

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**MUSICOTERAPIA Y EVOLUCION DEL SEGUNDO  
PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO**

**ANDREA CAROLINA JAUREGUI DE LEÓN**

Tesis

Presentada a las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Enero, 2016



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Andrea Carolina Jauregui De León

Carné Universitario No.: 100023125

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis "MUSICOTERAPIA Y EVOLUCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO"

Que fue asesorado: Dr. Mario David Cerón Donis MSc.

Y revisado por: Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2016.

Guatemala, 14 de enero de 2016

Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado \*



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades



/mdvs

Guatemala, 07 de Noviembre de 2014

**Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc.**

Coordinador Específico

Maestrías y Especialidades

Escuela de Estudios de Postgrado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Doctor Castañeda Orellana:

Por medio de la presente le informo que he **revisado y aprobado** el informe final de Tesis detallado a continuación:

Título: **MUSICOTERAPIA Y EVOLUCION DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO**

Autor: **Andrea Carolina Jauregui de León**

Dicha tesis ha cumplido con todos los requisitos para su aval por parte de esta Coordinación, siendo enviada para los trámites de aprobación e impresión final de tesis a donde corresponda.

Sin otro particular, se suscribe.

Atentamente,

*Mario David Cerón Donis*  
Dr. Mario David Cerón Donis  
Asesor de Tesis  
Ginecólogo y Obstetra  
IGSS/ USAC

Guatemala, 07 de Noviembre de 2014

**Dr. Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc.**  
Coordinador Específico  
Maestrías y Especialidades  
Escuela de Estudios de Postgrado  
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado Doctor Castañeda Orellana:

Por medio de la presente le informo que he **revisado y aprobado** el informe final de Tesis detallado a continuación:

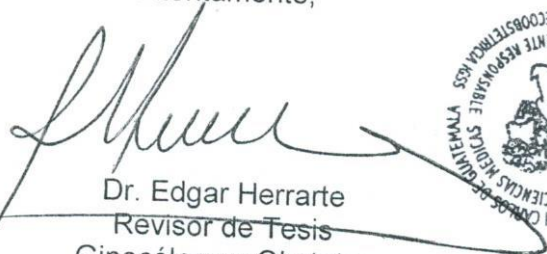
Título: **"MUSICOTERAPIA Y EVOLUCION DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO"**.

Autor: **Andrea Carolina Jáuregui de León**

Dicha tesis ha cumplido con todos los requisitos para su aval por parte de esta Coordinación, siendo enviada para los trámites de aprobación e impresión final de tesis a donde corresponda.

Sin otro particular, se suscribe.

Atentamente,



Dr. Edgar Herrarte  
Revisor de Tesis  
Ginecólogo y Obstetra  
IGSS/ USAC



## INDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	.....	18
Tabla No. 2	.....	18
Tabla No. 3	.....	19
Tabla No. 4	.....	19
Tabla No. 5	.....	20
Tabla No. 6	.....	20
Tabla No. 7	.....	21
Tabla No. 8	.....	21
Tabla No. 9	.....	22
Tabla No. 10	.....	22
Tabla No. 11	.....	23
Tabla No. 12	.....	23
Tabla No. 13	.....	24
Tabla No. 14	.....	24

## RESUMEN

**Antecedentes:** La música se emplea con bases científicas para lograr cambios físicos, emocionales y de conducta en las personas, tanto niños como adultos y personas de la tercera edad, para mejorar los síntomas y secuelas de algunos padecimientos y sobre todo para mejorar la calidad de vida.

Este tipo de aplicación mejora la calidad del embarazo, del trabajo de parto y del nacimiento del bebé, reduciendo el nivel de ansiedad de la futura mamá y el stress neonatal. Favorece el control del dolor que sufre la futura mamá durante las contracciones propias del trabajo de parto y del parto.

**Objetivo:** Determinar los efectos beneficios de la musicoterapia en la gestante 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.

**Materia y métodos:** Estudio de COHORTE en Primigestas que acepten ser parte del estudio en el periodo mayo-octubre de 2013 en el Hospital de Ginecología y Obstetricia IGSS.

**Resultados:** Se realizó en 100 pacientes primigestas. Se puede inferir que la música reduce el tiempo en el 2do periodo del trabajo de parto. Al tener una RR de 1. 46. Con una p de fisher en 0.054 se rechaza la hipótesis nula que indica que la musicoterapia puede o no tener relación con la disminución del 2do. periodo del trabajo de parto. El uso de musicoterapia reduce el tiempo del 2do periodo del trabajo de parto, ayudando a la paciente a sobre llevar el dolor de parto y tolerar de una manera mejor el trabajo de parto.

Palabras Clave: Musicoterapia, segundo periodo del trabajo de parto.

## I. INTRODUCCION

La música se emplea con bases científicas para lograr cambios físicos, emocionales y de conducta en las personas, tanto niños como adultos y personas de la tercera edad, para mejorar los síntomas y secuelas de algunos padecimientos y sobre todo para mejorar la calidad de vida.

A su vez, también se emplea con individuos sanos o que no padezcan de ninguna patología, para mejorar su bienestar personal, para desarrollar la creatividad, mejorar el aprendizaje, las relaciones interpersonales y el estrés.

En el caso de las personas que presentan problemas de salud, se hace uso de la terapia musical para mejorar el funcionamiento físico, psicológico, intelectual o social; también educativo o cualquier otro factor que pueda afectar al individuo.

En un estudio sobre los efectos de la música en la mujer gestante, en Brasil, el análisis de estas mujeres reportó efectos favorables en el periodo de trabajo de parto y la música, ninguna mujer pidió la interrupción de la misma, al contrario manifestaron que continuara hasta el final del parto.

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 oxitocina, analgésicos y anestésicos. Se reduce el índice de morbilidad, ocasionados por complicaciones en el trabajo de parto ellos distocias en las contracciones uterinas, expulsivo prolongado entre otros. La presente investigación busca por medio de la aplicación de la musicoterapia disminuir los aspectos negativos que puedan afectar el proceso de parto como el miedo, la ansiedad, el dolor y otras molestias propias del mismo, haciendo que las gestantes que formaran parte de la investigación reciban los efectos beneficiosos de esta terapia para ayudarlas a disminuir estos aspectos.

La investigación aportó a la institución donde se realizara la investigación la posibilidad de la aplicación de la musicoterapia, sobre todo a las gestantes que no tengan una preparación previa para el parto, lo cual beneficiará a las usuarias ya que recibirán una atención integral de calidad, así mismo esto repercutió en la disminución de los recursos tanto humanos como materiales que se usan en la atención de estas usuarias.

## II. ANTECEDENTES

Según Gallostra, S. la musicoterapia es “una disciplina de carácter natural complementaria y no farmacológica cuya herramienta de trabajo es la música y sus componentes, utilizándola como sonido, estructura rítmica o trozos musicales. Se usa para conseguir de forma natural resultados terapéuticos tanto a nivel psicomotriz, como a nivel psicológico, energético y orgánico”. (9)

Alrededor del mundo existen numerosos estudios que reflejan la importancia y el efecto que surge de la aplicación de la música como terapia en la reducción del estrés, depresión, ansiedad y mejora de la autoestima en situaciones como el embarazo y el parto, la anorexia y la bulimia, autismo y Síndrome de Down, entre otros. El embarazo se conoce como una etapa fisiológica por la cual cualquier mujer en edad fértil puede pasar en una etapa de su vida; El parto es una experiencia única, que también se considera un periodo crítico y como el momento culminante de un proceso que es el embarazo más bien que como el comienzo de un nuevo papel. Según Reeder, S., Martin, L. el parto “se refiere a la serie de procesos mediante los cuales la madre expulsa a el o los productos de la concepción”.(9) Durante este proceso la mujer experimenta una serie de cambios fisiológicos y psicológicos, que a pesar de ser propios de la situación, pueden llegar a dificultar el feliz desarrollo y culminación del mismo, de ahí la importancia de la introducción de distintas terapias como la musicoterapia.

Con la finalidad de mejorar y ayudar al desarrollo del proceso de parto en Europa, específicamente Francia, existen maternidades hospitalarias con unidades de oído electrónico; en dichos establecimientos de salud se comienza la estimulación al inicio del embarazo de forma sistémica y consecutiva durante los siguientes nueve meses de gestación, durante los cuales se establece, a la par, una terapia de dialogo con la gestante para facilitarle el descubrimiento del maravilloso y fascinante mundo de la maternidad y de esta forma ayudarla a superar la angustia que pueda sentir.

En América del Sur la musicoterapia tiene sus mayores exponentes en Argentina y Perú. En Argentina la musicoterapia es una ciencia que constituye carreras universitarias de pre y post grado; el tema de la aplicación de la musicoterapia en el área de la obstetricia ha sido bien investigado y aplicado. El ámbito de acción que han abarcado las investigaciones en Argentina engloban el desarrollo prenatal, estimulación precoz y temprana de niños con necesidades especiales, enfocándose en la gran mayoría de las investigaciones en los



efectos de la música en el embarazo, el desarrollo psíquico prenatal, la audición fetal, el desarrollo embriológico y la obstetricia.

El uso de la medicina complementaria y alternativa se está extendiendo entre la población para prevenir o tratar situaciones relacionadas con su salud, también en el embarazo. La Cochrane en 2006 definió la medicina complementaria como: “las prácticas e ideas que están fuera del dominio de la medicina convencional en algunos países” (6). Esta definición es deliberadamente amplia, ya que tratamientos que, en unos países, son considerados como complementarios, pueden ser convencionales en otros.

Este tipo de aplicación mejora la calidad el embarazo, del trabajo de parto y del nacimiento del bebé, reduciendo el nivel de ansiedad de la futura mamá y el stress neonatal. Favorece el control del dolor que sufre la futura mamá durante las contracciones propias del trabajo de parto y del parto. Desde lo terapéutico la futura mamá se compenetra mucho más en las tres áreas fundamentales del embarazo desde lo físico, lo psíquico y lo emocional; mientras que el feto se ira relacionando con melodías que reconocerá dentro del útero y que estimularan su sistema neurovegetativo.

## **2.1 MUSICOTERAPIA**

La musicoterapia ha sido utilizada desde tiempos antiguos. El sonido y la música siempre han tenido un papel fundamental en las diversas culturas. Antiguamente ningún rito tenía eficacia si no se acompañaba de música. El hombre primitivo utilizó la música como medio de comunicación con el infinito. Los griegos empleaban la música de forma razonable y lógica para prevenir y curar las enfermedades físicas y mentales. Además jugaba un papel importantísimo en el teatro, Aristóteles hablaba del valor médico de la música, y Platón la recomendaba para curar terrores y fobias. En el siglo XVIII se investigó sobre los efectos de la música sobre las fibras del organismo, atribuyéndole a este un efecto triple. Calmante, incitante y armonizante.

La Musicoterapia como disciplina formal, ha ido evolucionando paulatinamente y las necesidades de su investigación se hacen más evidentes cuando los valores de la intimidad (la expresión de emociones, sentimientos, miedos, frustraciones, fantasías) y el arte se comprometen. Diversos autores han hecho parte de la formación de la identidad de ésta y la definen así:

El Dr. Rolando Benenzon, precursor e impulsor de la Musicoterapia en Argentina y Latinoamérica dice que “La Musicoterapia es el campo de la medicina que estudia el complejo sonido-ser humano, para la utilización del movimiento, el sonido y la música en la apertura de canales de comunicación en busca de efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en el ser humano y en la sociedad”.(3) Agrega además que “La Musicoterapia es un proceso relacional e histórico, en un contexto no verbal, que ocurre entre el terapeuta y su paciente o grupo de pacientes o de personas”.(9) Esta definición es amplia y permite varias maneras de exteriorizar y manifestar emociones, por lo que tiene en cuenta no solo la organización de los sonidos musicales, sino la relación de los sonidos en general con el desarrollo complejo de los seres humanos; le ofrece posibilidades al paciente o usuario de expresarse con su cuerpo, sus gestos y todo aquello que implique movimiento y lo que es más importante aún dentro de los objetivos planteados en el presente trabajo, da la posibilidad de usar la música y el sonido no solo de forma reparadora, como terapia, sino, de forma preventiva para mantener la salud en forma positiva; así es como la empleamos en este proceso ya que la adolescente embarazada pasa por etapas de desequilibrio emocional, físico, biológico e intra familiar.

El Instituto de Musicoterapia “Música, Arte y Proceso” (Victoria Gastéis-España), dice: “Podemos definir la Musicoterapia como la aplicación científica del sonido, la música y el movimiento a través del entrenamiento de la escucha y la ejecución instrumental sonora, integrando así lo cognitivo, lo afectivo y lo motriz, desarrollando la conciencia y potenciando el proceso creativo, así podemos: facilitar la comunicación, promover la expresión individual y favorecer la integración grupal y social”. (4) La anterior descripción permite el acercamiento a ésta disciplina a través del entrenamiento de la escucha y la ejecución instrumental sonora, que hacen parte de los recursos utilizados con el grupo de embarazadas adolescentes, quienes no habían tenido la posibilidad de acercarse a otras músicas diferentes a lo que ofrecía la población donde vivían mostrando escasa concentración y labilidad atencional, sin embargo, paulatinamente muestran interés y logran hacer conciencia de sus sentidos y emociones llegando a crear sus propios sonidos para satisfacerse a sí mismas y a su futuro bebé.

Gustavo Espada dice: “el desarrollo de la movilidad tanto en el discurso sonoro como en la tonía muscular es la materia en la que se sostiene la praxis clínica en Musicoterapia” (8) lo que constata que dicha disciplina da la oportunidad de una nueva expresión, lejana al

lenguaje verbal y a la necesidad explicativa poniendo su solidez en el uso del recurso sonoro y de la manera como éste se ejecuta a través de la proyección del propio cuerpo.

Para finalizar, es necesario hacer referencia a la definición que hace Gabriel

Federico, musicoterapeuta de gran trayectoria en el área obstétrica: "la Musicoterapia es la disciplina que estudia los aspectos sonoros de las personas a nivel receptivo, productivo y relacional. Utiliza como recurso el material sonoro-musical en toda su dimensión para favorecer los procesos saludables en el ser humano. La presencia del deseo y de los vínculos es muy significativa en el espacio musicoterapéutico". (8) Todo lo descrito anteriormente, demuestra que la música y el sonido se transforman en el puente de comunicación donde se hacen evidentes todas las dimensiones del ser humano en función de una mejora para su calidad de vida.

## **2.2 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"

### **2.2.1 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 recién nacido.

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"

Lowdermilk, Perry y Bobak (1998) "considera que el parto es normal, 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.

#### 2.2.1.1 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:

##### 2.2.1.1.1 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.

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.

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 cérvix se ha dilatado de 4 cm. 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.

- Fase activa: 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", 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.

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.

#### 2.2.1.1.2 Segunda etapa (Expulsión)

La segunda etapa de expulsión, empieza cuando el cuello uterino está totalmente dilatado 10 centímetros 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.

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 segundos 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 anomalías en la frecuencia cardíaca del feto.

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.

#### 2.2.1.1.3 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".

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.

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.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

3.1.1 Determinar los efectos beneficiosos de la musicoterapia en la gestante 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.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

3.2.1 Identificar si hay una reducción del trabajo de parto a menos de 4 horas en las pacientes que se utilizó musicoterapia.

3.2.2 Identificar si no hay reducción del trabajo de parto en las pacientes que no se utilizó musicoterapia.

3.2.3 Describir el perfil epidemiológico de las pacientes que participaron en el estudio



## **IV. HIPOTESIS**

### **4.1 Hipótesis Alterna**

Con el uso de musicoterapia se reduce el 2do periodo del trabajo de parto menor a 4 horas.

### **4.2 Hipótesis Nula**

El uso de musicoterapia no afecta en el 2do. Periodo del trabajo de parto.

## **V. MATERIAL Y METODOS**

### **5.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION**

Transversal de COHORTE

### **5.2 ÁREA DE ESTUDIO**

#### 5.2.1 Unidad primaria de muestreo

Hospital de gineco-obstetricia IGSS, Guatemala, Guatemala.

#### 5.2.2 Unidad de análisis

Partogramas utilizados en la sala de labor y parto.

#### 5.2.3 Unidad de información

Evolución, tiempo de trabajo de parto hasta parto, de pacientes que acepten ser parte del estudio, que se encuentre recopilado en el partograma que se utiliza en la labor y parto. En cuestionario que responda a preguntas sobre tiempo de duración del trabajo de parto.

#### 5.2.4 Población y muestra

Primigestas que acepten ser parte del estudio en el periodo mayo-octubre de 2013.

### **5.3 POBLACION Y MUESTRA**

#### 5.3.1 Muestra

Primigestas que acepten ser parte del estudio en el periodo de mayo-octubre 2013.

Por revisión en la unidad de estadística se evidenció que el número de nacimientos por partos en 8,273, el porcentaje de primigestas evaluado en el año fue de aproximadamente 1,440 y considerando que el número de nacimiento mes a mes sea constante en 6 meses es de 720 esta será nuestra población con la cual calcularemos la muestra. Con un intervalo de confianza de 95%, con un margen de error de un 10%. Siendo la muestra de 101 pacientes.

**5.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION** (definición de caso y control, cuando aplica)

5.4.1 Inclusión: pacientes primigestas que aceptaron ser parte del estudio, que se encontraron, en el 2do periodo del trabajo de parto, que al ingreso se encuentren con 3 cm de dilatación, embarazo clínicamente a término.

5.4.2 Exclusión: pacientes que en los expedientes no se encuentre partograma, no se halla llenado adecuadamente el partograma. Pacientes con alguna patología de riesgo (HTA, Pre eclampsia, DM, Oligohidramnios, entre otros.) que pueda complicar, el 2do periodo del trabajo de parto, pacientes que su resolución haya tenido que ser por vía cesárea.

**5.5 DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
<b>Edad</b>	Tiempo en años de existencia de una persona desde el nacimiento	Tiempo en años transcurrido de una persona desde su nacimiento a la fecha anotado en el registro clínico Menor de 15 años De 15-24 años De 25-29 años De 30-34 años Mayor o igual a 35 años	Cuantitativa discreta	Razón	Boleta de recolección de datos, expediente clínico
<b>Escolaridad</b>	Tiempo por el cual asiste un alumno a la escuela, o cualquier centro	Ultimo grado de estudio que posee la paciente Ninguno	Cualitativa	Cualitativa/ Ordinal	Boleta de recolección de datos, expediente clínico

	de enseñanza	Primaria Secundaria Diversificado Universitario			
<b>Estado Civil</b>	Tipo de unión o estado de relación sentimental	Dato del estado de relación sentimental anotado en el registro clínico Soltera Unida Casada Viuda	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos, expediente clínico
<b>Paridad</b>	Numero De hijos que ha tenido desde edad fértil	Número de hijos que indica la paciente según el registro clínico 0-2 hijos; 3-6 hijos; 7-9 hijos	Cuantitativa discreta	Razón	Boleta de recolección de datos, expediente clínico
<b>Edad Gestacional</b>	Tiempo de semanas transcurridas desde la FUR o bien USG	Número de semanas de gestación a partir de la FUR o USG 37 a 41 semanas	Cuantitativa continua	Razón	Boleta de recolección de datos, expediente clínico
<b>Tiempo de nacimiento</b>	Duración de las cosas sujetas a cambio o de los seres que tienen una existencia finita, Periodo tal como se	Tiempo transcurrido desde, el ingreso hasta el nacimiento RN	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos, expediente clínico

	especifica.				
<b>Dilatación</b>	Diámetro de la abertura del cuello durante el parto medido por exploración vaginal y expresado en centímetros	Dilatación a partir de 3 cm en adelante.	Cualitativa	Nominal	Registro clínico
<b>Musicoterapia</b>	Es el empleo de la música y de los elementos musicales, con el objetivo de facilitar, promover la comunicación, la relajación, en sus pacientes.	Pacientes que utilizaron musicoterapia	cualitativa	nominal	Registro clínico

## 5.6 TÉCNICA , PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

### Técnicas

Boleta de recolección de datos estructurado

En el estudio, se realizó preguntas que respondan al tiempo de evolución del trabajo hasta el nacimiento. Estas preguntas fueron contestadas por medio del partograma que se utiliza en la labor y parto, para seguimiento y control del mismo.

### Procedimientos

- Se solicitó en el hospital a estudio los formularios y/o requisitos para la autorización de realización de estudio de tesis.

- Se llenó formularios, cumplió requisitos y entrego a las respectivas autoridades del hospital.
- Se presentó ante cada paciente y se expuso el estudio, a las pacientes que utilizaran musicoterapia.
- Se explicó a cada paciente sobre el consentimiento informado.
- Se solicitó a cada paciente que firmara el consentimiento informado si estaba de acuerdo.
- Se realizó el estudio de musicoterapia a las pacientes que desearon ser parte del estudio.
- Se colocaron audífonos a las pacientes con las melodías incluidas en el estudio ( VER ANEXO)
- Se recopilaron expedientes médicos de las pacientes que aceptaron, para recopilar la información que se encuentra en los partogramas y así resolver cuestionarios.

### **Procesamiento y análisis de datos**

- Plan de procesamiento

Se agrupó los cuestionarios resueltos en grupos de pacientes que utilizaron música-terapia y en las que no lo utilizaron.

Se identificaron todas las variables consideradas en el estudio y se valoraron.

Se vaciaron los resultados en una hoja de datos de Microsoft Excel ® (Microsoft 2007).

Se realizaron cuadros de agrupación de información.

- Análisis de resultados

Luego de la recopilación y organización de datos se procedió a procesar dicha información con el programa EpiInfo for Windows ™ versión 3.3.2 (CDC 2005).

## **5.6 ALCANCES Y LIMITES**

### **ALCANCES**

Se obtuvo información acerca del tiempo que dura el trabajo de parto en pacientes primigestas con el uso de musicoterapia y sin ella, evidenciado que si hay una reducción del mismo.

## LIMITES

Se presentan al momento de utilizar la música no a todos los paciente les gusta el tipo de música elegido, y otras pacientes al final de trabajo de parto ya no deseaban continuar con el estudio, lo que dificulta la recolección de información.

### **5.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Dado que el estudio que se realizó no es de tipo experimental, no se puso en riesgo la integridad de la persona sujeta a estudio. Sin embargo, se guardó la confidencialidad la información obtenida y no se revelaron nombres o datos personales. Previo a realizar el estudio se obtuvo la autorización del hospital correspondiente. Se solicitó consentimiento informado a los pacientes que utilizaran musicoterapia que desean ser parte del estudio, se les explicaran los objetivos del mismo y el uso de la información obtenida. El manejo de los datos que se obtuvo es confidencial y su contenido es utilizado únicamente con fines de investigación.

## VI. PRESENTACION DE RESULTADO

### PERFIL EPIDEMIOLOGICO

**TABLA No. 1**

**Pacientes que participaron en estudio**

**“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

PERFIL EPIDEMIOLOGICO		
TOTAL DE PACIENTES	100	100%
EDAD	17-21 Años	44%
EDAD GESTACIONAL	40 SEMANAS	39%
ESCOLARIDAD	DIVERSIFICADO	50%
OCUPACION	OPERARIA	33%
ESTADO CIVIL	CASADA	52%

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 2**

**Pacientes que participaron en estudio**

**“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

PERFIL EPIDEMIOLOGICO		NO	
		MUSICA	MUSICA
TOTAL DE PACIENTES	100	50%	50%
EDAD	17-21 Años	42%	38%
EDAD GESTACIONAL	40 SEMANAS	46%	32%
ESCOLARIDAD	DIVERSIFICADO	48%	52%
OCUPACION	OPERARIA	32%	34%
ESTADO CIVIL	CASADA	54%	50%

Fuente: Boleta de recolección de datos



**TABLA No. 3**  
**Pacientes que participaron en estudio**  
**“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

	< 4 hrs	> de 4 hrs	Total
Música	32	18	50
No Música	21	29	50
Total	32	18	50

RR= 1.52 IC:( 1.03-2.24)  
P de Fisher= 0.022  
X<sup>2</sup>= 4.01

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 4**  
**Musicoterapia y Edad Gestacional**  
**“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

	< 4 hrs	> de 4 hrs	Total
37 semanas	1	4	5
38-41 semanas	31	14	45
Total	32	18	50

RR= 0.32 IC:(0.05-1.88)  
P de Fisher= 0.31  
X<sup>2</sup>= 1.78

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 5**

**Musicoterapia y Escolaridad**

**“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

	<4hrs	> de 4 hrs	Total
Diversificado	17	7	24
Primaria-Básicos	15	11	26
Total	32	18	50

RR= 1.23 IC:(0.78-1.95)

P de Fisher= 0.26

X<sup>2</sup>= 0.4

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 6**

**Musicoterapia y Estado Civil**

**“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

	< 4 hrs	> 4 hrs	Total
Casada-Unida	28	16	44
Soltera	4	2	6
Total	32	18	50

RR= 0.95 IC:(0.51-1.75)

P de Fisher= 0.63

X<sup>2</sup>= 0.095

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 7****Musicoterapia y Estado Civil****“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

	< de 4 hrs	> de 4 hrs	Total
Administrativo	11	8	19
No Administrativo	21	10	31
Total	32	18	50

RR=	0.85	IC:(0.54-1.34)
P de Fisher=	0.34	
X <sup>2</sup> =	0.16	

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 8****Musicoterapia y Edad****“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

	< de 4 hrs	> de 4 hrs	Total
27-31	3	4	7
17-26	29	14	43
Total	32	18	50

RR=	0.63	IC:(0.26-1.53)
P de Fisher=	0.2	
X <sup>2</sup> =	0.69	

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 9**

**Frecuencia de edades de pacientes que participaron en estudio  
“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>17-21</b>	44	44%
<b>22-26</b>	34	34%
<b>27-31</b>	18	18%
<b>&gt; 32</b>	4	4%
<b>total</b>	100	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 10**

**Frecuencia de edad gestacional de pacientes que participaron en estudio  
“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>37 semanas x ur</b>	14	14.00%
<b>38 semanas x ur</b>	20	20.00%
<b>39 semanas x ur</b>	21	21.00%
<b>40 semanas x ur</b>	39	39.00%
<b>41 semanas x ur</b>	6	6.00%
<b>Total</b>	100	100.00%

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 11**

**Frecuencia de estado civil de pacientes que participaron en estudio  
“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>casada</b>	52	52.00%
<b>soltera</b>	9	9.00%
<b>unida</b>	39	39.00%
<b>Total</b>	100	100.00%

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 12**

**Frecuencia de ocupación de pacientes que participaron en estudio  
“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

<b>OCUPACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>ama de casa</b>	29	29.00%
<b>auxiliar de empresas</b>	1	1.00%
<b>auxiliar de enfermeria</b>	2	2.00%
<b>ayudante</b>	1	1.00%
<b>ayudante de cocina</b>	1	1.00%
<b>ayudante gerencia</b>	1	1.00%
<b>cajera</b>	2	2.00%
<b>maestra</b>	9	9.00%
<b>operaria</b>	33	33.00%
<b>secretaria</b>	18	18.00%
<b>ventas</b>	3	3.00%
<b>Total</b>	100	100.00%

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 13**

**Frecuencia de escolaridad de pacientes que participaron en estudio  
“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>básicos</b>	36	36.00%
<b>diversificado</b>	50	50.00%
<b>primaria</b>	14	14.00%
<b>Total</b>	100	100.00%

Fuente: Boleta de recolección de datos

**TABLA No. 14**

**“Musicoterapia y evolución del 2do. Periodo del trabajo de parto”**

<b>VARIABLE</b>	<b>POBLACIÓN</b>	<b>RR</b>	<b>IC</b>	<b>P de Fisher</b>	<b><math>\chi^2</math></b>
Música	100	1.52	1.03-2.24	0.022	4.01
37 semanas	50	0.32	0.05-1.88	0.31	1.78
Diversificado	50	1.23	0.78-1.95	0.26	0.4
Casada/Unida	50	0.95	0.51-1.75	0.63	0.095
Trabajo					
Administrativo	50	0.85	0.54-1.34	0.34	0.16
Edad 27-31	50	0.63	0.26-1.53	0.2	0.69

Fuente: Boleta de recolección de datos

## VII. ANALISIS Y DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos podemos analizar que del 100% de las pacientes del estudio el 44% se encontraba en edades de 17 a 21 años, el 50% curso el nivel diversificado, y el 52% de la población total estaba casada.

En base a los resultados obtenidos podemos analizar que el 20% de las pacientes que utilizaron música se encontraban en edad de 18 años, esto debido a la edad mucho más temprana del primer embarazo en nuestro país; relacionado con los resultados a nivel nacional; el 54% estaban casadas, 32 % eran operarias, el 46% cursaban con 40 semanas de embarazo, el 48% tenía escolaridad diversificado.

El 18 % de pacientes que no utilizaron música se encontraban en edad de 21 años, el 50% eran casadas, el 34% eran operarias, 32% cursaba con una edad gestacional de 40 semanas, el 52% tenía escolaridad diversificado.

En base a las tablas de perfil epidemiológico del universo de la población se puede inferir que la edad de 1era gestación es a una edad temprana como se evidencia en las tablas nacionales según el INE en el 2013.

El estudio mostró que hay una reducción del trabajo de parto de menos de 4 horas con un RR de 1.52 que va de 1.03 a 2.24 con un intervalo de confianza de un 90% una P de Fisher en 0.022 y un  $\chi^2$  4.01.

Se puede inferir que la música reduce el tiempo en el 2do periodo del trabajo de parto. Al tener una RR de 1.52. Con una p de Fisher en 0.022 se rechaza la hipótesis nula que indica que la musicoterapia puede o no tener relación con la disminución del 2do periodo del trabajo de parto.

Con un  $X^2$  4.01 se indica que si hay asociación entre el uso de musicoterapia y disminución del 2do. Periodo del trabajo de parto.

Se realizó un análisis según la edad gestacional para evaluar si reduce el tiempo en pacientes con embarazo de 37 semanas ya que estas son las que tiene bishop más desfavorable el resultado de uso de musicoterapia y edad gestacional indica con RR en 0.32 que va desde 0.05 a 1.88. no hay reducción del tiempo con el uso de musicoterapia en pacientes con 37 semanas de embarazo.

Se analizó la variable escolaridad queriendo corroborar si entre más años de estudio se responde mejor al uso de la misma. Se obtuvo un RR en 1.23 que va de 0.78 a 1.95. indicando que si hay una reducción. Siendo no significativo ya que el intervalo toca el 1.

La variable estado civil utilizando a las pacientes casadas y unidas en comparación con las solteras y el uso de musicoterapia indico un RR en 0.95 que va desde 0.51 a 1.75, no influyendo el tiempo de trabajo de parto.

La variable edad en intervalos de 27-31 años 17-26 años y el uso de musicoterapia indico un RR en 0.63 que va desde 0.26 a 1.53, no influyendo el tiempo de trabajo de parto.

Las pacientes que tienen trabajos administrativos frente a las que no obtuvo un RR en 0.85 que va desde 0.54 a 1.34, no evidenciando cambios en el mismo.



## 6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 El uso de musicoterapia reduce en una hora y media el tiempo del 2do periodo del trabajo de parto, ayudando a la paciente a sobre llevar el dolor de parto y tolerar de una manera mejor el trabajo de parto.

6.1.2 El 20% de las pacientes que utilizaron música se encontraban en edad de 18 años, esto debido a la edad mucho más temprana del primer embarazo en nuestro país; relacionado con los resultados a nivel nacional; el 54% estaban casadas, 32% eran operarias, el 46% cursaban con 40 semanas de embarazo, el 48% tenía escolaridad diversificado.

6.1.3 Se debería de utilizar musicoterapia en las áreas de labor y parto para ayudar a las pacientes a reducir el tiempo y la estancia en ese servicio, y con esto mejorar la calidad de atención de la paciente.

6.1.4 Es necesario un esfuerzo investigador adicional en el campo del parto, en especial respecto a las terapias alternativas. Resulta sorprendente la falta de un marco conceptual completo y sano en un tema sobre el que, a priori, se ha investigado mucho.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

### **6.2.1 A la facultad de ciencias medicas**

**6.2.1.1** Realizar investigaciones que incluyan la medicina alternativa para ayudar en el tratamiento del paciente y mejor atención del mismo.

**6.2.1.2** Ampliar en el actual pensum de estudio temas sobre medicina alternativa u homeopática en conjunto con medicina convencional.

**6.2.1.3** Estas nuevas investigaciones deben ir encaminadas a conocer y valorar estas opciones menos conocidas para, si se demuestran efectivas, incorporarlas a la cartera de servicios para su utilización única o en combinación con otras. En ellas debe primar la selección homogénea de participantes de bajo riesgo obstétrico para poder determinar para quién y bajo qué circunstancias pueden resultar útiles; al mismo tiempo se pretende que esta y otras investigaciones relacionadas a la musicoterapia den pie a la inclusión de la misma, para la aplicación de la musicoterapia como parte de los cuidados de calidad que brinda el profesional.

### **6.2.2 Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social**

**6.2.2.1** Fomentar la investigación dentro de la residencia de medicina alternativa en conjunto con la convencional para dar una atención holística a los pacientes.

**6.2.2.2** Implementar en las salas de labor y parto música instrumental para mejorar la evolución del trabajo de parto para las pacientes.

### **6.2.3 Al Colegio de Médicos**

**6.2.3.1** Realizar talleres de capacitación continuos enfocados en medicina alternativa como lo es la musicoterapia que si bien no es remplazo del tratamiento actual ayuda en distintas especialidades como terapia de apoyo para el bienestar psicofisiológico del paciente.

## VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Gabriel, Federico. (2005). MUSICOTERAPIA FOCAL. Junio 2011, de Congreso nacional de músico terapia Sitio web: Gonzales, Karen. (2008). EFECTOS DE LA MUSICA EN LAS GESTANTES DURANTE EL PROCESO DE PARTO. Julio 2011, de Universidad Central de Venezuela Sitio web: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/1519/1/Efectos%20de%20la%20musica%20en%20las%20gestantes%20en%20proceso%20de%20parto.pdf>
2. Cunningham, Gary. (22 edición, 2006). Obstetricia de Williams. Mexico: Mc Graw Hill.
3. Gabbe. (2007). Obstericia de Gabbe Residente. Mexico: Marban Libros.
4. Enrique Ramón Arbués, Esther Azón López.. (2009). PAUTAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL PARTO DE BAJO RIESGO . Agosto, 2011, de NURE investigaciones Sitio web: [http://hc.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4998917/Arbues-Pautas\\_alternativas\\_tratamiento\\_dolor\\_parto\\_bajo\\_riesgo.pdf](http://hc.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4998917/Arbues-Pautas_alternativas_tratamiento_dolor_parto_bajo_riesgo.pdf)
5. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. (2011). Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. Mayo 2012, de Pregnancy and Childbirth Group, Cochrane Library Sitio web: <http://www.cochrane.org/es/CD003766/apoyo-continuo-para-las-mujeres-durante-el-parto>.
6. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. (2007). Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto . septiembre 2011, de La Biblioteca Cochrane Plus Sitio web: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/tratamientos\\_complementarios\\_y\\_alternativos\\_para\\_el\\_manejo\\_del\\_dolor\\_en\\_el\\_trabajo\\_de\\_parto.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/tratamientos_complementarios_y_alternativos_para_el_manejo_del_dolor_en_el_trabajo_de_parto.pdf)
7. Gonzales, Karen. (2008). EFECTOS DE LA MUSICA EN LAS GESTANTES DURANTE EL PROCESO DE PARTO. Julio 2011, de Universidad Central de Venezuela Sitio web:

[http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/1519/1/Efectos%20de%20la%20music  
a%20en%20las%20gestantes%20en%20proceso%20de%20parto.pdf](http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/1519/1/Efectos%20de%20la%20music%20en%20las%20gestantes%20en%20proceso%20de%20parto.pdf)

8. AIGEN, Kenneth. (2002). The Neural network of music. Mayo 2011, de European Journal of Neurology Sitio web: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1468-1331.2002.00439.x/abstract;jsessionid=027FF518F69C97DAC947C82AB53CBD69.f01t01?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=.](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1468-1331.2002.00439.x/abstract;jsessionid=027FF518F69C97DAC947C82AB53CBD69.f01t01?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=)
9. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. (2010). Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Diciembre 2011, de Pregnancy and Childbirth Group, Cochrane Library Sitio web: <http://www.cochrane.org/es/CD003521/tratamientos-complementarios-y-alternativos-para-el-manejo-del-dolor-durante-el-trabajo-de-parto>
10. Carmen Soto L.a, Hilda Teuber L.a. (2006). EDUCACIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO: UNA VÍA HACIA EL PARTO NATURAL. Septiembre 2011, de REV CHIL OBSTET GINECOL Sitio web: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v71n2/art05.pdf>
11. Gabriel, Federico. (1999). MUSICOTERAPIA Y EMBARAZO. Mayo 2011, de XXVI Congreso Canadiense de Musicoterapia, Vancouver, Canada Sitio web: <http://gabrielfederico.com/papers/canada1999.pdf>
12. Gutiérrez Alfonso Osvaldo J., Sotomayor Castro Emilio, Garrido Echazabal José M., Galbán, Hernández Osmani. (2005). Acupuntura en la analgesia del trabajo de parto. Mayo 2011, de Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología Sitio web: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1995000100008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1995000100008&script=sci_arttext)
13. Solar, Cristina. (2006). MUSICOTERAPIA EN EMBARAZO ADOLESCENTE. Julio 2011, de Universidad de Chile Sitio web: [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2006/solar\\_c/sources/solar\\_c.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2006/solar_c/sources/solar_c.pdf)
14. Stefanie Fleddermann. (2011). MUSICOTERAPIA INDIVIDUAL CON UNA MUJER EMBARAZADA. Junio 2012, de Universidad de Chile Sitio web:

[http://fedalma.org/material/XII%20CONGRESO%20FEDALMA%202015%20-%20Alboraya%20\(Valencia\)/04%20-%20Ana%20Alegre/Fleddermann%20-%20Musicoterapia%20individual%20con%20una%20mujer%20embarazada%20.pdf](http://fedalma.org/material/XII%20CONGRESO%20FEDALMA%202015%20-%20Alboraya%20(Valencia)/04%20-%20Ana%20Alegre/Fleddermann%20-%20Musicoterapia%20individual%20con%20una%20mujer%20embarazada%20.pdf)

15. Gomes, Cristina. (2004). Un primer contacto con la musicoterapia. Agosto 2011, de dialnet.unirioja.es Sitio web: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2044659.pdf>
16. Tabarro, Camila. (2010). Effect of the music in labor and newborn. Diciembre 2011, de Revista da Escola de Enfermagem da USP Sitio web: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en\\_29.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_29.pdf)
17. Cañas, Jasmine. (2005). MUSICOTERAPIA GRUPAL CON ADOLESCENTES EMBARAZADAS. Agosto 2011, de Universidad de Chile Sitio web: [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/canas\\_j/sources/canas\\_j.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/canas_j/sources/canas_j.pdf).
18. Federico, Gabriel. (2004). "Music Helps Birth". Argentina: Editorial Kier S.A
19. L. Kimber, M. McNabb, C. Mc Court, A. Haines y P. Brocklehurst. (2008). Massage or music for pain relief in labour: A pilot randomised placebo controlled trial. European Journal of Pain, Volúmen 12, Número 8, Paginas 961-969
20. Palacios, Jose. (2004). El concepto de musicoterapia a través de la Historia. Julio,2011, de Revista Electrónica LEEME Sitio web: <http://musica.rediris.es/leeme/revista/palacios.pdf>
21. Schapira, Diego . (2010). La Experiencia de la Musicoterapia en un Hospital Público.. Octubre 2011, de Voices Resources Sitio web: <http://testvoices.uib.no/community/?q=colschapira110110>
22. Uribe Torres, Claudia; Poupin Berttoni, Lauren; Rodríguez T., Jorge. (2000). Satisfacción usuaria en embarazadas de bajo riesgo atendidas bajo dos modalidades durante el trabajo de parto. Rev. chil. salud pública, Volumen 4 (2/3), 87-94.

23. Chang, Mei-Yueh, Chen, Chung-Hey, Huang, Kuo-Feng . (2008). "Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy". Journal of Clinical Nursing, Volumen 17, 2580–2587.
  
24. Federico Gabriel, Mt. Ronco Margarita, Woldman Brenda. (2009). LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA EN LA MUSICOTERAPIA FOCAL OBSTÉTRICA. Diciembre 2011, de XII Congreso Mundial de Musicoterapia, Buenos Aires , Argentina Sitio web: <http://www.gabrielfederico.com/papers/argentina2008.pdf>
  
25. Díaz, Ingrid. (2010). IMPLEMENTACIÓN DE UN TALLER DE MUSICOTERAPIA PARA GESTANTES ADOLESCENTES. Mayo 2012, de IX congreso internaciona de salud mental y derechos humanos. Universidad Popular de Madrid Sitio web: <http://www.madres.org/documentos/doc20110112114506.pdf>
  
26. Muñoz, Silvia. (2014). LA MUSICOTERAPIA EN CHILE: 1955-2014. Diciembre 2014, de Universidad de Chile Sitio web: <http://bibliotecas.uchile.cl/documentos/20150720-1018a723745.pdf>

## IX. ANEXOS

### 9.1 ANEXO No. 1

#### **BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS**

##### **Ficha Musicoterapia**

###### Datos generales

1. Nombre del paciente
2. Afiliación
3. Edad:
4. Estado civil:
5. Ocupación:

###### Datos del embarazo

1. Edad gestacional del ingreso:
  - Fecha de ultima regla
  - ultrasonido
2. Motivo de consulta
3. Dilatación del ingreso
4. Gestas:
5. Partos:
6. Utilización de oxitócicos
  - Oxitocina
  - Dinoprostonas
  - Ninguno
7. Uso de analgesia
  - Si
  - no
8. Hora de ingreso a labor y partos
9. Hora de dilatación completa
10. Hora de nacimiento

## 9.1 ANEXO No. 2

### LISTADO DE MUSICA

1. **Johann Sebastian BACH (1685-1750)-Pasión según San Mateo (BWV. 244)**
2. **Ludwig van BEETHOVEN (1770-1827) - Sinfonía No. 9 “Coral” (Op. 125):** Una de las grandes obras de la Humanidad. Obra gigante tanto por sus dimensiones como por su contenido musical. El genio musical de Beethoven alcanzó su punto más alto con esta composición. Contiene la famosa “Oda a la alegría”.
3. **Wolfgang Amadeus MOZART (1756-1791) -Réquiem (K. 626):** Misa de difuntos escrita para orquesta, cantantes solistas y coro, compuesta el mismo año de su muerte. Obra de grandezas cósmicas, de gran profundidad humana, sobre todo el movimiento “Lacrimosa”. La obra quedó inacabada por lo cual su alumno Franz Süssmayr la terminó.
4. **Johann Sebastian BACH (1685-1750) -El arte de la fuga (BWV 1080):** Obra inmensa en cuanto a calidad y nobleza de ideas. Se compone de 15 fugas y 4 cánones. Música que sosiega nuestro ánimo y nos habla de paraísos asequibles. Aunque está inacabada se habla de uno de los grandes monumentos musicales, demasiado elevada para este mundo.
5. **Ludwig van BEETHOVEN (1770-1827) - Sinfonía No. 5 (Op. 67):** Obra donde el compositor confirma su furia creadora, con intensidad y gran belleza. Es la obra del ta,ta,ta,taaaaaa, “La llamada del destino”.
6. **Johann Sebastian BACH (1685-1750) -Misa en Si menor (BWV 232):** Presenta musicalmente las profundidades humanas en sus dolores y arrepentimientos. El aria (Laudamus te, en La mayor) es bellísima, con motivos evidentes y floreos en el violín solista, que acompaña a la soprano II. El “Agnus Dei” es de una paz inigualable.
7. **Georg Friederich HANDEL(1685-1759) – Oratorio “El Mesías”:** Es el oratorio más interpretado y uno de los monumentos de la música sacra de todos los tiempos. Sus coros son muy populares en especial el “Aleluya” y “La trompeta sonara” como también el fragmento instrumental “Sinfonía Pastoral”.



**8. Richard WAGNER (1813-1883)– Opera “Tristán e Isolda”:** Obra trascendental en la historia de la música hasta el punto de que muchos grandes profesionales han afirmado que existe “un antes y un después del Tristán”. El “preludio y muerte por amor” es muy agradable.

**9. Johann Sebastian BACH (1685-1750) -El clave bien temperado (BWV846-893):** Obra de valor musical y didáctico perdurable llamado “El antiguo testamento de la música”. Se dice que Bach creó con esta obra un microcosmos musical. El Preludio y fuga en do mayor es espectacular y muy famoso.

**10. Ludwig van BEETHOVEN (1770-1827) – “Missa Solemnis” en Re Mayor op.123 –** Se han considerado como himnos los cinco números de esta misa. Es uno de los logros más importantes del compositor en todos los aspectos, y en todas las filas de la Música Sacra. Algunos han llegado a considerar que esta obra es la mejor Misa jamás creada, alcanzando actitudes que no se usaron nunca antes en una Misa, y abrazando sonidos que son realmente celestiales, potentes y sacratísimos. El “Gloria” es de gran espectacularidad y religiosidad.

**11. Antonio VIVALDI (1678-1741) – “Las Cuatro Estaciones” (Op. 8, RV269):** Son cuatro conciertos para violín y orquesta. Es una de las obras más queridas y conocidas de la música de todos los tiempos. Evoca sensaciones de cada una de las estaciones del año.

**12. Franz SCHUBERT(1797-1828)-Sinfonía N°8 “Inconclusa” D 759:** Está considerada como la primera sinfonía romántica. Consta de 2 movimientos por ello debe su nombre. Es una obra Exquisita, deleite para los oídos.

**13. Igor STRAVINSKY(1882-1971) - Ballet “La Consagración de la Primavera”:** Obra impactante, es disonante, violenta, gráfica y muy dramática. La obra más importante del siglo XX. Les recomiendo “la danza de los jóvenes adolescentes”. Puede que queden un poco desconcertados, pero perseveren, es muy buena música.

**14. Johann Sebastian BACH (1685-1750)– “Oratorio de Navidad” BWV 248:** Es una obra cumbre en este género. Es una jubilosa partitura en donde utilizó procedimientos que la hicieron adquirir insospechada belleza y grandiosidad. Los segmentos más notables son el N°19 y el himno “Herrscher des Himmels” (Rey de los cielos).

**15. Héctor BERLIOZ (1803-1869)– Sinfonía Fantástica (Op. 14):** Piedra angular del repertorio orquestal. Produjo una revolución estética y estableció el uso de la música programática como el género dominante en las obras orquestales románticas. La “Marcha al cadalso”, es muy atractiva.

**16. Ludwig van BEETHOVEN (1770-1827) -Sinfonía N° 3 en mi bemol mayor, opus 55(Heroica):**Obra que revolucionó la historia de la música, con ella el Maestro encuentra su propia y particular manera de expresarse dando paso al Romanticismo. El 2do movimiento es una sombría marcha fúnebre de gran aflicción.

**17. Johann Sebastian BACH (1685-1750)-“Magnificat” en Re mayor BWV 243:** Es una de sus obras cumbre en su vasta y noble labor religiosa, anterior a la Pasión Según San Mateo. La aria “Quia Respexit”es una profunda plegaria para soprano. La aria “Esurientes implevit bonis” esta bañada de piedad y ternura, es diáfana y penetrante.

**18. Johann Sebastian BACH (1685-1750) -Conciertos de Brandemburgo N°1-6(BWV 1046-1051):** Es uno de los frutos más puros del estilo polifónico del artista: El N°3 posee dos movimientos grandiosos y majestuosos. Los movimientos lentos de los conciertos N°1,5 y 6 son muy expresivos. Se interpretan con mucha frecuencia.

**19. Richard WAGNER (1813-1883)– Tetralogía “ El anillo del Nibelungo”:** Esta compuesta por 4 dramas musicales las cuales son: “**El oro del Rin**”, “**Sigfrido**”, “**La Valkiria**” (Al que pertenece el fragmento más famoso “La Cabalgata de las Valkirias) y “**El crepúsculo de los dioses**”. Ejemplo perfecto de la estética vigorosa y dramática del compositor.

**20. Wolfgang Amadeus MOZART (1756-1791) – Sinfonía N°40 en Sol menor (K. 550):** Obra muy melódica, está envuelta en un aire romántico que no poseen las sinfonías anteriores. Se anticipa al romanticismo.

**21. Ludwig van BEETHOVEN (1770-1827) -Sinfonía N° 6 en fa mayor, opus 68 (Pastoral):** describe las emociones que se despiertan en el compositor al recordar escenas campestres. En ella utiliza algunas de las técnicas de lo que será la música programática, contando una historia sencilla e imitando el canto de los pájaros y los truenos.

**22. Georges BIZET (1838-1875) – Opera “Carmen”:** Es una de las operas más conocidas e interpretadas, logra capturar el ambiente musical y el folclor de España de manera muy convincente, sin que el compositor perteneciera a ese país. El “preludio” y la “Habanera” son muy célebres.

**23. Franz SCHUBERT(1797-1828) - Lieder o Canciones:** Forman todo un universo musical de esplendorosa riqueza. Los ciclos de lieder más importantes son “**El Viaje de invierno D. 911**”, “**La bella molinera D.795**”, y “**El Canto del cisne D.957**”(al cual pertenece Ständchen o Serenata). Otras canciones famosas son “Ave Maria”, “Wiegenlied (Cancion de cuna)”, “Die Forelle (La Trucha)”, “Der Erlkönig (El Rey de los alisos)”, “Seligkeit (bienaventuranza)”

**24. Claude DEBUSSY (1862-1918) – Tres esbozos sinfónicos “La Mer (El mar)”:** Poema sinfónico donde se recrean distintos estados del océano. Obra muy emocionante. Se anticipó a la música del siglo XX. “El mar: dialogo del viento y mar” es fragmento más emocionante.

**25. Johann Sebastian BACH (1685-1750) -Suite para orquesta N°2 en Si mayor BWV. 1067 y N°3 en Re mayor BWV 1068:** La suite N°2 posee movimientos muy famosos como el rondo, minuet y badinerie, la N°3 posee el movimiento “Air” Pasaje de una tremenda intensidad, con un sonido puro y aéreo del conjunto de cuerdas. Es espectacular.

**26. Johannes BRAHMS (1833-1897) – Sinfonía N° 1 en do menor, opus 68-** Es un trabajo lleno de ardor y tenaz aplicación. En esta Sinfonía es donde se manifiesta mas abiertamente la afinidad de Brahms con Beethoven. El propio compositor consideraba que los movimientos (Sobre todo los mov. N°2 y N°3) eran demasiado bellos para una Sinfonía, siendo más propios para una serenata.

**27. Johann Sebastian BACH (1685-1750) - Concierto para 2 Violines (BWV1043):** Obra grandiosa, donde explora intrincadas líneas melódicas. El movimiento lento es muy lírico y conocido.

**28. Ludwig van BEETHOVEN (1770-1827) -Concierto para violín y orquesta en Re mayor, opus. 61:** Fue el único concierto para violín escrito por Beethoven y es uno de los más interpretados. El tercer movimiento “Allegro” es muy melódico y conocido

**29. Cesar FRANCK (1822-90) - Sinfonía en Re menor:** se encuentra entre las más famosas del género y ha servido de modelo para numerosas obras sinfónicas. Consta de

tres tiempos, cada uno está formado por dos partes simétricas enlazadas. En lugar de superponer estas partes, se suceden una a la otra, asegurando solidaridad y unión entre ellas.

**30. Giuseppe VERDI (1813-1901) – Opera “Aída”:** Opera encargada para la inauguración del Canal de Suez. Sus segmentos más populares son "Marcha Triunfal y Coro" del Acto II.

**31. Giovanni Pierluigi da PALESTRINA (c.1525-1594) - Misa del Papa Marcelo:** Fue dedicada a este pontífice en 1565, considerada como la mejor entre las maravillosas producciones palestrinianas. Escrita a seis voces establece la alianza más sólida y profunda entre el texto latino y las líneas del tejido polifónico. Aquí la pasividad del sentimiento es compatible con una apasionada intensidad lírica. Les recomiendo el “Credo” y el “Kyrie”

**32. Modest MÚSORGSKI (1839-1881) - Opera “Boris Godunov”:** Monumental obra, presenta un tratamiento de los coros muy original desde el punto de vista musical y dramático y ha sido muy admirada por su enfoque psicológico y su evocación del pueblo ruso.

**33. Johannes BRAHMS (1833-1897) – Réquiem Alemán -** La obra está dividida en siete partes, se centra más en el dolor y los lamentos de aquellos cuyos seres queridos se han ido, que en la reacción entre el destino y la muerte. El aria “Denn alles fleisch exist wie gras” es impactante.

**34. Wolfgang Amadeus MOZART (1756-1791) – Opera “La Flauta Mágica”:** Obra de carácter iniciático, está así mismo fuertemente impregnada de los ideales y del simbolismo de la francmasonería. Las arias más famosas son: el Aria de la Reina de la noche “Der Holle Rache”, “Pa, pa, pa, pa” y “O zittre nicht”

**35. Pyotr Ilyich TCHAIKOVSKY (1840-1893) - Sinfonía N°6 en Mi menor op. 74 “Patética”:** Es la obra más personal y profundamente sentida que haya podido escribir el autor. El cuarto movimiento es el más atormentado, de hecho este se llama “Adagio lamentoso”.

**36. Claude DEBUSSY (1862-1918) – Ballet “Preludio a la siesta de un fauno”-** Música sensual, soñadora y vaga, basado en un poema de Mallarmé. Claro ejemplo del

impresionismo musical. En esta obra el compositor hizo caso omiso a las formas tradicionales y logro efectos sonoros sorprendentes.

**37. Franz SCHUBERT (1797-1828) - Sinfonía N°9 “La Grande” en Do Mayor, D. 944:** Contiene 5 movimientos. Se ha afirmado que **La Grande** condensa una "florecente vida romántica" y sorprende por su "paraíso de pura carpintería musical" y se lanza al futuro anunciando su modernidad.

**38. Giuseppe VERDI (1813-1901) – Opera “La Traviata”:** Una de las operas más conocida y populares, canto a la belleza femenina, la hospitalidad, el amor. El “Brindis” es especialmente popular.

**39. Antonio VIVALDI (1678-1741) – L’Estro Armonico (La inspiración armónica) Op. 3 (RV. 549,578,310,550,519, 356,567,522,230,580,565, 265 ):** Consta de cuatro grupos idénticos de 3 conciertos también idénticos, algunos de ellos tiene al violonchelo como instrumento solista. Bach transcribió 6 de los 12 conciertos. Obras de gran inspiración, pero completamente armonizadas. El concierto N°6 RV 356, es uno de los mas famosos.

**40. Franz SCHUBERT(1797-1828)-Quinteto para piano “La Trucha” op. 114 :** Música de cámara divertida. Posee cinco movimientos, de los cuales el cuarto son variaciones basadas en la canción “la trucha”.

**41. Modest MÚSORGSKI (1839-1881) - Cuadros en una exposición:** Suite para piano, orquestada por varios compositores, que posee ya todo el mágico colorismo ruso. Obra que refleja lo visto -o imaginado- en la exposición que su admirado Vladimir Stasov ideó para recordar la obra de un amigo de ambos, Viktor Hartmann. Contiene la majestuosa “Puerta Grande de Kiev”. Es excelente.

**42. Giuseppe VERDI(1813-1901) – Misa de Réquiem:** Es su obra no operística más importante, y una de las grandes obras del genero. Se ha considerado como demasiado humana, demasiado viva dotada de un sentimiento excesivamente dramático. El “Dies Irae” y El “Recordare” son obras impactantes.

**43. Wolfgang Amadeus MOZART (1756-1791) - Eine Kleine Nachtmusik (Pequeña Serenata Nocturna) (K.525):** Esta es la prueba de la naturalidad, pureza y espontaneidad

de la música de este compositor. Esta obra es de una gran facilidad melódica y desbordante romanticismo.

**44. Georg Friederich HANDEL(1685-1759) - Música Acuática:** Música entretenida, con algunas pasajes sentimentales. Handel compuso esta música para un viaje fluvial del Rey Jorge I de Inglaterra por el río Támesis. La Obra es un grupo de tres inmensas suites formada por danzas con ritmos y tonalidades diferentes. Las tres suites son: Suite N°1 en Fa mayor (HWV 348), Suite N°2 en Re mayor (HWV 349), Suite N°3 en Sol mayor (HWV 350). El segmento más famoso es el “Alla Hornpipe” de la suite N°2.

**45. Richard WAGNER (1813-1883) – Opera “Parsifal”** - ópera en tres actos al que su creador Richard Wagner llamó «Festival sagrado». Esta ópera se basa en el poema épico medieval (del siglo XIII) Parzival de Wolfram von Eschenbach, sobre la vida de este caballero de la corte del Rey Arturo y su búsqueda del Santo Grial. Los pasajes mas importantes son: La Obertura, el preludio del tercer acto, la marcha fúnebre, Final del primer acto.

**46. Modest MÚSORGSKI (1839-1881) - Una noche en el monte pelado:** Poema Sinfónico, que hace descripción muy realista de un aquelarre, música muy original e influyente en el siglo XX.

**47. Wolfgang Amadeus MOZART (1756-1791) – Concierto para Piano y Orquesta N°21 en Do mayor (K. 467):** Llamada “Elvira Madigan” por la película sueca homonima que utilizó el segundo movimiento como banda sonora, obra de gran belleza, con un movimiento lento(Andante), especialmente triste. De los 27 conciertos es el mas conocido.

**48. Wolfgang Amadeus MOZART (1756-1791) – Opera “Don Giovanni (Don Juan)”:** Opera dramático-jocosa en cuatro actos, divididos en nueve cuadros. Los mejores bajos o bajos-baritones de la historia se han distinguido con este papel. Los mejores momentos son: La Obertura, el aria “Madamina ó aria de catalogo”, “La ci darem lamano”, “mi tradi”, “Lasciala, indegno”, “Ah soccorso”, “Don Giovanni, a cenar teco”

**49. Claudio MONTEVERDI (1567-1643)– Opera “Orfeo” :** Se considera la primera Opera de la historia, que pretendía recrear las glorias de la antigua Grecia. Esta compuesta por cinco actos. Les recomiendo escuchar la Tocata.

**50. Pyotr Ilyich TCHAIKOVSKY (1840-1893) - El Lago de los Cisnes (Op. 20):** Uno de los mejores ballets de todos los tiempos, la primera escena incluye una de las melodías más celebres del compositor, de arrebatador lirismo. También es muy popular su vals.

**51. Ludwig van BEETHOVEN (1770-1827) -Concierto para piano N°5 en Mi bemol mayor Op. 73 “El Emperador”:** Compuesto en 1809, representa la augusta plenitud, es uno de los más importantes conciertos para piano y figura entre los que más interés despierta. El segundo movimiento “Adagio, un poco moto” es de una emoción muy profunda.

**52. Carl ORFF (1895-1982) - Cantata escénica "Carmina Burana":** Utiliza textos profanos latinos del manuscrito del mismo nombre, se basa en canciones de juego, bebida y amor. “O fortuna”, segmento con el que inicia la obra es arrollador y muy popular.

**53. Felix MENDELSSOHN (1809-1847) - Concierto para violín, en Mi menor, op. 64:** Fue compuesto en plena madurez compositiva, El primer movimiento (Allegro molto appassionato) es de gran carga emocional

**54. Pyotr Ilyich TCHAIKOVSKY (1840-1893) - Concierto para Piano N°1 en Si bemol menor Op. 23:**Famoso por su dramático primer movimiento y por el hábil uso de melodías tradicionales, se ha convertido en uno de los conciertos para piano interpretados con mayor frecuencia.

**55. Gioacchino ROSSINI (1792-1868) – Opera “El Barbero de Sevilla”:** Opera cómica, muy popular dentro de este género, sobre todo su obertura y el aria “Largo al Factotum”.

### 9.1 ANEXO No. 3.

#### CONSENTIMIENTO/ ASENTIMIENTO INFORMADO

“Musicoterapia y evolución del 2do periodo del trabajo de parto. Estudio transversal de casos y controles en pacientes hospital de gineco-obstetricia, en el periodo de Mayo – Octubre de 2013”.

Usted ha sido invitada a participar en una investigación de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, San Carlos de Guatemala, Post-grado de Ginecología-Obstetricia. El propósito de este estudio es conocer la influencia que tiene la música en el trabajo de parto. Se pide únicamente que escuche una serie de música instrumental durante el trabajo de parto. Durante el estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, Su decisión de estudio es completamente voluntaria, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la carta de consentimiento informado que forma parte de este documento.

Yo, \_\_\_\_\_

Núm. AFILIACION \_\_\_\_\_

he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma \_\_\_\_\_



## **PERMISO DEL AUTOR**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "MUSICOTERAPIA Y EVOLUCION DEL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO" Para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.