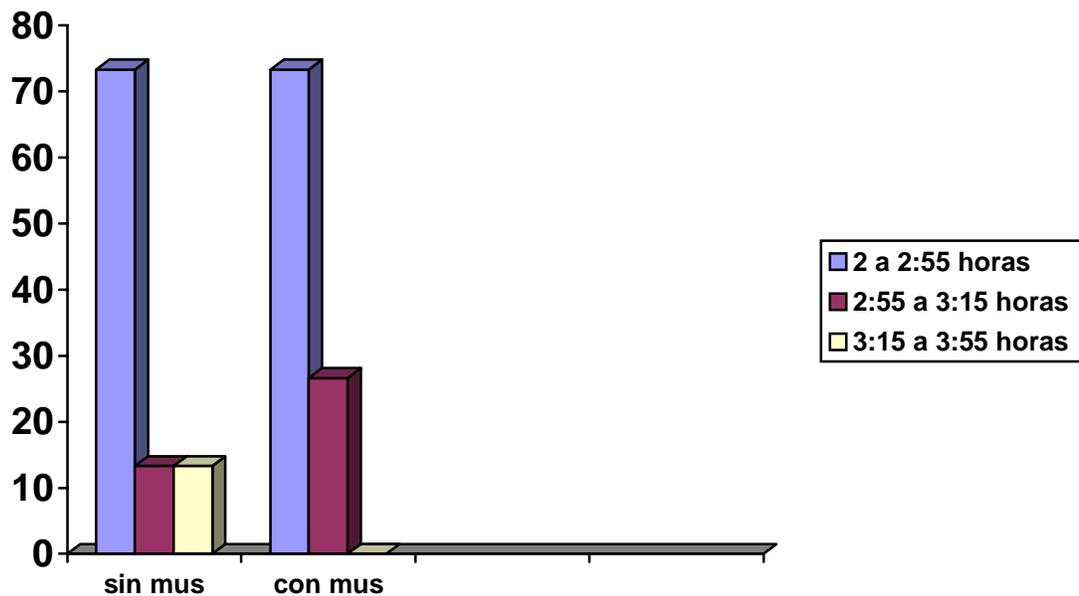
el 26.6% restante transcurrió en un tiempo de 2:55 a 3:15 horas, se observó menor tiempo en el grupo con música.

En la dilatación de 7-8 centímetros se observó en el grupo control un 13.3% transcurrió en un tiempo de 0:35 a 0:55 horas, 66.6% de 0:55 a 1:05 horas y un 20% restante en un intervalo de 1:05 a 1:55 horas. En el grupo con música a diferencia del grupo control un 80% transcurrió en un intervalo de tiempo estimado de 0:35 a 0:55 horas, el 20% restante transcurrió en un tiempo de 0:55 a 1:05 horas, se evidencia la influencia de la música en el alto porcentaje del menor tiempo en el grupo con música.

En la dilatación de 9-10 centímetros se observó en el grupo control un 26.6% transcurrió en un tiempo de 0:25 a 0:45 horas y un 73.3% restante en un intervalo de 0:45 a 0:50 horas. En el grupo con música el 86.6% transcurrió en un intervalo de tiempo estimado de 0:25 a 0:45 horas, el 13.3% restante transcurrió en un tiempo de 0:45 a 0:50 horas, se observó menor tiempo en el grupo con música, se puede deducir que el efecto de la musicoterapia es reducir el tiempo de dilatación.

Gráfico N° 1

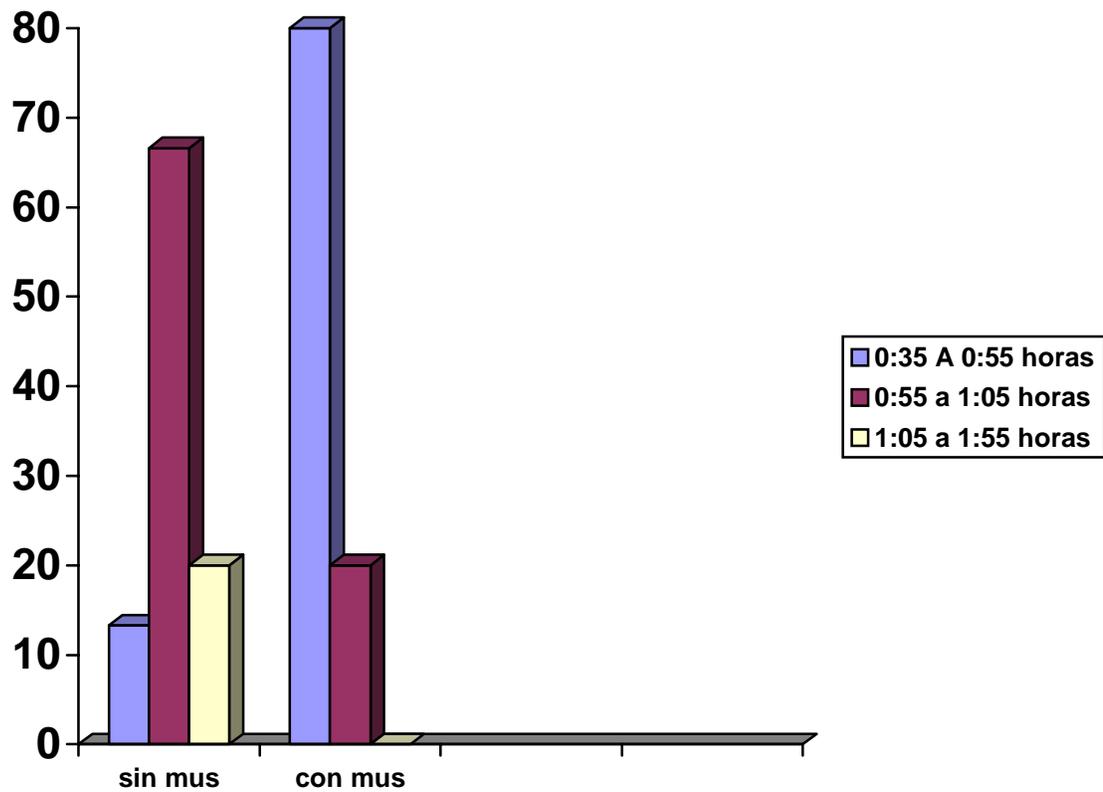
Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador tiempo.
Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 1

Gráfico N° 1.1

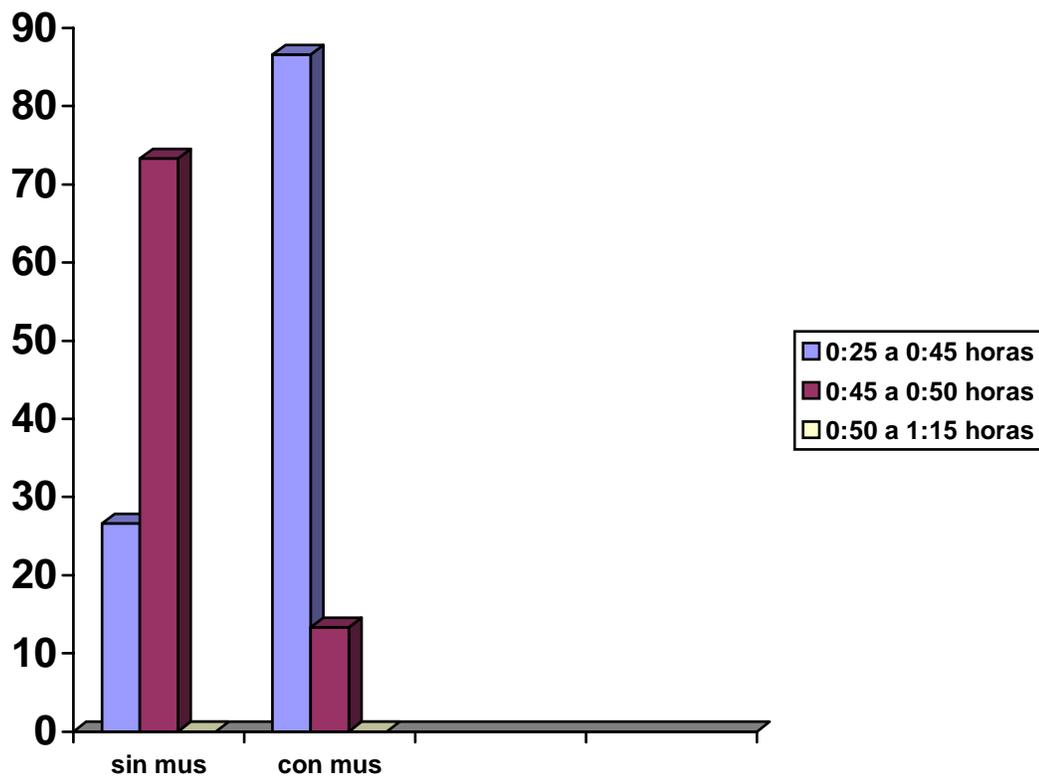
Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador tiempo.
Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 1

Gráfico N° 1.2

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador tiempo.
Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N. 1

Cuadro N° 2

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador número de contracciones
Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

Ítems	Cada 10 minutos	Sin música		Con música	
		Fr.	%	Fr.	%
4 1ra y 2da hora de la fase activa del trabajo de parto	a) 1 contracción	1	6.6	1	6.6
	b) 2 contracciones	8	53.3	9	60
	c) 3 contracciones	6	40	5	33.3
5 3ra y 4ta hora de la fase activa del trabajo de parto	a) 2 contracciones	2	13.3	8	53.3
	b) 3 contracciones	10	66.6	6	40
	c) 4 contracciones	3	20	1	6.6
6 5ta y 6ta hora de la fase de transición del trabajo de parto	a) 4 contracciones	10	66.6	12	80
	b) 5 contracciones	5	33.3	3	20
	c) 6 contracciones	0	0	0	0

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras

El número de contracciones en la 1ra y 2da hora de la fase activa del trabajo de parto en la adolescente primigesta, en un tiempo estimado de cada 10 minutos, se observó en el grupo control un 6.6% fue de 1 contracción cada 10 minutos, 53.3% 2 contracciones cada 10 minutos y un

40% restante 3 contracciones cada 10 minutos. En el grupo con música igualmente que el grupo control un 6.6% fue de 1 contracción cada 10 minutos, 60% 2 contracciones cada 10 minutos y el 33.3% restante 3 contracciones cada 10 minutos, se observó en la 1ra y 2da hora de la fase activa ambos grupos las contracciones predominaron de 2 a 3 contracciones cada 10 minutos.

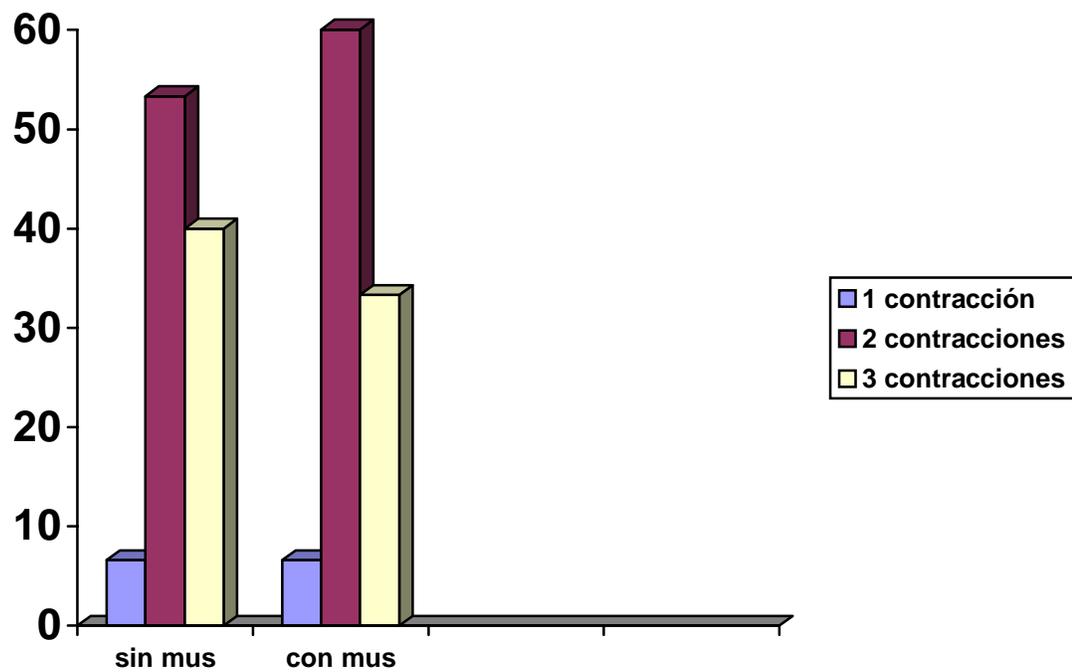
El número de contracciones en la 3ra y 4ta hora de la fase activa del trabajo de parto en la adolescente primigesta, en un tiempo estimado de cada 10 minutos, se observó en el grupo control un 13.3% fue de 2 contracciones cada 10 minutos, 66.6% 3 contracciones cada 10 minutos y un 20% restante 4 contracciones cada 10 minutos. En el grupo con música un 53.3% fue de 2 contracciones cada 10 minutos, 40% 3 contracciones cada 10 minutos y el 6.6% restante 4 contracciones cada 10 minutos, se observó en la 3ra y 4ta hora de la fase activa que el grupo control en su mayoría el número de contracciones es de 3 contracciones cada 10 minutos y el grupo con música es de 2 contracciones cada 10 minutos.

El número de contracciones en la 5ta y 6ta hora de la fase transición del trabajo de parto en la adolescente primigesta, en un tiempo estimado de cada 10 minutos, se observó en el grupo control un 66.6% fue de 4 contracciones cada 10 minutos y un 33.3% restante 5 contracciones cada 10 minutos. En el grupo con música un 80% fue de 4 contracciones cada 10 minutos y el 20% restante 5 contracciones cada 10 minutos, se observa en el grupo con música que el número de contracciones es menor, ayudando a disminuir el dolor que ocasiona las contracciones.

Gráfico N° 2

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador número de contracciones.

Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

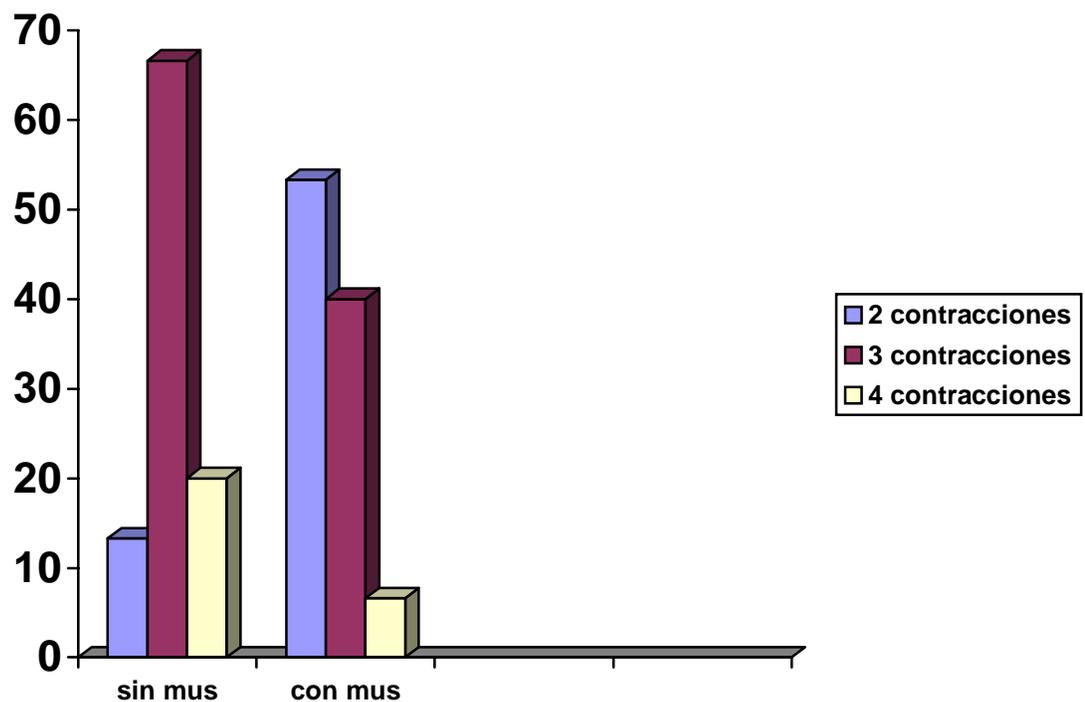


Fuente: Cuadro N- 2

Gráfico N° 2.1

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador número de contracciones.

Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

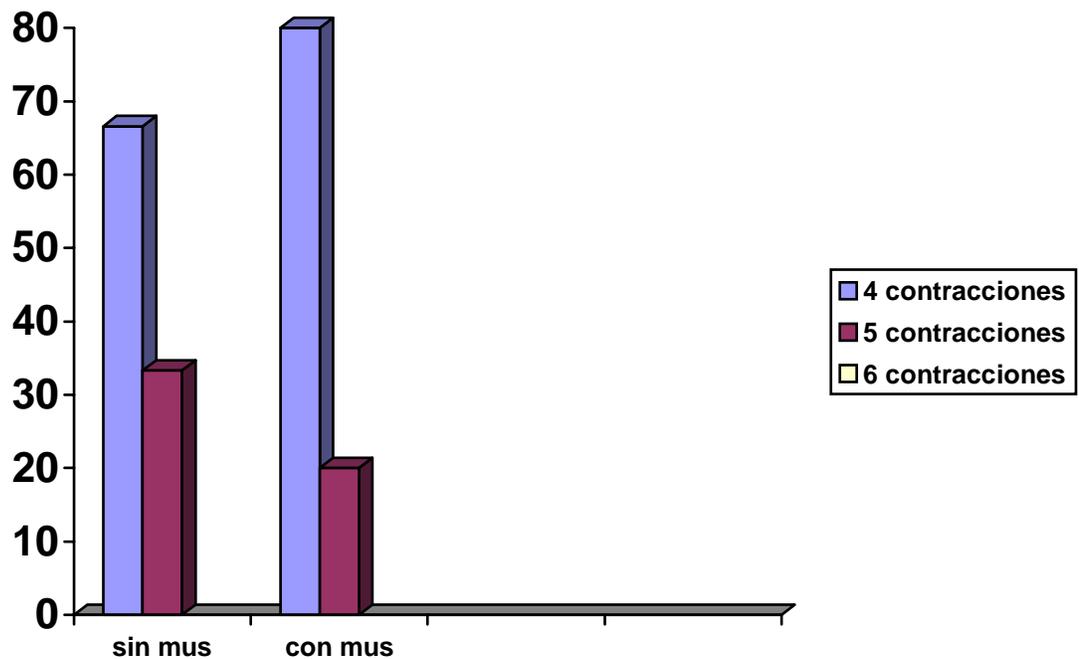


Fuente: Cuadro N- 2

Gráfico N° 2.2

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador número de contracciones.

Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 2

Cuadro N° 3

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador duración de las contracciones.

Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

Ítems	Segundos	Sin música		Con música	
		Fr.	%	Fr.	%
7					
Primeras dos horas de la fase activa del trabajo de parto	a) 20 a 29 seg.	4	26.6	10	66.6
	b) 30 a 45 seg.	9	60	4	26.6
	c) 46 a 60 seg.	2	13.3	1	6.6
8					
3ra y 4ta hora de la fase activa del trabajo de parto	a) 20 a 29 seg.	4	26.6	4	26.6
	b) 30 a 45 seg.	9	60	9	60
	c) 46 a 60 seg.	2	13.3	2	13.3
9					
5ta y 6ta hora de la fase de transición del trabajo de parto	a) 30 a 59 seg.	4	26.6	8	53.3
	b) 60 a 90 seg.	9	60	7	46.6
	c) 91 a 120 seg.	2	13.3	0	0

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

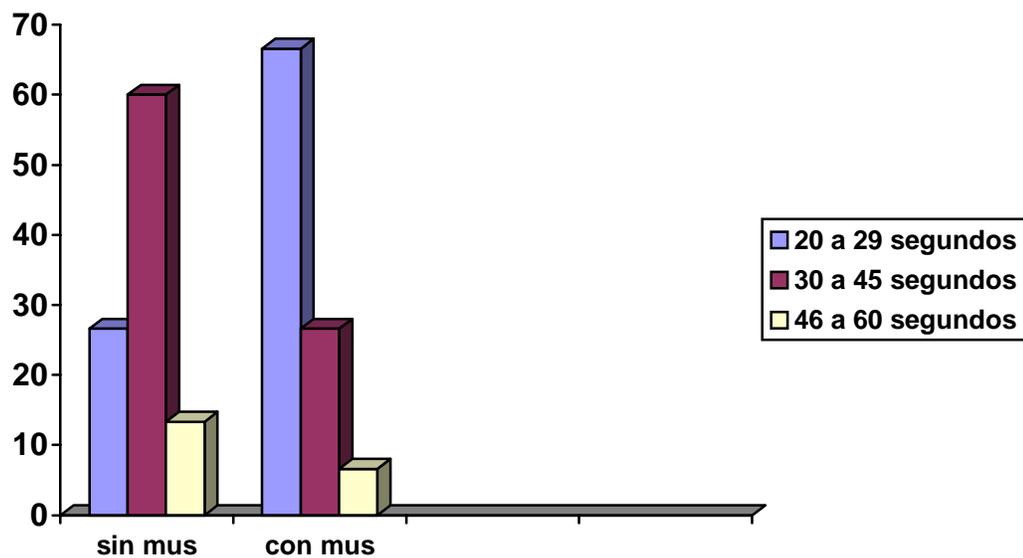
En la duración de las contracciones en las primeras dos horas de la fase activa del trabajo de parto en una adolescente primigesta en el grupo control un 26.6% transcurrió en un tiempo comprendido de 20 a 29 segundos, 60% de 30 a 45 segundos y un 13.3% restante en un intervalo de 46 a 60 segundos. En el grupo con música un 66.6% la duración de las contracciones fue de 20 a 29 segundos, 26.6% de 30 a 45 segundos y el 6.6% restante su duración fue de 46 a 60 segundos, se observó menor tiempo de duración de las contracciones en el grupo con música.

En la duración de las contracciones en la 3ra y 4ta hora de la fase activa del trabajo de parto en una adolescente primigesta en el grupo control un 26.6% su duración fue en un tiempo comprendido de 20 a 29 segundos, 60% de 30 a 45 segundos y un 13.3% restante en un intervalo de 46 a 60 segundos. En el grupo con música un 26.6% la duración de las contracciones fue de 20 a 29 segundos, 60% de 30 a 45 segundos y el 13.3% restante su duración fue de 46 a 60 segundos, se observó en el grupo control al igual que el grupo con música el tiempo de duración de las contracciones predominó de 30 a 45 segundos.

La duración de las contracciones en la 5ta y 6ta hora de la fase de transición del trabajo de parto en una adolescente primigesta en el grupo control un 26.6% la duración fue en un tiempo comprendido de 30 a 59 segundos, 60% de 60 a 90 segundos y un 13.3% restante en un intervalo de 91 a 120 segundos. En el grupo con música un 53.3% la duración de las contracciones fue de 30 a 59 segundos y el 46.6% restante su duración fue de 60 a 90 segundos, se observó menor tiempo de duración de las contracciones en el grupo con música.

Gráfico N° 3

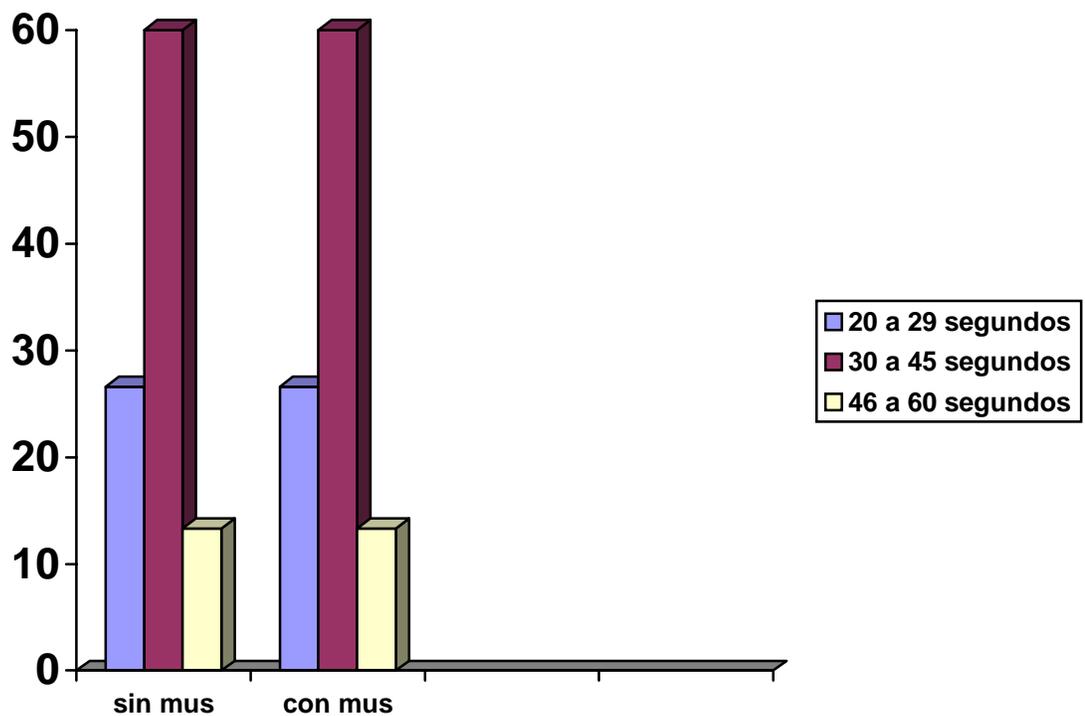
Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador duración de las contracciones.
Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 3

Gráfico N° 3.1

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador duración de las contracciones
Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

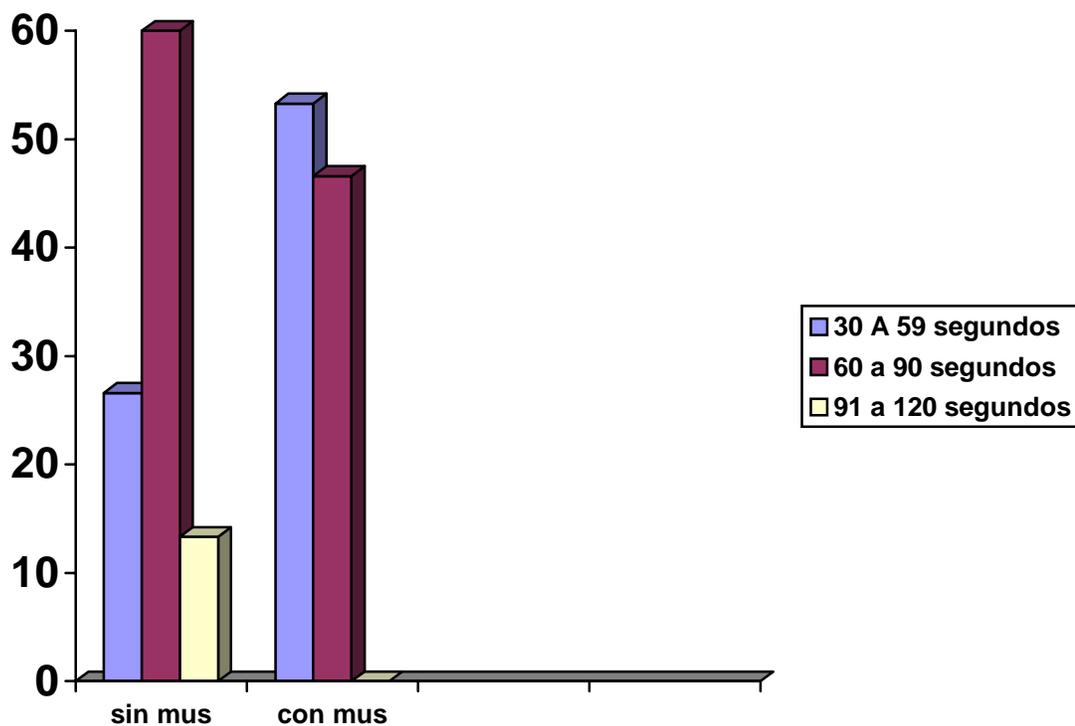


Fuente: Cuadro N- 3

Gráfico N° 3.2

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador duración de las contracciones.

Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 3

Cuadro N° 4

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador analgesia Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

Ítems	Administración	Sin música		Con música	
		Fr.	%	Fr.	%
10					
Analgésico endovenoso	a) Sí	0	0	0	0
	b) No	15	100	15	100
11					
Anestesia epidural	a) Sí	11	73.3	3	20
	b) No	4	26.6	12	80

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

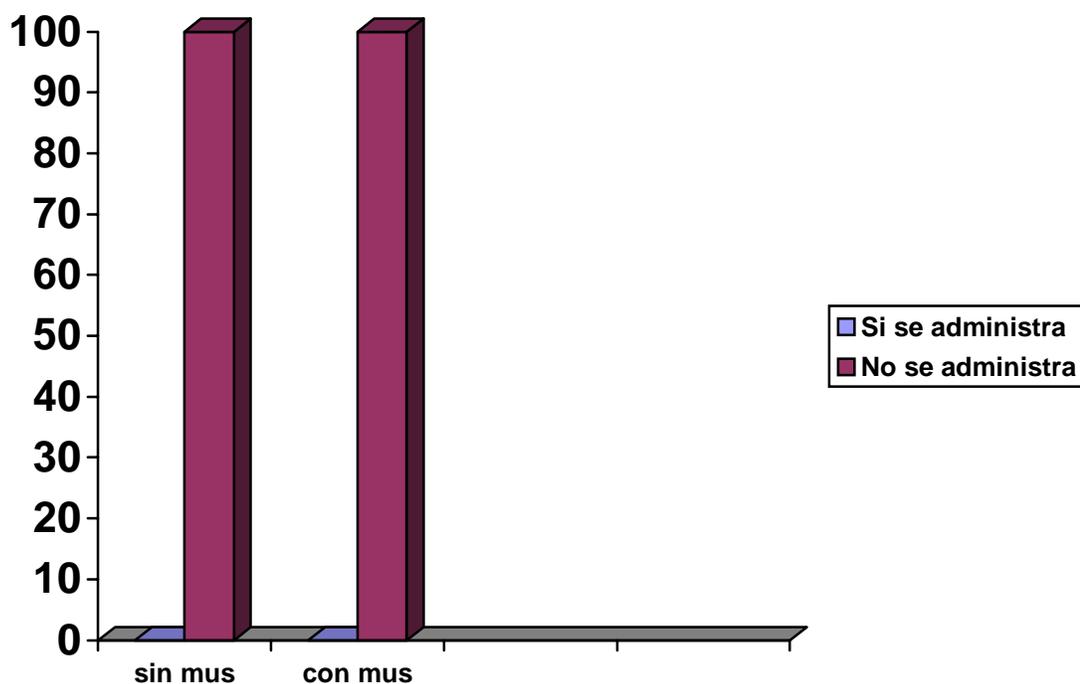
En el ítems de administración de analgésico vía endovenoso en la adolescente primigesta en la fase de dilatación del trabajo de parto se observó en el grupo control no se administró en un 100% lo que sucedió igualmente en el grupo con música.

La administración de anestesia epidural en la adolescente primigesta en la fase de dilatación del trabajo de parto se observó en el grupo control el 73.3% se administró anestesia epidural para la disminución del dolor y el 26.6% restante no se administró. En el grupo con música solo a un 20% se

administro anestesia epidural, mientras el 80% no se administro se puede decir que la música produce efectos en la disminución.

Gráfico N° 4

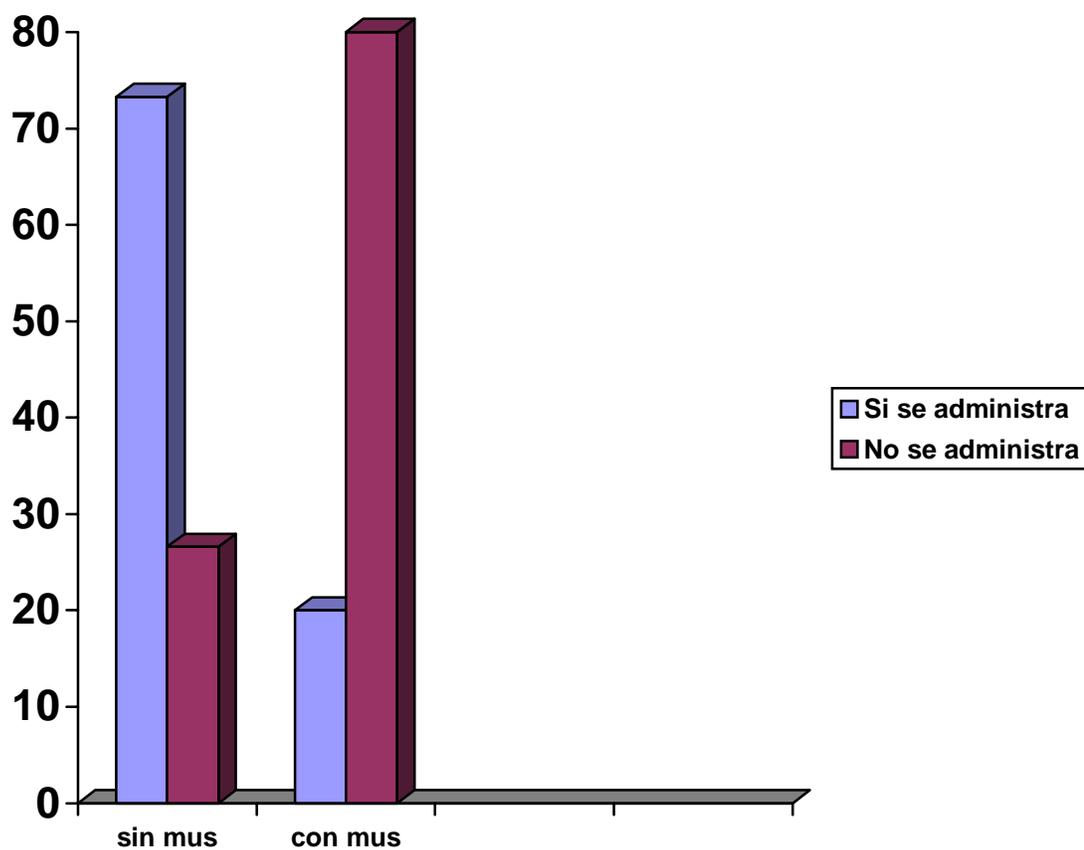
Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador analgesia, ítems 10 Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 4

Gráfico N° 4.1

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador analgesia, ítems 11 Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 4

Cuadro N° 5

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador amniotomía. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

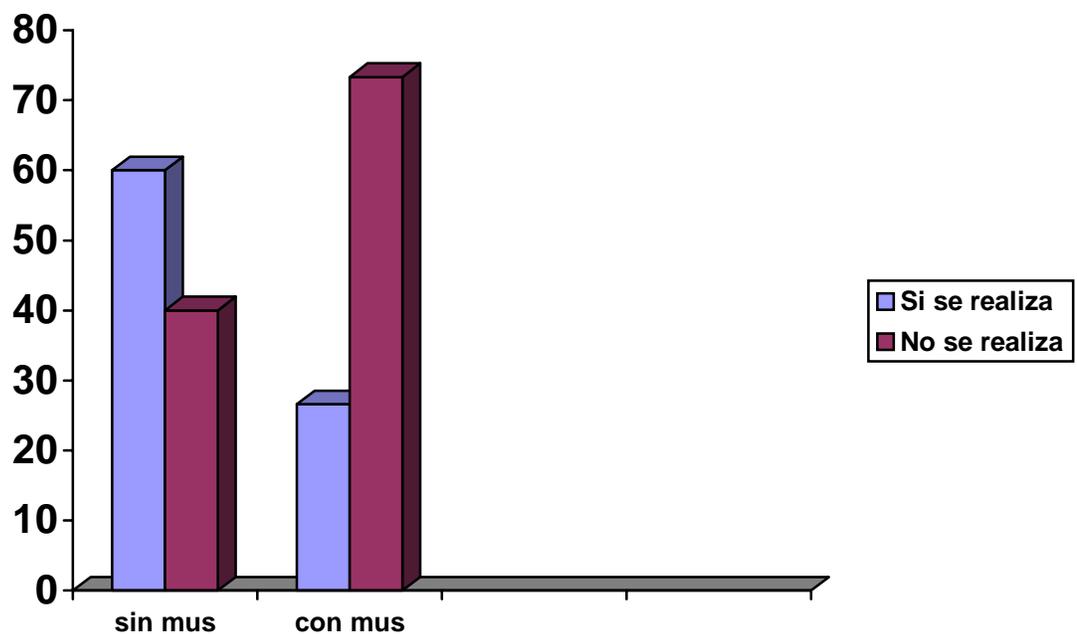
Ítems	Sin música		Con música	
	Fr.	%	Fr.	%
12				
Realización de amniotomía				
a) Sí	9	60	4	26.6
b) No	6	40	11	73.3

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la realización de amniotomía en la adolescente primigesta en la fase de dilatación del trabajo de parto en el grupo control el 60% si se realiza amniotomía mientras que el 40% restante no se aplica. El 26.6% del grupo con música surgió la necesidad de realizar la amniotomía y el 73.3% restante del grupo con música no se realizo, permitiendo la rotura espontánea de las membranas.

Gráfico N° 5

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión dilatación, indicador amniotomía. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 5

Cuadro N° 6

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador pujo en contracciones.

Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

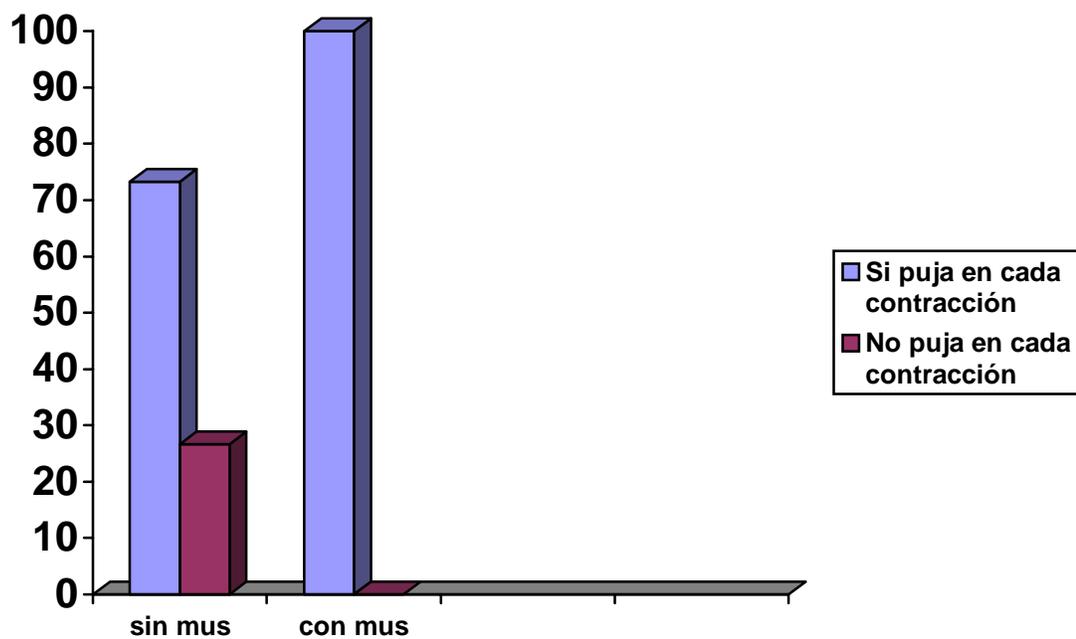
Ítems		Sin música		Con música	
		Fr.	%	Fr.	%
13					
Puja en cada contracción	a) Sí	11	73.3	15	100
	b) No	4	26.6	0	0

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

El 73.3% del grupo control pujo en cada contracción y el 26.6% restante no lo hizo, a diferencia del grupo con música el 100% pujo en cada contracción facilitando la fase del expulsivo del trabajo de parto.

Gráfico N° 6

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador pujo en contracciones
Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N. 6

Cuadro N° 7

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador episiotomía Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

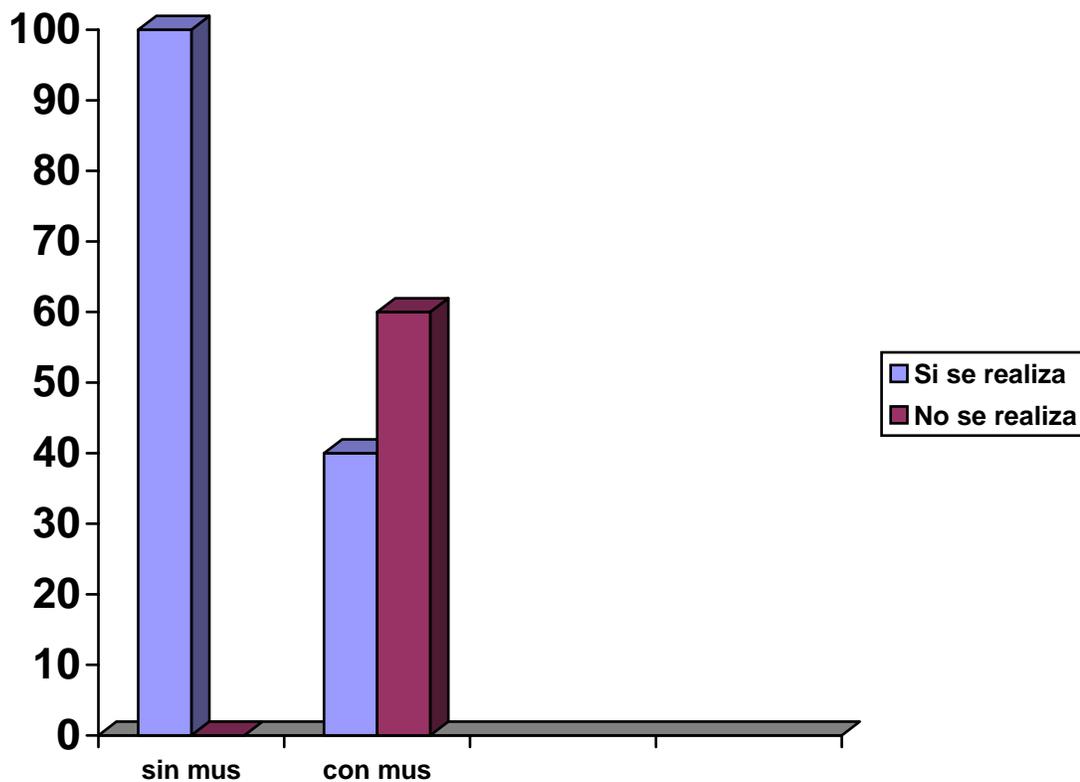
Ítems		Sin música		Con música	
		Fr.	%	Fr.	%
14					
Realización de episiotomía	a) Sí	15	100	6	40
	b) No	0	0	9	60

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

El 100% del grupo control se realizo episiotomía, a diferencia del grupo con música el 40% se realizo y el 60% restante no; facilitando la fase del expulsivo del trabajo de parto.

Gráfico N° 7

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador episiotomía. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N. 7

Cuadro N° 8

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador fórceps. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

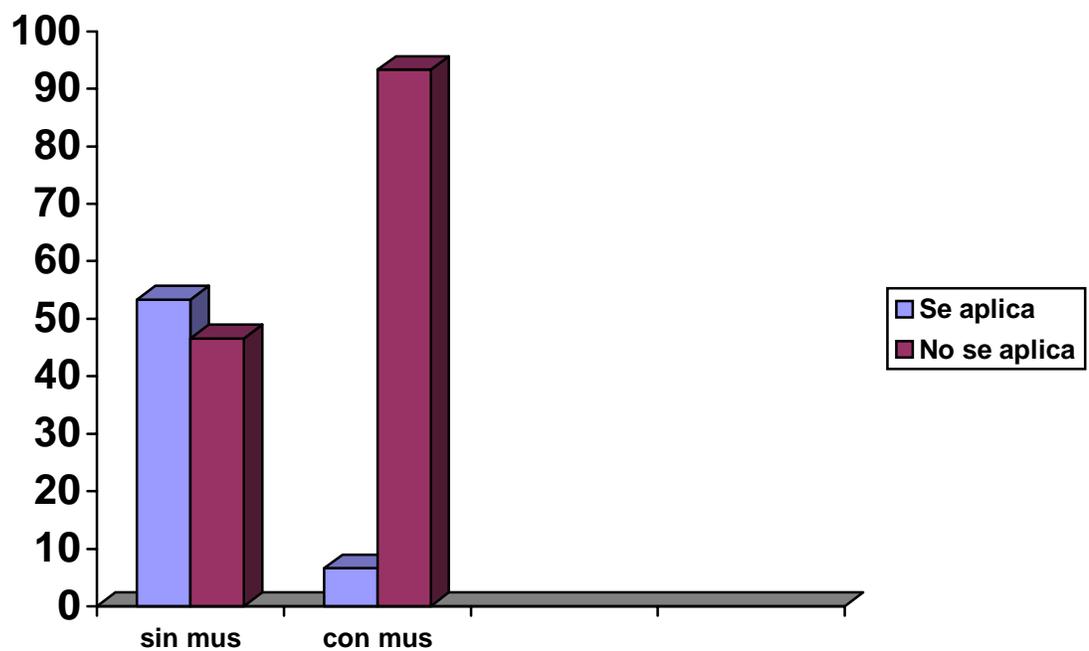
Ítems		Sin música		Con música	
		Fr.	%	Fr.	%
15					
Aplicación de fórceps	a) Sí	8	53.3	1	6.6
	b) No	7	46.6	14	93.3

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

El 53.3% del grupo control de adolescentes primigesta se aplico fórceps, y 46.6% no; a diferencia del grupo con música el 6.6% se aplico y el 93.3% restante no surgió la necesidad de aplicar fórceps; la música favorece en la expulsión del trabajo de parto, impidiendo en la aplicación del fórceps que puede conllevar a complicaciones.

Gráfico N° 8

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador fórceps. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 8

Cuadro N° 9

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador desgarro. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

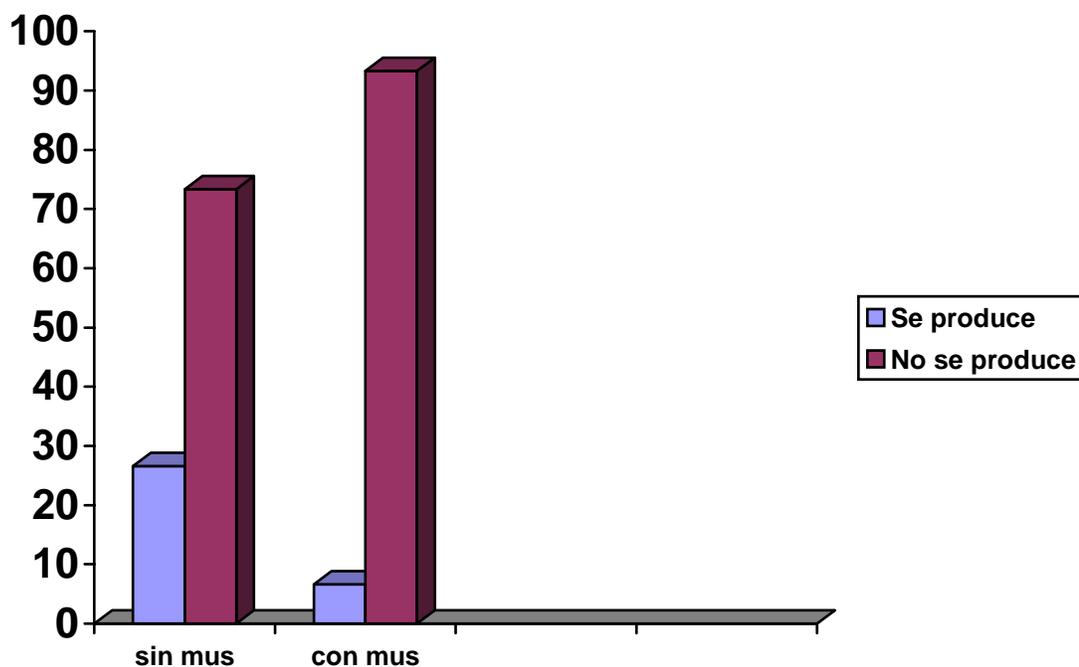
Ítems	Sin música		Con música	
	Fr.	%	Fr.	%
16				
Se produce	4	26.6	1	6.6
desgarro	11	73.3	14	93.3
vulvoperineal				

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

El 26.6% del grupo control de adolescentes primigesta se produce desgarro vulvoperineal y 73.3% no se produce; a diferencia del grupo con música el 6.6% se produce desgarro vulvoperineal y el 93.3% no; la música favorece en la expulsión del trabajo de parto, impidiendo laceraciones vulvoperineal.

Gráfico N° 9

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador desgarró. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 9

Cuadro N° 10

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

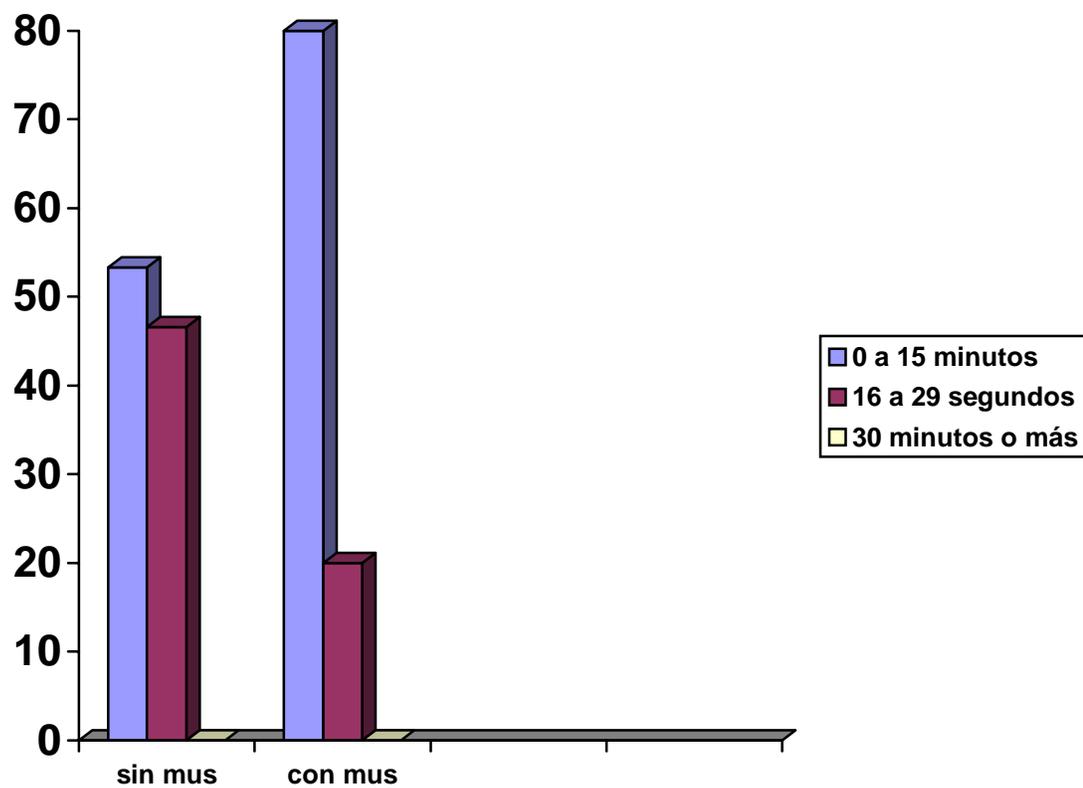
Ítems	Sin música		Con música		
	Fr.	%	Fr.	%	
17					
Tiempo de expulsión	a) 0 a 15 minutos	8	53.3	12	80
	b) 16 a 29 minutos	7	46.6	3	20
	c) 30 minutos o mas	0	0	0	0

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

El tiempo de expulsión en la adolescente primigesta en el grupo control fue el 53.3% de 0 a 15 minutos y el 46.6% de 16 a 29 minutos; en el grupo con música el 80% transcurrió en un intervalo de 0 a 15 minutos y el 20% de 16 a 29 minutos, se observa menor tiempo de expulsión en el grupo con música.

Gráfico N° 10

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión expulsión, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 10

Cuadro N° 11

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador contracciones.

Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

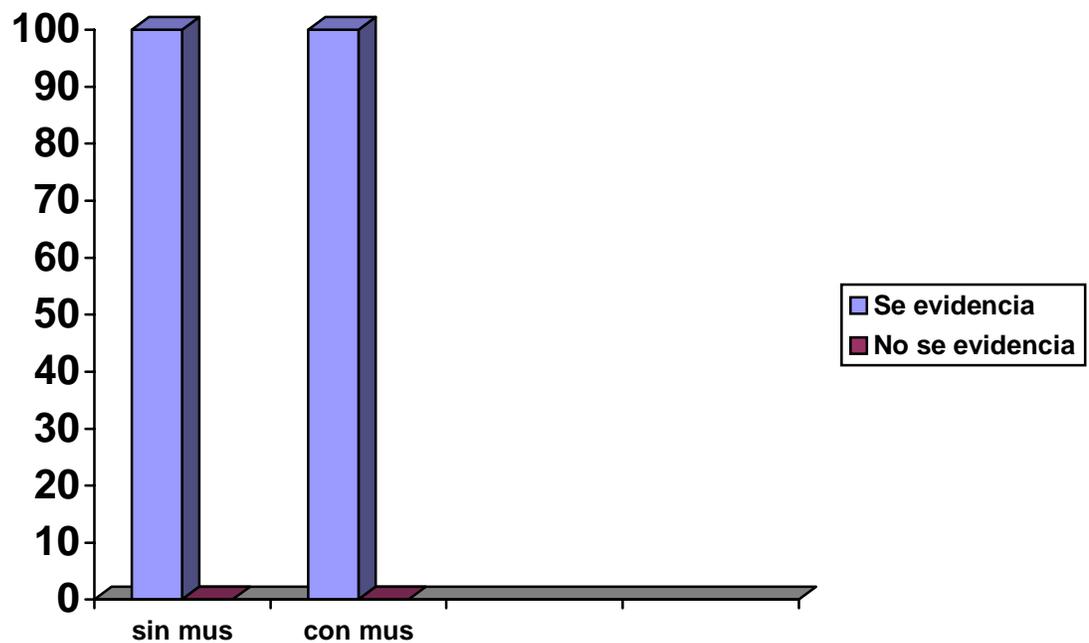
Ítems	Sin música		Con música		
	Fr.	%	Fr.	%	
18					
Presencia de	a) Sí	15	100	15	100
contracciones	b) No	0	0	0	0
uterinas durante el alumbramiento					

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

Durante el alumbramiento se evidencia presencia de contracciones uterinas el 100% en ambos grupos, entre el grupo control y el grupo con música no se estableció diferencia.

Gráfico N° 11

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador contracciones
Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N. 11

Cuadro N° 12

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador sangre. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

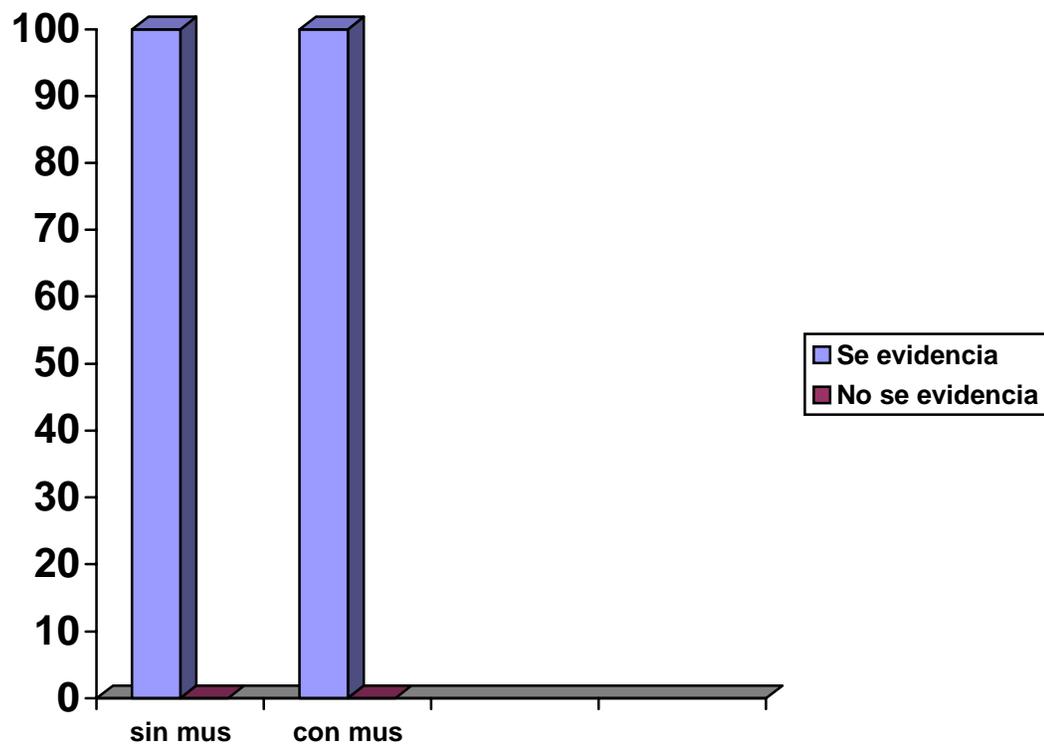
Ítems		Sin música		Con música	
		Fr.	%	Fr.	%
19					
Presencia de sangre oscura	a) Sí	15	100	15	100
	b) No	0	0	0	0

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

Durante el alumbramiento se evidencia en la adolescente primigesta presencia de sangre oscura el 100% en ambos grupos, entre el grupo control y el grupo con música no se estableció diferencia.

Gráfico N° 12

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador sangre. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 12

Cuadro N° 13

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador fondo uterino. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

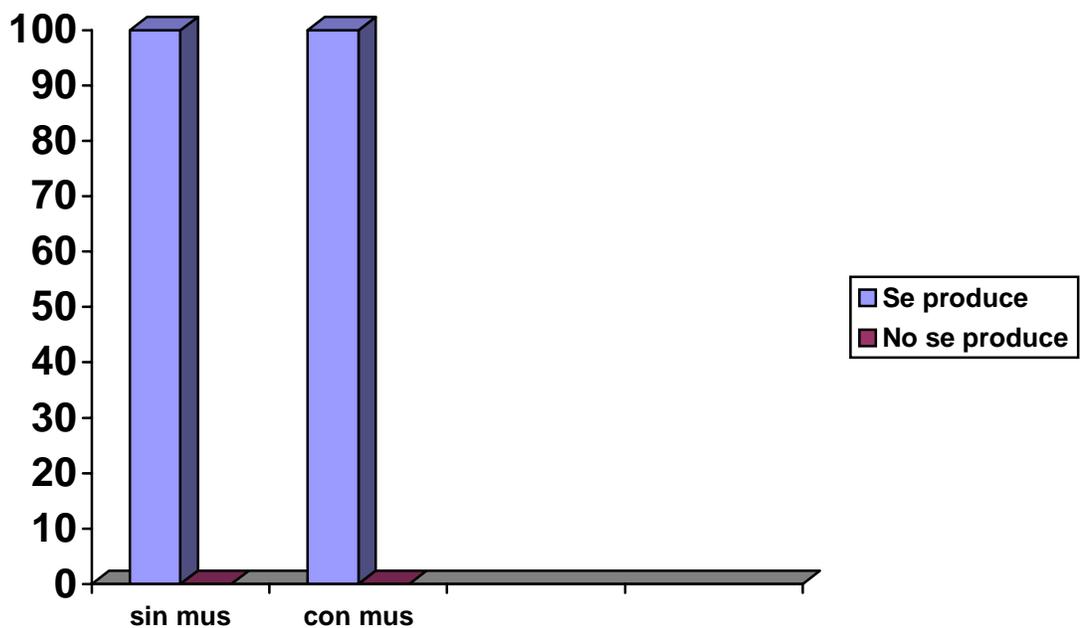
Ítems	Sin música		Con música	
	Fr.	%	Fr.	%
20				
Se produce ascenso del fondo uterino				
a) Sí	15	100	15	100
b) No	0	0	0	0

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

Durante el alumbramiento se produce en la adolescente primigesta ascenso del fondo uterino por encima del ombligo el 100% en ambos grupos, entre el grupo control y el grupo con música no se estableció diferencia.

Gráfico N° 13

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador fondo uterino. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N. 13

Cuadro N° 14

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador extracción. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

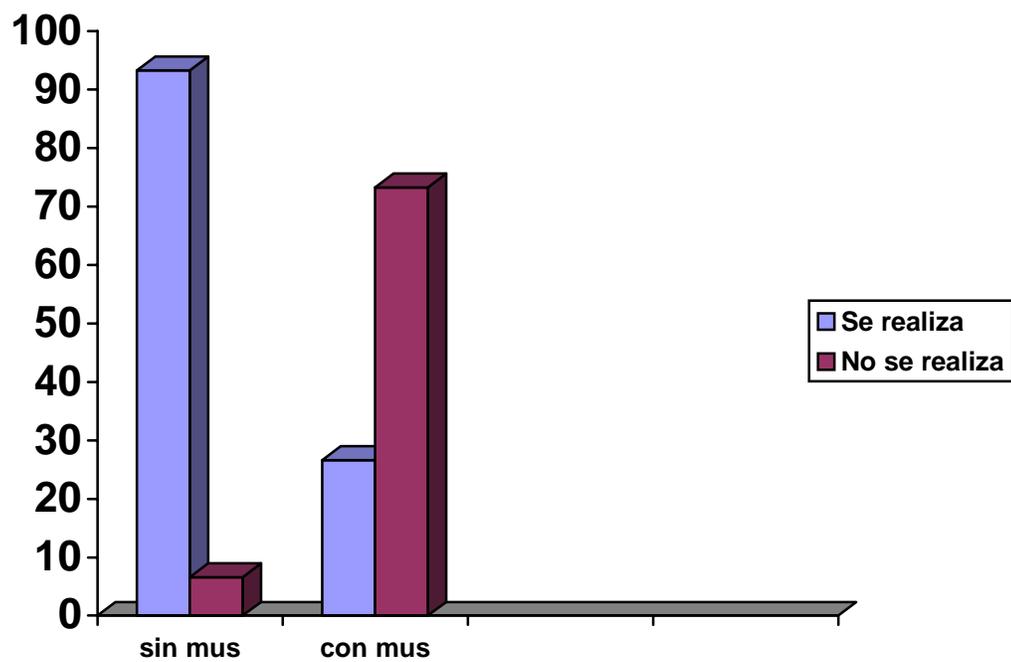
Ítems	Sin música		Con música	
	Fr.	%	Fr.	%
21				
Realización de la a) Sí	14	93.3	4	26.6
extracción manual b) No	1	6.6	11	73.3

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

Durante el alumbramiento se realiza en la adolescente primigesta extracción manual de la placenta en el grupo control el 93.3% mientras que el 6.6 % restante no, solo el 26.6% del grupo con música se realiza extracción manual y el 73.3% del grupo restante no surgió la necesidad de realizarlo, la música favorece al desprendimiento espontáneo de la placenta.

Gráfico N° 14

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador extracción. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N. 14

Cuadro N° 15

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

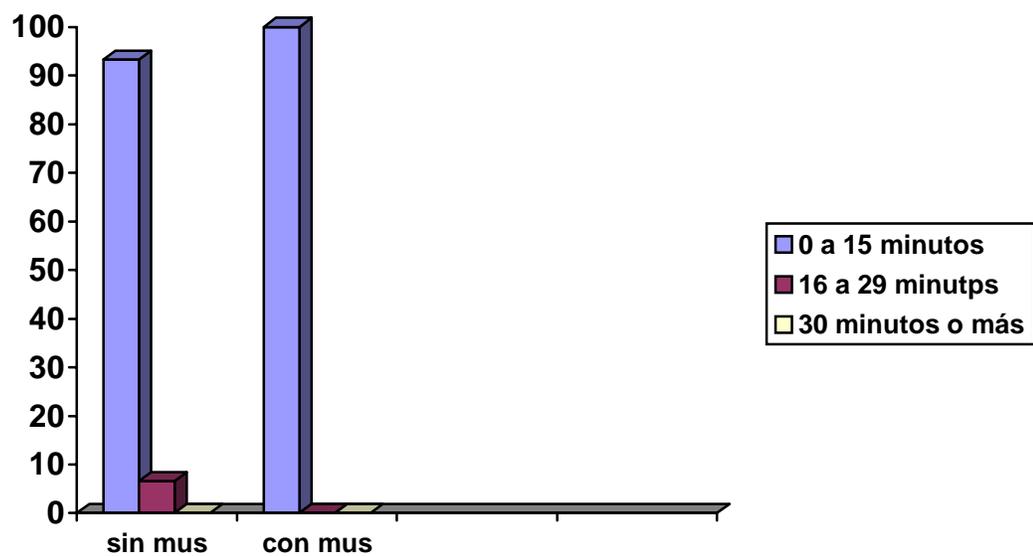
Ítems		Sin música		Con música	
		Fr.	%	Fr.	%
22					
Duración del desprendimiento	a) 0 a 15 minutos	14	93.3	15	100
	b) 16 a 29 minutos	1	6.6	0	0
	c) 30 minutos o más	0	0	0	0

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

El tiempo de extracción de la placenta en la adolescente primigesta transcurrió en el grupo control el 93.3% de 0 a 15 minutos mientras que el 6.6 % restante de 16 a 29 minutos, del grupo con música el 100% transcurrió de 0 a 15 minutos, la música disminuye el tiempo de extracción de la placenta.

Gráfico N° 15

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador tiempo. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 15

Cuadro N° 16

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador aspecto. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

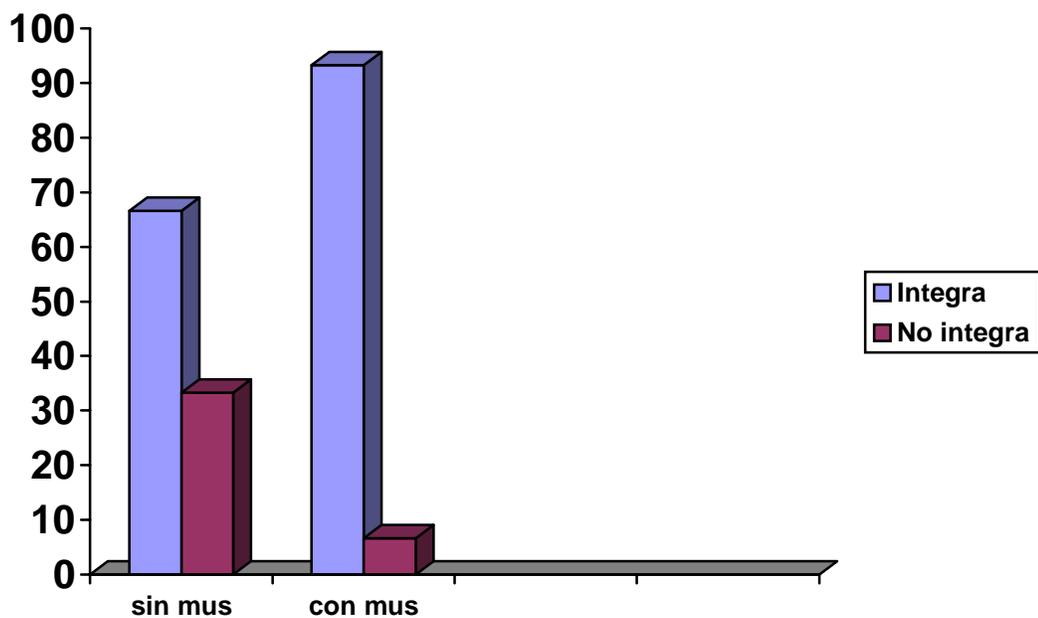
Ítems	Sin música		Con música		
	Fr.	%	Fr.	%	
23					
Integridad de la placenta	a) Sí	10	66.6	14	93.3
	b) No	5	33.3	1	6.6

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

Durante el alumbramiento del trabajo de parto en la adolescente primigesta se observa integridad de la placenta después del desprendimiento en el grupo control el 66% y un 33% observa placenta incompleta, del grupo con música el 93% presento integridad en la placenta después del desprendimiento y un 6.6% se observo placenta incompleta posterior al desprendimiento. Dando como resultado que la música conserva la integridad de la placenta, evitando residuos en la cavidad uterina.

Gráfico N° 16

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador aspecto Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N- 16

Cuadro N° 17

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador revisión. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.

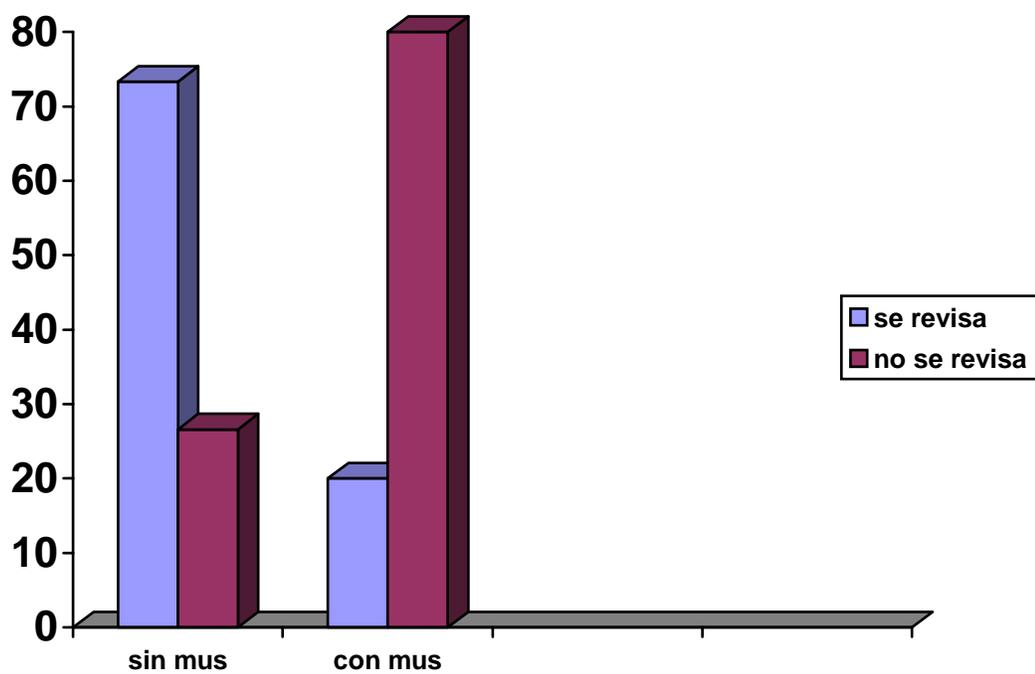
Ítems	Sin música		Con música	
	Fr.	%	Fr.	%
24				
Revisión del canal de parto				
a) Sí	11	73.3	3	20
b) No	4	26.6	12	80

Fuente: Instrumento aplicado por las investigadoras.

Durante el alumbramiento del trabajo de parto en la adolescente primigesta el medico realizo revisión del canal de parto en el grupo control el 73.3% y un 33.3% no se realizo, del grupo con música el 20% se le realizo revisión del canal de parto y el 80% restante no surgió la necesidad de realizarle revisión del canal de parto. Dando como resultado que la música ayuda a la realización de un alumbramiento normal, conservando la integridad de la placenta y sus membranas, no es necesario realizar una revisión manual de la cavidad uterina, evitándole molestia a la adolescente primigesta, reduciendo el riesgo al ascenso de gérmenes a la cavidad uterina.

Gráfico N° 17

Distribución porcentual de las observaciones realizadas a las adolescentes primigestas para medir los efectos fisiológicos de la musicoterapia en su dimensión alumbramiento, indicador revisión. Maternidad Concepción Palacios. Primer Trimestre de 2006.



Fuente: Cuadro N. 17

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez culminada la discusión de los resultados de acuerdo a los efectos fisiológicos de la musicoterapia en adolescentes primigesta durante trabajo de parto, referido a cambios en la etapa de dilatación, cambios en la etapa expulsiva y en la etapa del alumbramiento puede concluirse que:

Conclusiones

En relación a los cambios fisiológicos ocurridos en la etapa dilatación en la adolescente primigesta durante la intervención de la musicoterapia en trabajo de parto, se observo el tiempo de centímetros de dilatación es menor con la aplicación de la música comparado con el tiempo establecido. Existe presencia de contracciones, el número y duración se reduce con la intervención de la música comparada con las adolescentes primigesta sin música. Durante la intervención de la musicoterapia no surgió la necesidad de la administración de analgésicos, se observo la rotura espontánea durante la dilatación en la mayoría de las adolescentes primigesta durante la intervención, lo que disminuyo la práctica de la realización de amniotomía.

En relación a los cambios fisiológicos ocurridos en la etapa expulsiva en la adolescente primigesta durante la intervención de la musicoterapia en trabajo de parto, se observo el tiempo de expulsión con la aplicación de la música fue comprendido dentro el tiempo establecido. La intervención de la música favoreció a las adolescentes primigesta a pujar en cada contracción

ayudando al descenso del feto en el canal de parto. Durante la intervención de la musicoterapia la realización de episiotomía, aplicación de fórceps en la mayoría de las adolescentes primigesta no fue necesario, realizándose una expulsión sin complicaciones.

En los cambios fisiológicos ocurridos en la etapa de alumbramiento en la adolescente primigesta durante la intervención de la musicoterapia en trabajo de parto, se observó el tiempo de duración del desprendimiento de placenta con la aplicación de la música estuvo comprendido con el tiempo establecido, no fue necesario realizar la extracción manual de placenta solo a un grupo muy reducido. Existe presencia de contracciones uterinas, presencia de sangre oscura, ascenso del fondo uterino con la intervención de la música indicando el desprendimiento de la placenta. Con la intervención de la musicoterapia se observó la integridad de la placenta y sus membranas, la realización de revisión de canal de parto solo se aplicó a un grupo muy reducido impidiendo la incomodidad, molestia, ascenso de gérmenes a la cavidad uterina que puede generar.

Lo que demuestra que los efectos fisiológicos de la musicoterapia en adolescentes primigesta durante el trabajo de parto, disminuye el tiempo, reduce la intensidad y número de contracciones, reduciendo el uso de analgesia, recursos materiales y quirúrgicos. Permitiendo la participación activa de la adolescente primigesta, sin complicaciones.

Recomendaciones

Luego de haber obtenido los resultados de la investigación y comprobar que verdaderamente los efectos de la musicoterapia en adolescentes primigesta durante trabajo de parto obteniéndose beneficios para la madre, niño, los profesionales y la institución.

Se les sugiere a las madres, especialmente adolescentes primigesta integrarse a la participación activa en la aplicación de la musicoterapia durante el trabajo de parto, para obtener beneficios como disminución del tiempo, disminución del dolor, participación activa y evitar complicaciones.

A los profesionales se les recomienda aplicar la musicoterapia en las instituciones de salud, en las diferentes especialidades de la salud. Incentivarse a continuar con las investigaciones en el área de la musicoterapia para hacer de ella una herramienta terapéutica reconocida por todos y que se emplee de manera adecuada.

A todas las instituciones hospitalarias, especialmente Maternos-infantiles se les recomienda implementar la musicoterapia, ya que esto beneficia a nivel de costos al disminuir el uso de analgésicos, materiales medico-quirúrgico y al mismo tiempo disminuye el tiempo de hospitalización.

Referencias Bibliográficas

BAUTISTA, A. NIETO, Y. SÁNCHEZ, C. (1999). La practica de enfermería en la aplicación de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor a gestantes durante la primera etapa del trabajo de parto. Tesis Licenciatura no publicada. Universidad Central de Venezuela. San Cristóbal.

BERRYMAN, J. (1997). Psicología del desarrollo. Mexico: Manual Maleono.

BURROUGHS, A. LEIFER, G. (2002).Enfermería materno infantil. (8va ed). Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana.

CALDERON, G. (1984). La ansiedad y el miedo. México: Editorial trillas México.

CRUZ, S. (2003). Revista chilena obstetricia ginecológica. (Volumen LXVIII). Chile: Publicación oficial de la sociedad chilena de obstetricia y ginecología.

DA SILVA, G. (2000). Propuesta de un programa de musicoterapia para sujetos con VIH asintomáticos en estado depresivo. Tesis Licenciatura no publicada. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

DA SILVA, G. (2001). Musicoterapia: Sida y Depresión. (1 era ed). Venezuela.

DICKASON, E. SILVERMAN, B. KAPLAN, J. (1999). Enfermería materno infantil. (3 ra Ed). España: Harcourt Brace.

GONZALEZ, J. DEL SOL, J. (2003). Obstetricia. (4 ta Ed). España: Masson.

HERNANDEZ, R. FERNANDEZ, C. BAPTISTA, P. (2003) Metodología de la investigación. (3 era ed). Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana.

HURTADO, J. (1998). Metodología de la investigación holística. (3 era ed). Caracas: Sypal.

ISTURIS, B. VILORIA, N. VIVAS, D. (2004). Diferencia en la duración del trabajo de parto en mujeres primíparas que recibieron preparación psicoprofiláctica y las que no recibieron en el hospital Joel Valencia de la Urbina. Tesis Licenciatura no publicada. Universidad Central de Venezuela. Caracas.

LA CHAPELLE, S. (1996). Efectos de una intervención musicoterapéutica sobre la respuesta de estrés en hipertensos esenciales leves. Tesis Licenciatura no publicada. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas.

LOWDERMILK, D. PERRY, J. BOBAK, I. (1998). Enfermería materno-infantil. (6ª Ed). Madrid: Harcourt Brace.

MARRINER, A. RAILE, M. (2003). Modelos y teorías en Enfermería. (5-ta Ed). España: Mosby.

POCH, S. (1999). Compendio de Musicoterapia. (Volumen 1). España: Editorial Herder, S.A.

POLIT, D. HUNGLER, B. (1997). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. (5ta Ed). México: Mc Graw-Hill Interamericana.

QUIJADA, I. SANOJA, A. SEGUERA, NORELA. (2003). Enfermera-adolescente primigesta en la etapa pre-parto hospital universitario Dr. Ángel

Lorralde. Tesis Licenciatura no publicada. Universidad Central de Venezuela. Carabobo.

TORTORA, G. GRABOWSKI, S. (1999). Principios de anatomía y fisiología. (7 ma Ed). España: Harcourt Brace.

Registro de Observación

1.- La dilatación de 5-6 centímetros de la fase activa, en una adolescente primigesta en trabajo de parto transcurre en un intervalo de tiempo de:

- a) 2 a 2:55 horas.
- b) 2:55 a 3:15 horas.
- c) 3:15 a 3:55 horas.

2.- La dilatación de 7-8 centímetros de la fase activa, en una adolescente primigesta en trabajo de parto transcurre en un intervalo de tiempo de:

- a) 0:35 a 0:55 horas.
- b) 0:55 a 1:05 horas.
- c) 1:05 a 1:55 horas.

3.- La dilatación de 9-10 centímetros de la fase de transición, en una adolescente primigesta en trabajo de parto transcurre en un intervalo de tiempo de:

- a) 0:25 a 0:45 horas.
- b) 0:45 a 0:50 horas.
- c) 0:50 a 1:15 horas.

4.- El número de contracciones en la 1ra y 2da hora de la fase activa del trabajo de parto en la adolescente primigesta, en un tiempo estimado de cada 10 minutos es de:

- a) 1 contracción.
- b) 2 contracciones
- c) 3 contracciones.

5.- El número de contracciones en la 3ra y 4ta hora de la fase activa del trabajo de parto en la adolescente primigesta, en un tiempo estimado de cada 10 minutos es de:

- a) 2 contracciones.
- b) 3 contracciones
- c) 4 contracciones.

6.- El número de contracciones en la 5ta y 6ta hora de la fase de transición del trabajo de parto en la adolescente primigesta, en un tiempo estimado de cada 10 minutos es de:

- a) 4 contracciones.
- b) 5 contracciones
- c) 6 contracciones.

7.- La duración de las contracciones en las primeras dos horas de la fase activa del trabajo de parto en una adolescente primigesta, tiene un tiempo comprendido de:

- a) 20 a 29 segundos.
- b) 30 a 45 segundos.
- c) 46 a 60 segundos.

8.- La duración de las contracciones en la 3ra y 4ta hora de la fase activa del trabajo de parto en una adolescente primigesta, tiene un tiempo comprendido de:

- a) 20 a 29 segundos.
- b) 30 a 45 segundos.
- c) 46 a 60 segundos.

9.- La duración de las contracciones en la 5ta y 6ta hora de la fase de transición del trabajo de parto en una adolescente primigesta, tiene un tiempo comprendido de:

- a) 30 a 59 segundos.
- b) 60 a 90 segundos.
- c) 91 a 120 segundos.

10.- Se administró analgésico vía endovenoso a la adolescente primigesta durante la fase de dilatación del trabajo de parto.

- a) Si Cual_____.
- b) No

11.- Se administró anestesia epidural a la adolescente primigesta durante la fase de dilatación del trabajo de parto.

- a) Si
- b) No

12.- Se realiza amniotomía a la adolescente primigesta durante la fase de dilatación del trabajo de parto.

- a) Si
- b) No

13.- La adolescente primigesta puja en cada contracción durante el expulsivo del trabajo de parto.

- a) Si
- b) No

14.- Se realiza episiotomía a la adolescente primigesta durante el expulsivo del trabajo de parto.

- a) Si
- b) No

15.- Se aplica fórceps en la adolescente primigesta durante el expulsivo del trabajo de parto.

- a) Si
- b) No

16.- Se produce desgarro vulvoperineal en la adolescente primigesta durante el expulsivo del trabajo de parto.

- a) Si
- b) No

17.- El tiempo de expulsión del trabajo de parto en la adolescente primigesta transcurre en un intervalo máximo de tiempo:

- a) 0 a 15 minutos.
- b) 16 a 29 minutos.
- c) 30 minutos o más.

18.- Durante el alumbramiento del trabajo de parto se evidencia en la adolescente primigesta presencia de contracciones uterinas.

- a) Si
- b) No

19.- Durante el alumbramiento del trabajo de parto se evidencia en la adolescente primigesta presencia de sangre oscura.

- a) Si
- b) No

20.- Durante el alumbramiento del trabajo de parto en la adolescente primigesta se produce ascenso del fondo uterino por encima del ombligo.

- a) Si
- b) No

21.- Durante el alumbramiento del trabajo de parto en la adolescente primigesta se realiza la extracción manual de la placenta.

- a) Si
- b) No

22.- En la fase de alumbramiento del trabajo de parto en la adolescente primigesta el tiempo de extracción de la placenta transcurre en un intervalo de tiempo máximo de:

- a) 0 a 15 minutos.
- b) 16 a 29 minutos.
- c) 30 minutos o más.

23.- Durante el alumbramiento del trabajo de parto en la adolescente primigesta se observa integridad de la placenta después del desprendimiento.

- a) Si
- b) No

24.- En la fase de alumbramiento del trabajo de parto en la adolescente primigesta el médico realiza revisión del canal de parto.

- a) Si
- b) No