

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE ENFERMERIA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN CENTRO
QUIRURGICO**



EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA Y SOPORTE EMOCIONAL, EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE 18 A 45 AÑOS EN EL HOSPITAL “HERMILIO VALDIZAN” – HUÁNUCO, 2014.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO

INVESTIGADORAS: Lic. Enf. Aliaga Rojas, Gloria

Lic. Enf. Lezameta Patricio, Edith Gloria

Lic. Enf. Quispe Bullón, Haydee Yossi

HUÁNUCO – PERÚ

2016

EFFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA Y SOPORTE EMOCIONAL, EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE 18 A 45 AÑOS EN EL HOSPITAL “HERMILIO VALDIZAN” – HUÁNUCO, 2014.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán “, por brindarnos la oportunidad de hacer realidad nuestro anhelado sueño.

A nuestra Asesora, por su apoyo incondicional en el proceso de la investigación.

A los pacientes de Cirugía programada, intervenidos en el Quirófano del Hospital “Hermilio Valdizán” de Huánuco, por su tiempo y vivencias.

A todos nuestros profesores de la Segunda Especialización de Centro Quirúrgico, quienes nos enseñaron y guiaron con sus conocimientos y experiencias por este camino nuevo que tenemos que recorrer.

Para terminar expresamos nuestra sincera gratitud a todas aquellas personas que con su valiosa y desinteresada colaboración facilitaron al desarrollo del presente trabajo de investigación, de lo que modestamente estamos seguras que innovarán nuevos trabajos con este precedente.

Las autoras

DEDICATORIA

A Dios, Todo Poderoso que siempre nos ayuda.

A nuestros padres, que nos motivan siempre a seguir adelante.

A nuestros amigos y amigas que nos apoyan a mejorar.

A nuestros docentes que nos educan para hacer realidad nuestro sueño de ser especialistas.

Y finalmente a nuestros seres más preciados, nuestros hijos.

Gloria, Edith y Yossi

RESUMEN

Objetivo: Demostrar la efectividad entre la musicoterapia por sobre el soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada. **Métodos:** El tipo de investigación fue una Cuasi Experimental con dos grupos, de diseño comparativo, deductivo, prospectivo y longitudinal, con 170 pacientes programados para intervención quirúrgica, seleccionados aleatoriamente. La relación se analizó mediante **un contraste con la prueba de** Kolmogorov-Smirnov, y el inventario STAI para un nivel de confianza del 95% y $p \leq 0,05$, bajo el contraste de Levene. **Conclusiones:** Al identificar características principales en la aplicación de la musicoterapia durante el Cuidado Enfermero, se apreció que solo en el grupo experimento, en su mayoría tuvieron preferencia por la música instrumental [60,0% (102)]; a una tolerancia de 60 decibelios [70,0% (119)]; por un periodo de hasta 30 minutos [62,9% (107)]. Al evaluar los niveles de ansiedad, evidenciamos que, en el grupo experimental, antes de aplicar la musicoterapia, los niveles de ansiedad eran Leve [39,4% (67)], Moderado [34,1% (58)], y Severo [12,4% (21)]; modificándose después de la aplicación de la música terapia a Leve [48,2% (82)], Moderado [34,1% (58)], y severo [2,9% (5)]; es decir disminuye la ansiedad de nivel severo y se incrementa el de nivel leve. Cosa contraria ocurre con el grupo control, donde los niveles de ansiedad se mantienen constantes antes y después de la aplicación del soporte emocional. **Resultados:** todas las distribuciones fueron normales (p -valor $> 0,050$), bajo el contraste de Kolmogorov-Smirnov; dado que el objetivo del estudio fue comparar distribuciones numéricas (puntajes alcanzados en la dimensiones y el inventario STAI), empleamos un contraste estadístico paramétrico para tal fin, el usado, fue el estadístico de contraste t de Student para medidas repetidas.

Palabras claves: Musicoterapia, soporte emocional y ansiedad.

ABSTRAC

Objective: To demonstrate the effectiveness between music therapy for emotional support on the reduction of anxiety experienced by patients scheduled for surgery of 18 a 45 años en el Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014. **Methods:** The design was a comparative, deductive, prospective, longitudinal, with 170 patients scheduled for surgery randomly selected and the type of research was a quasi experimental with one group, respondents raised instruments. The relationship was analyzed by contrast with the Kolmogorov-Smirnov, and inventory STAI for a confidence level of 95% and $p \leq 0.05$, low contrast Levene. **Conclusion.** To identify key features in the application of music therapy for nursing care, It was seen only in the experiment group, most had preference for instrumental music [60,0% (102)] to a tolerance of 60 decibels [70,0% (119)]; for a period of up to 30 minutes [62,9% (107)]. In assessing anxiety levels, we show that in the experimental group before applying music therapy, Anxiety levels were Leve [39.4 % (67)], moderate [34.1 % (58)], and Severo [12.4 % (21)]; modified after application of the musician therapy Mild [48.2% (82)], moderate [34.1% (58)], and severe [2.9% (5)]; ie severe decreases anxiety and increases the level of mild level. Opposite thing happens with the control, where anxiety levels remain constant before and after the application of emotional support group. **Results:** all distributions were normal ($p\text{-value} > 0.050$) under the Kolmogorov-Smirnov; and given that the aim of the study was to compare numerical distributions (scores achieved on the size and inventory STAI), we use a parametric statistical test for this purpose used, was the statistic t-test for repeated measures.

Keywords: Music Therapy, anxiety and emotional support.

INDICE GENERAL DEL CONTENIDO

	Pág.
CAPÍTULO I	
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Descripción del problema.....	17
1.2. Formulación del problema.....	20
CAPÍTULO II	
2. ASPECTOS CIENTIFICOS DEL PROBLEMA	
2.1 Objetivos General y Específicos de la Investigación	21
2.2. Hipótesis o Sistema de Hipótesis.....	22
2.3. Variables.....	23
2.4. Operacionalización de variables.....	24
2.5. Justificación e Importancia.....	20
2.6. Propósito.	21
2.7. Definición de Términos Operacionales.....	24
CAPÍTULO III	
3. MARCO TEÓRICO.	
3.1. Antecedentes	29
3.2. Bases teóricas	31
3.2.1. Teoría de los efectos terapéuticos de la Música	32
3.2.2. El Cerebro y la Música.....	33
3.2.3. La Teoría de la Repercusión Fisiológica de la Música	35
3.3. Bases conceptuales:	
3.3.1. Musicoterapia	36
3.3.2 Estructuras Cerebrales involucradas en el Procesamiento de la Música.....	38
3.3.3. Los efectos de la música en la conducta.....	39
3.3.4. Musicoterapia en la práctica médica.....	41
3.3.5. Musicoterapia y ansiedad preoperatoria.....	42
3.3.6. Musicoterapia medico quirúrgica.....	42

CAPÍTULO IV

ASPECTOS METODOLÓGICOS.

4.1. Ámbito de estudio	43
4.2. Tipo de estudio.....	43
4.3. Diseño de estudio.....	44
4.4. Método de estudio.....	45
4.5. Población.....	45
4.6. Muestra y Muestreo.....	45
4.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	46
4.8. Validez y Confiabilidad de los instrumentos.....	41
4.9. Procesamiento de Recolección de Datos.....	48
4.10. Aspectos Éticos.....	48
4.11. Elaboración de Datos.....	49
4.12. Análisis e Interpretación de datos.....	50
4.13. Análisis Inferencial.....	50

CAPÍTULO V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Resultados Descriptivos.....	53
5.2. Comprobación de hipótesis.....	72
5.3. Discusión de Resultados	91
Conclusiones.....	98
Sugerencias.....	99
Referencias Bibliográficas.....	101
Anexos.....	106

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Criterio de conformación de grupos de estudio, según la aplicación del soporte emocional o musicoterapia en pacientes de cirugía programada; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	53
Tabla 2.	Características generales de los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	54
Tabla 3.	Características sobre la cirugía realizada en los pacientes programados, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	60
Tabla 4.	Valoración del nivel cognitivo – subjetivo en la aplicación del apoyo emocional a los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	51
Tabla 5	Valoración del nivel fisiológico en la aplicación del apoyo emocional a los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	66
Tabla 6	Valoración del nivel motor en la aplicación del apoyo emocional a los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	69
Tabla 7	Valoración de las características en la aplicación de la musicoterapia a los pacientes de cirugía programada,	71

según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio
Valdizán - Huánuco 2014.....

Tabla 8 Descripción de los Niveles de ansiedad presentados en los pacientes
de cirugía programada, según grupos y 73 momentos del estudio;
Hospital Regional Hermilio Valdizán
- Huánuco 2014.....

Tabla 9 Pruebas de normalidad para las distribuciones de contraste evaluadas
en los pacientes de cirugía programada, según 74 grupos y
momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán -
Huánuco 2014.....

Tabla 10 Pruebas de homogeneidad para las distribuciones de
contraste evaluadas en los pacientes de cirugía
programada, según grupos y momentos del estudio; 76
Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....

Tabla 11 Evaluación de la ansiedad estado expresada por los
pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos
del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán 77
- Huánuco 2014.....

Tabla 12 Comparación de medias en la ansiedad estado expresada por
los pacientes de cirugía programada, según grupos y
momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán 78 -
Huánuco 2014.....

Tabla 13 Evaluación de la ansiedad rasgo expresada por los
pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos
del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán 80
- Huánuco 2014.....

Tabla 14	Comparación de medias en la ansiedad rasgo expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán 81 - Huánuco 2014.....	
Tabla 15	Evaluación de la ansiedad expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.	83
Tabla 16	Comparación de medias en la ansiedad expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	84

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Descripción de la edad de los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	56
Figura 2.	Representación gráfica del género en los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014...	57
Figura 3.	Representación gráfica de la creencia religiosa en los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	59
Figura 4.	Representación gráfica del grado de conocimiento de los pacientes de cirugía programada sobre el tiempo de duración de la intervención, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	61
Figura 5.	Representación gráfica del grado de comprensión de los pacientes de cirugía programada sobre la información recibida, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	62
Figura 6	Representación gráfica de la preocupación expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	65
Figura 7	Representación gráfica de la sensación de sequedad bucal por los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	68

Figura 8	Representación gráfica de la impaciencia expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	70
Figura 9	Representación gráfica de la tolerancia al volumen (en decibeles) soportada por los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	72
Figura 10	Líneas para comparar la ansiedad estado en los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	78
Figura 11	Líneas para comparar la ansiedad rasgo en los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	84
Figura 12	Líneas para comparar la ansiedad en los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.....	85

INDICE DE ANEXOS

	Pág
Anexo 1. Cuestionario para el paciente	107
Anexo 2. Guía de Observación Evaluativa sobre el Apoyo Emocional del Enfermero	109
Anexo 3. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.....	111
Anexo 4. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STATE – TRAIT ANXIETY INVENTORY, STAI).....	114

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La ansiedad es un problema que se presenta en la mayoría, por no decir en todos los casos de cirugía, puesto que siempre existe expectación sobre los resultados y temor previo ingreso a Sala de operaciones.

Escarnilla Rocha¹ refiere que a pesar de los avances en la medicina y las técnicas quirúrgicas, la cirugía representa indudablemente un evento estresante para muchos, alrededor de la cual existen preocupaciones sobre la muerte, dependencia física, no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, recuperación, separación con la familia, situación económica y laboral y hospitalización entre otros.

Ante todos estos interrogantes, pueden surgir varias respuestas emocionales; ansiedad, estrés, depresión, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias haciendo más lenta y complicada la recuperación postoperatoria. En este sentido, el sufrimiento psicológico y la ansiedad preoperatoria pueden retrasar la recuperación². Las intervenciones quirúrgicas, aunque pueden representar un alivio, también están cargadas de ansiedad y constituyen una fuente de estrés psicológico para el paciente, porque lo obliga a enfrentar situaciones desconocidas, que implican ciertos riesgos de vida.

Florence Nightingale, una de las enfermeras de referencia para nuestra manera de entender la Enfermería de nuestros tiempos, reconoció el efecto beneficioso de la música y la utilizó como parte de los cuidados que prestó a los soldados en la guerra de Crimea.³ Ella describe cómo las enfermeras usaban la voz y la melodía con flautas para provocar efectos beneficiosos en los soldados con dolor. Según su modelo basado en el entorno, la enfermera debe controlar el mismo, para que éste sea favorable y adecuado para promover la salud y curación del paciente.

La música puede ser una herramienta para las enfermeras. La “terapia musical” es una de las intervenciones descritas en la Clasificación de

Intervenciones de Enfermería donde queda definida como la utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico en el ámbito fisiológico, emocional y conductual.⁴

Cabe destacar, que el desarrollo de la enfermería como profesión en las últimas décadas está estrechamente relacionado con un cambio radical respecto al papel que debería desempeñar. Desde los postulados que presentaban a las enfermeras (os) como meros ayudantes de otros profesionales más cualificados (médicos) hasta la actualidad, se ha producido un viraje en el enfoque de esta profesión.

Por consiguiente, Enfermería representa la humanización en su relación con la satisfacción del paciente que ingresa al área quirúrgica, a través del contacto directo con ellos. Probablemente, una atención humanizada es el primer paso para alcanzar el éxito y la calidad asistencial en los servicios de salud.⁵

A modo de resumen y como expresa Colliere, el cuidado es indivisible; cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones indivisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación.⁶

La musicoterapia es el manejo de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

Según bibliografía consultada para la National Association for Music Therapy (NAMT), la musicoterapia es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental.⁷

Siguiendo la clasificación de intervenciones de enfermería (Nursing Interventions Classification, NIC), una intervención es “cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para aumentar los resultados del paciente”. La NIC establece como intervención de enfermería la terapia musical y la define como la “utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o a nivel fisiológico”. Aun no existe ninguna teoría que afirme que la musicoterapia es mejor que el apoyo emocional o viceversa, pero lo que se consiguió en trabajos separados es que ambas tienen efectos benéficos en el estado del paciente preoperatorio

El presente estudio pretende demostrar la efectividad entre musicoterapia y soporte emocional, para disminuir la ansiedad en los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años en el Hospital Hermilio Valdizán - de la ciudad de Huánuco; finalmente con los resultados incidir en la práctica del ejercicio profesional en salud.

1.1 Formulación del problema

Problema general:

¿Cuál será la efectividad entre la musicoterapia por sobre el soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años en el Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014?

Problemas específicos:

¿Cuál será la efectividad entre la musicoterapia por sobre el Soporte Emocional en la dimensión de los niveles: cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014?

¿Cuál será la efectividad entre la musicoterapia por sobre el Soporte Emocional en la dimensión Musicoterapia para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014?

¿Cuál será la efectividad entre la musicoterapia por sobre el Soporte Emocional en la dimensión nivel de ansiedad antes y después, para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014?

CAPITULO II

2. ASPECTOS CIENTIFICOS DEL PROBLEMA

2.1 Objetivos General y Específicos de la Investigación Objetivo General

Demostrar la efectividad entre la musicoterapia por sobre el soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años en el Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014

Objetivos Específicos:

- Demostrar la efectividad entre la musicoterapia por sobre el Soporte Emocional en la dimensión de los niveles: cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014?
- Demostrar la efectividad entre la musicoterapia por sobre el Soporte Emocional en la dimensión Musicoterapia para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014?
- Demostrar la efectividad entre la musicoterapia por sobre el Soporte Emocional en la dimensión nivel de ansiedad antes y después, para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía

programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014?

2.2 Hipótesis o Sistema de

Hipótesis Hipótesis General

Ho: La musicoterapia no es efectiva para disminuir la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años en el Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Hi: La musicoterapia es efectiva para disminuir la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años en el Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Hipótesis Específicas

Ha₁ : La musicoterapia, es efectiva en la dimensión de los niveles: cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Ho₁ : La musicoterapia, no es efectiva la dimensión de los niveles: cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Ha₂ : La musicoterapia, es efectiva en la dimensión Musicoterapia para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Ho₂ : La musicoterapia, no es efectiva en la dimensión Musicoterapia para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Ha₃ : La musicoterapia, es efectiva, en la dimensión nivel de ansiedad antes y después, para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes

de cirugía programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Ho₃ : La musicoterapia, no es efectiva en la dimensión nivel de ansiedad antes y después, para la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años del Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

OBJETIVO ESTADÍSTICO: Comparativo, Contraste estadístico de diferencia a dos colas

- **Ho: A = B**
- **Ha: A ≠ B**

Donde:

A: Grupo experimental (aplicación de musicoterapia)

B: Grupo control (aplicación del soporte emocional)

2.3 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Ansiedad que presentan los pacientes en cirugía programada

VARIABLE INDEPENDIENTE

Aplicación de musicoterapia y soporte emocional

VARIABLES DE CARACTERIZACION:

- Edad
- Sexo
- Cirugía previa
- Tipo de cirugía

2.4 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE				
Ansiedad que presentan los pacientes en cirugía programada	Identificación y valoración de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada	Cuantitativa	Valores de la Escala STAI	De Razón, Discreta
		Cuantitativa	Severo = 97 a 120 puntos Moderado = 61 a 90 puntos Leve = 31 a 60 puntos. Ausente = 0 a 30 puntos	Ordinal politómica
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Aplicación de la Musicoterapia y soporte emocional	Aplicación de Musicoterapia (Grupo experimental) Aplicación del Soporte Emocional Clásico (Grupo Control Positivo)	Cualitativa	Efectivo No Efectivo	Nominal dicotómico
VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN				
Datos previos	Edad en años	Numérica	Media, Mediana, D.E	De razón discreta

	Sexo	Cualitativa	Nº, %	Nominal dicotómica
	Cirugía previa	Cualitativa	Nº, %	Nominal dicotómica
	Tipo de cirugía	Cualitativa	Nº, %	Nominal dicotómica

2.5 Justificación e Importancia

El área emocional de un paciente quirúrgico lo podemos entender desde los tres aspectos que entran en relación:

- Los cirujanos, quienes conciben que su actividad dentro de la medicina, es un arte, siendo su escenario el cuerpo del paciente.
- El paciente por ser un humano, es inteligente y libre, corporal, social y espiritual; no es solamente un mecanismo biológico, compuesto de tejidos, órganos y sistemas.
- La enfermedad como entidad que altera íntegramente a la persona que la padece⁸
- Ante una operación son muchos los pacientes que se preguntan si no despertará o si se les detectará una enfermedad incurable. Y no sólo hay sufrimiento psicológico: distintas investigaciones revelan que el estrés preoperatorio retrasa la recuperación.⁹

Teórica:

La ansiedad representa una de las enfermedades del siglo XXI, que afecta a millones de trabajadores de salud en el mundo, siendo Perú uno de los países afectados. Las investigaciones relativas al estrés laboral de los profesionales de enfermería determinan la disminución de las altas tasas del estrés, aplicándose las diferentes técnicas de medicina tradicional, como la cromoterapia.

Práctica:

El profesional de Enfermería, como miembro del equipo multidisciplinario de salud, tiene que enfrentar diversas situaciones laborales que influyen en su equilibrio físico y mental.

Las investigaciones relativas a la ansiedad en los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente determinan la disminución de las altas tasas de la ansiedad, aplicando las diferentes técnicas de medicina tradicional, como la musicoterapia.

Social:

La ansiedad es una reacción compleja de la persona frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos, o en muchos casos percibidos como cargados de peligro. La cirugía es percibida como agente estresor importante, si estas dos situaciones las unimos nos encontramos ante un problema que debemos solucionar y que podemos resolver desde una perspectiva biopsicosocial¹⁰

2.6 Propósito

El presente estudio se realizará con el objetivo de demostrar la efectividad entre la musicoterapia y soporte emocional, a través de la reducción de los síntomas que genera la ansiedad preoperatoria, permitiendo que el paciente retorne a un nivel de equilibrio emocional. El apoyo emocional que se brinda al paciente preoperatorio, los ayudará a absolver sus interrogantes, por lo que disminuirá la ansiedad, el estrés y la depresión frente a esta situación de salud, además tendrá una efectiva influencia en la recuperación postoperatoria.

2.7 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

ANSIEDAD: Este concepto tiene su origen en el término latino *anxietas*. Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Para la medicina, la ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente.

EFFECTIVIDAD: La efectividad es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado. Es la combinación de eficacia y eficiencia; es realizar una

tarea correctamente aprovechando los recursos. En cambio, eficiencia es la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos posibles viable.

APOYO AL PACIENTE: Clasificación de intervenciones de enfermería definida como la provisión de la información imprescindible, defensa y apoyo para facilitar asistencia al paciente de atención primaria por algún otro distinto del profesional sanitario asistencial.

MUSICOTERAPIA: La musicoterapia es el manejo de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.

CIRUGÍA: Se denomina cirugía (del griego *χείρ jeir* “mano” y *ἔργον érgon* “trabajo”, de donde *χειρουργεία jeirourgéia* “trabajo manual”) a la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.

CAPITULO III

3. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Antecedentes Mundiales

En España, Aparicio Jordá ¹¹ et al del Hospital de la Molina de Segura, Universidad de Murcia realizaron una investigación titulada: ¿Cómo Influye la Musicoterapia en la Ansiedad del Paciente Médico-Quirúrgico sometido a una Operación en el Postoperatorio Inmediato?. Estudio descriptivo, cualitativo y concurrente, en que se toma una muestra aleatoria de 50 pacientes, los cuales son sometidos a un Pre-test (test de STAI RASGO) a su ingreso en la unidad hospitalaria. Esta encuesta de 21 items nos mide el tipo de personalidad más o menos ansiosa, así como sus preferencias musicales. Una vez intervenidos, en la sala de reanimación se les proporciona un ambiente tranquilo, donde a 25 de estos pacientes se les somete a terapia musical, como una parte de los cuidados de enfermería. A posteriori, tanto el grupo de control como el experimental (50% pacientes) se les pasó un post-test (test de STAI ESTADO) encuesta de 20 items que nos determina el nivel de ansiedad en ese momento concreto y si la música ha servido como elemento distractor y relajante al grupo a estudio respecto al grupo control. Como resultados aplicaron una T de Student y se encontraron diferencias significativas en base al sexo en la ansiedad rasgo ($T=2,49$; $p=0,016$) a favor de las mujeres, es decir, ante una operación quirúrgica, ellas se encuentran más ansiosas.

Considerando la terapia musical se dividió la muestra en dos grupos:

- 1º ansiedad rasgo alta (Percentil >75)
- 2º ansiedad rasgo baja (Percentil <75)

Al comparar ambos grupos se encontraron a su vez diferencias significativas; el grupo 1º presentó puntuaciones más altas que el grupo 2º ($T=2,27$; $p<0,028$).

Se comparan las medias de ansiedad rasgo alta y baja de los que habían recibido musicoterapia con los que no la habían recibido, no hallándose diferencia.

Los resultados al aplicar una ANOVA fueron ($F=4,78$; $p=0,013$). Tenían menos ansiedad estado los pacientes sometidos a musicoterapia, independientemente del tipo de anestesia. Por último comparando el tipo de anestesia y el sexo hallamos diferencias significativas ($F=5,30$; $p=0,008$) en ansiedad estado, siendo más ansiosas

las mujeres. Concluyeron, que las mujeres presentan un mayor nivel de ansiedad que los hombres, tanto antes como después de la intervención, con o sin musicoterapia. No relacionado el tipo de personalidad (más o menos ansiosa) para que la terapia musical sea efectiva. Dependiendo del tipo de anestesia recibida el nivel de ansiedad va en aumento, siendo mayor en anestesia general y raquídea y disminuyendo de forma importante en anestesia local; no obstante, al recibir musicoterapia la ansiedad del paciente disminuye notablemente sea cual sea el tipo de anestesia recibida, corroborándose nuestra hipótesis, siendo las diferencias menos importantes en anestesia raquídea.

En Madrid, Gigante Pérez, Crispín¹², realizó un trabajo de investigación titulado: “Efectos de la Musicoterapia receptiva sobre la ansiedad y el estrés (cortisol) en una población joven universitaria”. El que tuvo como objetivo Determinar los cambios fisiológicos, emocionales y conductuales experimentados en jóvenes universitarios sanos después de la audición de dos músicas específicas muy diferentes. •

Profundizar en el conocimiento de la música como instrumento del cuidado para población joven sana. • Conocer respuestas relevantes que provocan estas músicas para poder utilizarlas de manera saludable con base científica. Igualmente se estudia la influencia de los estímulos musicales sobre el cortisol, entendido éste como un estimador objetivo bioquímico del estrés. Los trabajos revisados observan un paralelismo importante entre la ansiedad y el cortisol, medidos ambos antes y después del estímulo musical. El cortisol ha sido determinado en estos trabajos en saliva y plasma. En el presente estudio, el cortisol se midió en plasma en los momentos pre y post audición, al que se añadió una determinación más a los 30 minutos de la finalización de la audición de cada uno de los archivos musicales, para estudiar su evolución y se le ha denominado post-1. Al finalizar cada uno de los archivos musicales se recogió la información de la muestra en cuanto a cómo fue percibido este estímulo musical. Se preguntó sobre si se ha sentido relajada, tranquila, activada, estimulada, si le ha gustado o no le ha gustado la música, etc. Además, en este estudio, la muestra ha sido dividida aleatoriamente en dos generando dos experiencias (E1 y E2), en las que se han escuchado los estímulos musicales en diferente orden. En la E1, primero se escuchó la música 1 (relajante), y después, la música 2 (estimulante), y al contrario en la E2. Este diseño balanceado permite la posibilidad de comprobar, si los estímulos musicales generan la misma respuesta

cuando son escuchados en diferente momento. Igualmente, permite saber cuál es el efecto real de la audición y cual es debido al efecto circadiano sobre todo en la determinación relacionada con el cortisol.

Los resultados concluyen con una significación del 95% sobre la AE respecto de las características de la música (Wilcoxon Two-Sample test, t approximation two-Sided $P > Z 0.0001$ y Kruskal-Wallis test $P > \text{Chi-Square} < .0001$), concluyendo que la música considerada relajante, disminuye significativamente la AE y la estimulante, aumenta significativamente la AE. El cortisol presenta una significación del 90% respecto de las características musicales (Wilcoxon Two-Sample test, t approximation Two-Sided $P > Z 0.0757$) y Kruskal-Wallis test $P > \text{Chi-Square} (0.0696)$, comprobado también mediante ANOVA versus momento-música, determinando que no existe una interrelación significativa (0,9959). Sin embargo, el cortisol presenta una significación del 95% respecto del tiempo, dependiendo de la franja horaria en la que ha sido determinado (Wilcoxon Two-Sample test, t approximation One-Sided $P < Z 0.0378$), y comprobado también mediante ANOVA cortisol-momento (0,0003). Estos resultados confirman la necesidad de tener en cuenta el efecto circadiano tan importante en esta hormona.

El presente trabajo de investigación presenta aproximación al trabajo que venimos desarrollando el que nos ha permitido mejorar el marco teórico del estudio y establecer parámetros para la prueba estadística de comprobación de hipótesis.

En Barcelona, Serra Vila, Mireia¹³ (2012), realizó un trabajo de investigación titulado: “Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo”. Con una muestra de 96 mujeres con cáncer, fue un estudio prospectivo, con grupo control y experimental, sin aleatorización teniendo como variable independiente la música, con un diseño simple de pre-post test y otro de evaluación en el momento basal y en el 4º ciclo de quimioterapia. La designación a un grupo u otro se hizo de manera consecutiva, por cuestiones de contaminación y evitación de sesgo. Primero se llevó a cabo el grupo experimental y después, el control. Los resultados de nuestra investigación constatan una reducción significativa de la sintomatología depresiva con la musicoterapia en relación al grupo control. Hay una tendencia doble: por un lado, el grupo control aumenta su sintomatología depresiva a

medida que pasan los ciclos (la media pasa de 3.22 \square 4.53), mientras que el grupo

experimental la reduce (la media pasa de 3.64 \square 2.97). La evolución estima una diferencia significativa de empeoramiento para el grupo control en $p=0.0127$.

Antecedentes Internacionales

En Chile, Zabala Guerrero, Jineth Cristina¹⁴ (2011), realizó un trabajo de investigación titulado: “Intervención musicoterapéutica en la unidad de quimioterapia Ambulatoria Hospital J. J. Aguirre”. Su objetivo fue “disminuir la tristeza y el estado depresivo”

Como resultados obtuvo que en diferentes porcentajes hubo una disminución de los niveles de ansiedad en relación al test inicial de ansiedad que se aplicó a todas las pacientes (STAI cuestionario de ansiedad estado rasgo). Las sesiones tuvieron un efecto inmediato sobre el estado de ánimo de las pacientes, efecto que poco a poco fue impregnando su vida en cuanto a la disminución de la tensión muscular, reducción de los pensamientos negativos, la preocupación excesiva por el futuro y el aumento de la capacidad de interactuar en grupo. Facilitó la expresión emocional como el llanto y la risa de las pacientes, evocando situaciones y personas importantes en su vida. En muchos momentos se produjeron conexiones con situaciones muy significativas a nivel emocional y las expresaron musical y verbalmente.

En México, García Bermúdez, María Victoria, Díaz Cuesta, Rosa María, Romero, Jaime Littman Sevilla, Jesús Santos Sotres, y Efrén Pérez Romero, Francisco Ocaña López¹⁵, realizaron un trabajo de investigación titulado: “Efectos de la musicoterapia sobre la ansiedad generada durante la atención dental, en las mujeres embarazadas en el Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Perinatología. Su objetivo fue integrar a la música como un método viable para reducir dicho estímulo, disminuyendo la ansiedad y facilitando el manejo estomatológico. Como resultados obtuvieron lo siguiente: La liberación de catecolaminas, como son adrenalina, noradrenalina, dopamina, entre otras, generadas bajo un estrés, se traduce en un estado de ansiedad. Fue un estudio experimental donde se realizaron 4 sesiones de tratamiento odontológico con cada paciente, 2 utilizando música y 2 sin música; se monitorizaron los cambios de temperatura palmar, como un indicador validado para evaluar el flujo sanguíneo y la respuesta ante el estrés mediante termómetro eléctrico PH-78905A. A través de esta investigación se comprobó que la musicoterapia es un método efectivo para disminuir la ansiedad generada durante la atención dental.

En México, Serna-Oviedo Gabriela y Cheverría Rivera, Sofía ¹⁶ (2013), realizaron un trabajo de investigación titulado: "Musicoterapia: una alternativa de tratamiento para la ansiedad del personal de enfermería psiquiátrica. Tuvo como objetivo, determinar el efecto de la musicoterapia en niveles de ansiedad del personal de enfermería de una clínica psiquiátrica de la ciudad de San Luis. Fue un estudio analítico, pre experimental; la población fue de 9 enfermeras seleccionadas por conveniencia, el instrumento de medición fue la escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Zung y la escala visual análoga de ansiedad; el plan terapéutico fue la aplicación del método Bonny en 6 sesiones. Se midió la ansiedad antes, durante y después de la terapia. **Resultados:** el género femenino (77.8%); la edad promedio fue de 38 años y la desviación estándar de 2.9. En la medición previa, 66.7% calificó en rango normal de ansiedad, 22.2% moderada y 11.1% marcada; posterior a la terapia, 100% calificó en ansiedad normal. El promedio inicial fue 40.5 puntos (DE = 11.8) y el final de 28.1 (DE = 7.7); en el análisis de diferencias se obtuvo $t_7 = 3.58$ y $p = 0.004$. Conclusiones: La diferencia en puntos de ansiedad posterior a la terapia con música fue estadísticamente significativa, por lo que representa una alternativa en el tratamiento de ansiedad en personal de enfermería que atiende pacientes psiquiátricos.

Antecedentes Nacionales

En Perú, Contreras Rojas Eva Gisela Contreras¹⁷ (2008), realizó un trabajo de investigación titulado: "Precisando el Concepto de Apoyo Emocional en el quehacer de Enfermería. Servicio de Medicina Interna. Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Perú", sus objetivos fueron: conocer y analizar qué entiende la enfermera(o) por apoyo emocional al paciente. Conocer y analizar cómo brinda la enfermera(o) apoyo emocional al paciente y finalmente, comprender la intervención de enfermería frente a la necesidad de apoyo emocional del paciente. La población en estudio estuvo conformada por las enfermeras. Fue un estudio cualitativo, de tipo descriptivo explicativo, de nivel aplicativo, y de corte transversal. Aplicaron una entrevista semi estructurada. Este trabajo nos ha permitido aclarar que no es suficiente que la enfermera tenga la intención o haya planificado dar "apoyo emocional", es necesario una serie de acciones dirigidas al paciente y que dependerán únicamente de este y sus necesidades.

3.2 BASES TEORICAS

3.2.1. LA TEORIA DE LOS EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA MÚSICA

Hodges¹⁸ (1998) refiere que “la música actúa sobre la bioquímica de nuestro organismo, positiva o negativamente dependiendo del tipo de música”. Se ha descubierto que hay ciertas notas musicales que afectan a los aminoácidos de una proteína y como consecuencia las plantas crecen con mayor rapidez. La presión sanguínea cambia según el tipo de música, este cambio no se debe a si la música es estimulante o sedante, sino a causas personales. El ritmo cardíaco, pulso y la respiración se comporta de la siguiente manera, la música estimulante aumenta el ritmo cardíaco y el pulso, mientras que la música sedante lo disminuye. La música alegre aumenta la respiración. La respuesta galvánica de la piel depende de la emoción que como es algo que no se puede medir. Sólo se puede medir el hecho que emocione o no”.

En relación a las respuestas musculares y motoras que la música nos produce están, los movimientos peristálticos del estómago, se ha demostrado que la música sedante produce fuertes contracciones peristálticas de estómago.

El canto gregoriano, la música de Bach y la pre-romántica eran indicadas para personas que sufrían de gastritis, úlcera y dispepsias.

La música relajante tiene efectos positivos en la digestión. Se ha comprobado que la música tiene un efecto sobre las glándulas, lo que causa un aumento o disminución de las secreciones a la sangre.

La música estimulante incrementa la actividad muscular. Las marchas militares y la música funcional en el trabajo tienen esta finalidad. La música sedante también tiene efectos relajantes no sólo en sujetos normales, sino en sujetos que sufren de parálisis cerebral. Se pueden distinguir diversos tipos de ondas:

- ✓ Ondas alfa, suele aparecer en estados de quietud y profunda relajación. La música puede inducir este estado de creativa ensoñación.
- ✓ Ondas beta, ritmo más común y se encuentra en estados normales de conciencia.
- ✓ Ondas theta, se presentan cuando termina una situación placentera.

- ✓ Ondas delta, aquí hay un adormecimiento profundo, la respiración también se vuelve profunda y la presión desciende.

Estas ondas que se traducen en ritmos, son importantes en relación con la música, porque presta un fundamento fisiológico más para explicar la influencia de la música en el ser humano.

Gracias a la existencia de éste podemos evocar melodías y otras experiencias musicales. Se divide en dos hemisferios el derecho y el izquierdo, unidos por el cuerpo calloso.

El don de la musicalidad pertenece al hemisferio derecho. Si hay una lesión en este hemisferio se afecta a la musicalidad melódica y si es en el izquierdo se afecta a la musicalidad rítmica. Pues en este hemisferio se encuentra situado el sentido del tiempo, que es imprescindible para la percepción del ritmo. De esta forma el hemisferio derecho sería el encargado de la interpretación de impresiones auditivas y distinción de voces, entonaciones y experiencias musicales, mientras que en el izquierdo residiría la capacidad para el pensamiento concreto, conciencia espacial y comprensión de relaciones complejas; la memoria estaría distribuida en ambas partes del cerebro¹⁹.

Poch Blasco²⁰ (1999) refiere que “entre los efectos intelectuales que provoca la música podemos mencionar que ésta ayuda a desarrollar la capacidad de atención sostenida por la inmediatez, persistencia y constante variedad del estímulo musical. Gracias a ella, los niños se inician en la meditación y en la reflexión de un modo agradable.

3.2.2. CEREBRO Y MÚSICA:

Poch Blasco²¹ (2002), sistema límbico formado por el hipotálamo, quien regula la temperatura del cuerpo, el deseo de comer y las respuestas al dolor, a la depresión y al placer. El tálamo, quien recibe la información de los sentidos y la devuelve a las diferentes áreas del córtex. El hipocampo, quien elabora la memoria reciente y prepara sus mensajes para que sean almacenados posteriormente en otras áreas del cerebro. La amígdala, donde se elaboran los recuerdos antiguos y los hábitos para luego pasar al córtex. Tomado en conjunto pareciera que el sistema límbico se encuentra relacionado con los

diferentes aspectos emocionales del comportamiento humano. La música al actuar sobre el sistema nervioso central, provoca o puede provocar en el ser humano efectos enervantes, estimulantes o sedantes. La música puede despertar, evocar, fortalecer y desarrollar cualquier emoción del ser humano. Es por esta razón que las teorías al respecto trabajan sobre la idea del efecto específico de la música sobre la región subcortical cerebral específicamente en el sistema límbico.

3.2.3 LA TEORIA DE LA REPERCUSIÓN FISIOLÓGICA DE LA MÚSICA

A finales del siglo XIX aparecen las primeras investigaciones sobre los efectos de la música en algunos procesos fisiológicos como la frecuencia cardiaca, respiratoria y presión arterial en pacientes adultos hospitalizados. Estudios como éstos, ponen de manifiesto el descenso de los niveles de estrés tomados en muestras de sangre de los pacientes después de la escucha musical (Tanioka, Takazawa, Kamata, Kudo, Matsuki, & Oyama, 1985). En este programa, los pacientes psiquiátricos realizaban técnicas vocales y de expresión corporal que favorecieron enormemente su proceso de rehabilitación social (Wasserman, 1972).²²

Izquierdo Botica²³, refiere que, se ha encontrado que la influencia de la música en intervenciones quirúrgicas disminuye la angustia del paciente antes de la operación y reduce los umbrales de percepción del dolor al despertar de la anestesia. Con personas drogodependientes, potencia la autovaloración, la autoconciencia o la autonomía. En trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), mejora la imagen de uno mismo, influye en el estado de ánimo y eleva el nivel de tolerancia a la frustración, lo que se traduce en más seguridad y mayor confianza. Durante el embarazo, la comunicación madre-hijo se va ampliamente favorecida cuando se aplican estímulos sonoro-musicales y durante el parto se puede conseguir con la música un ambiente cálido y tranquilo, que favorezca la disminución de la ansiedad.

En personas con discapacidad —física o mental— la música puede controlar la hiperactividad, ayudar a mantenerla atención o facilitar la expresión de emociones. Durante los procesos de rehabilitación física, facilita la movilidad del sistema músculo-esquelético a la vez que reduce el dolor asociado a los

movimientos. La música tiene mucho que ofrecer y, en este sentido, el uso terapéutico de ella es algo que poco a poco se va afianzando en ámbitos como el sanitario y el educativo, puesto que produce cambios a nivel físico, psicológico y socio-afectivo²⁴.

Piezas ideales para niños

Cada pieza musical produce sensaciones diferentes en cada uno de nosotros. Te recomendamos algunas para los más pequeños:

Sinfonía nº 101, El reloj, de Haydn, la Bella Durmiente, de Tchaikovsky. Sinfonía de los juguetes, de Mozart. La máquina de escribir, de Anderson y los Conciertos de Brademburgo, de Bach.

3.3 BASES CONCEPTUALES

3.3.1. MUSICOTERAPIA

Según Palacios Sanz ²⁵, los efectos de la música sobre el comportamiento han sido evidentes desde los comienzos de la humanidad. A lo largo de la historia, la vida del hombre ha visto completamente e influida por la música, a la cual se le han atribuido una serie de funciones, esta ha sido un medio de expresión y comunicación no verbal y, debido a sus efectos. La música como terapia es la conducción del mismo y sus elementos melódicos (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización prevención, rehabilitación y el tratamiento.

De acuerdo con la Federación de Musicoterapia ²⁶, es el uso de la música o elementos musicales en un paciente con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y restablecer funciones del individuo para que este pueda emprender una buena integración interpersonal e interpersonal, y en consecuencia alcanzar una mejor calidad de vida través de la prevención, rehabilitación o el tratamiento.

TIPOS DE MUSICA

A partir de los diferentes estilos de música se pueden repercutir en tareas psicomotoras y cognitivas. Una de estas variables importantes que intervienen en estos efectos se refiere a la clase de música que se escucha. En este sentido, existen principalmente dos tipos: la estimulante y la sedante.

- Estimulante: Aumenta la energía corporal, induce a la acción y estimula las emociones.
- Sedante: es de naturaleza melódica sostenida y se caracteriza por tener un ritmo regular, una dinámica predecible, consonancia armónica y un timbre vocal instrumental reconocible, con efectos tranquilizantes.

Se han realizado varias investigaciones tendentes a estudiar los efectos de la música sobre la ansiedad. Ha observado que la de carácter estimulante aumenta la emocionalidad, produciendo activación fisiológica afectiva, mientras que la sedante la disminuye. También se ha encontrado una reducción de la tensión muscular y la fuerza física, relacionada con la ansiedad, a través de la audición de música tranquila, cuyos efectos repercuten en la comunicación humana.

3.3.2. ESTRUCTURAS CEREBRALES INVOLUCRADAS EN EL PROCESAMIENTO DE LA MUSICA

La música es un estímulo sumamente complejo, que requiere de procesos sensoriales, motores, cognitivos y emocionales, por lo cual aunque existen algunas estructuras cerebrales especializadas en los diferentes niveles de procesamiento auditivo, debemos considerar el funcionamiento del sistema nervioso en su conjunto. Podemos pensar que este es un conjunto de subsistemas, cada uno de los cuales consta de elementos nerviosos que intervienen en una parte del procesamiento de la información, ya sea interna o externa.²⁷

Sabemos que se necesita un adecuado funcionamiento de la vía sensorial auditiva; sin embargo también participan otros sistemas sensoriales. La percepción musical, además de la capacidad de escucharlas notas, su melodía,

armonía y ritmo. Para la apreciación y ejecución de una pieza musical también es conveniente la memoria musical, motora y verbal. Al escuchar una melodía la persona utiliza la memoria para saber si la ha escuchado antes, que experiencias han sido asociadas a ello, además de identificar a que categoría pertenece. También se requiere la memoria a corto plazo, para seguir una asociación secuencial de notas y percibirla como música. En el caso de canciones, la música está asociada, además, a una memoria verbal.

La audición de una pieza musical puede provocar una activación de las vías motoras. En algún momento podemos sorprendernos a nosotros mismos moviendo los pies, las manos o alguna parte del cuerpo aunque en otros casos esto no sea tan evidente. Para la ejecución de un instrumento musical es necesaria la activación de patrones motores sumamente complejos instaurados en la memoria ²⁸.

Por su efecto sobre las emociones, la experiencia musical provoca la participación de numerosas estructuras cerebrales relacionadas con la motivación y la emoción. Otros procesos cognitivos, como la atención, el aprendizaje y el pensamiento, también tienen su participación en ello.

Por todo lo anterior, se comprende la dificultad del estudio de la experiencia musical. No se puede hablar de estructuras específicas aisladas, involucradas en la percepción musical, sino de un complejo sistema, el nervioso, que implica un conjunto de elementos, cada uno con una función, pero que comparten un fin común. ²⁹

3.3.3 LOS EFECTOS DE LA MUSICA EN LA CONDUCTA

La influencia de cada uno de los elementos de la música en la mayoría de los individuos es la siguiente:

- Tiempo: los tiempos lentos inducen a la paz, entre 60 y 80 pulsos por minuto, suscitan impresiones de dignidad, de calma, de sentimentalismo, serenidad, ternura y tristeza. Los tiempos rápidos de 100 a 150 pulsos por minuto, suscitan impresiones alegres, excitantes y vigorosas

- Ritmo: los ritmos lentos inducen a la paz y a la serenidad, y los rápidos suelen producir la activación motora y la necesidad de exteriorizar sentimientos, aunque también pueden producir sensaciones de estrés.
- Armonía: es cuando suenan varios sonidos a la vez. A todo el conjunto se le llama acorde. Los acordes consonantes están asociados al equilibrio, el reposo y la alegría. Los acordes disonantes se asocian a la inquietud, el deseo, la preocupación y la agitación.
- Tonalidad: los modos mayores suelen ser alegres, vivos y graciosos, provocando la extroversión de los individuos. Los modos menores presentan unas connotaciones diferentes en su expresión e influencia. Evocan el intimismo, la melancolía y el sentimentalismo, favoreciendo la introversión del individuo.
- La altura: las notas agudas, actúan frecuentemente sobre el sistema nervioso provocando una actitud de alerta y aumento de reflejos. También ayuda a despertarnos o sacarnos de un estado de cansancio. El oído es muy sensible a las notas muy agudas, de forma que si son muy intensas o prolongadas pueden dañarlo e incluso e incluso provocar el descontrol del sistema nervioso. los sonidos graves suelen producir efectos sombríos, una visión pesimista o una tranquilidad extrema.
- La intensidad: es uno de los elementos de la música que influyen en el comportamiento. Así, un sonido o música tranquilizante puede irritar si el volumen es mayor de lo que la persona puede soportar.
- La instrumentación: los instrumentos de cuerda suelen evocar el sentimiento por su sonoridad expresiva y penetrante. Mientras los instrumentos de viento destacan por su poder alegre y vivo, dando a las composiciones un carácter brillante, solemne, majestuoso. Los instrumentos de percusión se caracterizan por su poder rítmico, liberador y que incita a la acción y el movimiento.

3.3.4. MUSICOTERAPIA EN LA PRACTICA MÉDICA

El área de practica medica incluye todas las aplicaciones de música o musicoterapia que se concentran en ayudar al paciente a mejorar, restablecer o mantener su salud física. Esto incluye todos aquellos enfoques que se

dedican al tratamiento directo de las enfermedades, los daños o los males biomédicos, así como aquellos que se dedican a los factores psicosociales relacionados. Cuando el enfoque es biomédico, los objetivos consisten en provocar cambios en la condición física del paciente; cuando el enfoque psicosocial, los objetivos pueden ser los de modificar aquellos factores emocionales, mentales, sociales o espirituales que contribuyen al problema biomédico o brindar formas de apoyo para el paciente durante el curso de la enfermedad, el tratamiento médico o la convalecencia³⁰.

3.3.5. MUSICOTERAPIA Y ANSIEDAD PREOPERATORIA

En muchos estudios, se ha demostrado que la musicoterapia reduce la ansiedad durante el manejo habitual de los pacientes hospitalizados, aunque este efecto no fue observado en pacientes a los que se les realizaron procedimientos diagnósticos son terapéuticos invasivos o desagradables. En estos pacientes se observó una leve disminución de la frecuencia respiratoria y mejor humor y tolerancia. No se encontraron diferencias significativas en el ritmo cardíaco de los pacientes sometidos a musicoterapia, ni en los niveles de tensión arterial sistólica, satisfacción o tolerancia a los procedimientos. Si hubo diferencias a favor del grupo tratado con musicoterapia en los requerimientos de drogas selectivas³¹.

3.3.6. MUSICOTERAPIA MEDICO QUIRURGICA

Sánchez Arjona³², refiere que la experiencia de pasar por un quirófano es un hecho que crea un elevado grado de ansiedad en el individuo. El presente estudio pretende demostrar que la música utilizada con fines terapéuticos puede disminuir la ansiedad del paciente en la sala de espera, tal y como hemos comprobado en el Hospital de Molina.

Según bibliografía consultada para la National Association for Music Therapy (NAMT), la musicoterapia es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental.

Siguiendo la clasificación de intervenciones de enfermería (Nursing Interventions Classification, NIC), una intervención es “cualquier tratamiento

basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para aumentar los resultados del paciente”. La Nic establece como intervención enfermera la terapia musical y la define como la “utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o a nivel fisiológico”.

¿A quién va dirigido?

El Apoyo Emocional va dirigido a cualquier persona que esté interesada en realizar una mirada interior y recuperar la paz, la alegría y el equilibrio emocional en su vida.

CAPITULO IV

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 AMBITO DE ESTUDIO

El trabajo de investigación se llevó a cabo en el Hospital Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco, en el ambiente de Cirugía Programada, lugar donde se atienden diariamente pacientes que son proyectados para una intervención quirúrgica.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Según la **intervención de las investigadoras**, el estudio fue de tipo **Cuasi Experimental** ya que hubo intervención y manipulación de la variable secundaria por parte del investigador, para luego buscar diferencias entre los grupos experimental y control. Se tomó los nombres de los grupos experimental y control a manera de referencia.

Según la **planificación de la toma de datos**, el estudio fue de tipo **prospectivo**; porque los datos necesarios para el estudio fueron recolectados a propósito de la investigación, con instrumentos validados ampliamente cuya fuente de información fue primaria (pacientes de cirugía programada).

Según el **número de ocasiones en que se midió las variables**, el estudio fue de tipo **longitudinal** ya que la variable (principal) fue medida en **dos** ocasiones.

Según el **número de variables**, el estudio fue de tipo **analítico** por que se planeó y puso a prueba hipótesis, siendo el análisis vivariado y comparativo el principalmente empleado.

4.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El método de estudio es comparativo, deductivo.



NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se enmarca en el **nivel explicativo**, ya que el alcance del análisis estadístico nos permitirá definir cambios o diferencias de tipo causa - efecto, siendo dicha causa, la intervención en la terapia del paciente (musicoterapia o soporte emocional) y el efecto, la diferencia de puntajes en el STAI (ansiedad).

4.4. METODO DE ESTUDIO

Se usó el método hipotético-deductivo, el cual es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. Este método parte de unas premisas teóricas dadas, llega a unas conclusiones determinadas a través de un procedimiento de inferencia.

4.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por el total de pacientes entre las edades de 18 a 45 años que fueron hospitalizados en el servicio de cirugía durante Diciembre 2014 a Enero 2015 que alcanza un promedio de 357 pacientes

4.6 MUESTRA Y MUESTREO

En el presente estudio se realizara un censo de los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años, que necesariamente deben cumplir los criterios de inclusión y exclusión; por lo que no se realizara muestreo, sino que se estudiara a toda la población en un determinado periodo de tiempo, haciendo a un total de 170 pacientes.

Unidad de análisis

Cada paciente de cirugía programada

Unidad de muestreo

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis Todos aquellos que cumplan con los criterios de inclusión

Criterio de Inclusión.

- Pacientes que fueron sometidos a cirugía programada
- Que presentaron ansiedad preoperatoria.
- De 18 a 45 años de edad, masculino o femenino.
- Que permanecieron en el servicio **más de 2 días.**
- Que firmaron el consentimiento informado.

Criterio de Exclusión

- Pacientes que rehusaron participar en el estudio.
- Que fueron < de 18 años y > de 45 ya sea masculino o femenino.

4.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

- **Cuestionario para el Paciente (Anexo 1):** Consta de dos partes, la primera son datos generales y la segunda son datos relacionados a la cirugía; si se

manifiesta al menos un NO como respuesta, se considerará como paciente potencialmente ansioso.

- **Guía de Observación Evaluativa sobre el Apoyo Emocional del Enfermero (Anexo 2):** consta de tres grupos a valorar; a) Nivel cognitivo Subjetivo b) Nivel Fisiológico c) Nivel motor observable cada una con diferentes puntos a valorar
- **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Anexo 3):** Consta de dos partes, la primera contiene 20 elementos con los cuales se pretende evaluar el nivel de ansiedad de la persona en un momento determinado, y la segunda pretende identificar a través de otros 20 elementos como el sujeto se siente en general. Elaborado por **Spielberger, Gorshuch y Lushene** en el año 1970 (Vera, Celis, Cordova, Buela y Spierlberger, 2007)
- **Características de la Musicoterapia (Anexo 4):** Trata de medir la preferencia por el tipo de música, tolerancia al volumen en decibeles y tiempo a la música en minutos.

4.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Cada uno de los instrumentos de medición usados en la recolección de datos fueron validados por sus respectivos autores, en sus países de origen, ninguno fue validado en nuestro medio, por tal razón es que se procedió a validar y a confiabilizar; a fin de que estos puedan ser pertinentes a nuestra realidad local. En este sentido, en primera instancia realizamos una validez cualitativa de contenido, en la cual por su misma naturaleza no se aplicó ninguna prueba estadística, específicamente se realizó la validez de respuesta: o también llamado aproximación a la población, ello se llevó a cabo mediante la aplicación de los instrumentos a una muestra provisoria de 20 pacientes, ello con la finalidad de ver la comprensión y pertinencia de cada uno de los reactivos contenidos en cada instrumento de medición. Seguido a ello se realizó la validación por jueces (Delfos), en las cuales los jueces fueron 2 expertos en el área de la investigación, un experto en estadística y 3 expertos en el área de la musicoterapia, los cuales determinaron (juzgaron la “bondad” en términos de la relevancia o congruencia de los reactivos) hasta dónde los reactivos de los instrumentos propuestos, son representativos del dominio o universo de

contenido de la propiedad que deseamos medir. Cada juez experto recibió suficiente información escrita acerca del propósito del estudio; objetivos e hipótesis, operacionalización de las variables entre otros. De la misma manera recibieron una ficha de validación compuesta por dos tablas de apreciación (una específica para cada instrumento y otra general); en el cual se recogió la información de cada experto. Todos ellos coincidieron en un 95% en el contenido de nuestros instrumentos, indicando algunas correcciones en cuanto a la redacción de algunos reactivos propuestos. También nuestros instrumentos fueron sometidos a la validez racional, mediante la revisión del conocimiento disponible en las diversas literaturas.

Para analizar la confiabilidad de nuestros instrumentos se llevó a cabo la validación cuantitativa mediante la consistencia interna, en la cual aplicamos el Alfa de Cronbach para determinar la estabilidad en el tiempo, esto debido a las aplicaciones repetidas a la misma muestra en estudio.

Donde se determinó el nivel de confiabilidad de los instrumentos, el mismo que fue clasificado de acuerdo a los siguientes valores: confiabilidad muy baja, de 0 a 0.2; confiabilidad baja, de 0.2 a 0.4; confiabilidad regular, de 0.4 a 0.6; confiabilidad aceptada, de 0.6 a 0.8 y confiabilidad elevada, de 0.8 a 1.

4.9 PROCESAMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos se seguirán los siguientes pasos

1. Recolección de datos en el servicio de cirugía, previa coordinación con la jefa de enfermeras del Hospital Hermilio Valdizan.
2. Aplicación de cuestionario para determinar paciente ansioso o no ansioso.
3. Aplicación de musicoterapia o del soporte emocional a pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.
4. Utilización de la guía de observación para medir los cambios ocurridos en el paciente
5. Evaluación de la efectividad de la musicoterapia y el apoyo emocional.
6. Tabulación de los datos recolectados
7. Análisis e interpretación
8. Elaboración del informe final

4.10 ASPECTOS ESTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se cumplieron los principios éticos básicos: el respeto a la persona humana, Principio de la beneficencia, y se respetó la confidencialidad de los datos obtenidos. Se les explicó claramente los trances y beneficios del estudio a la muestra en estudio. En todos los casos se utilizó los documentos respaldados por el Comité Institucional de Ética de la universidad patrocinadora del estudio, como el **consentimiento informado**, a través del cual, los pacientes en estudio, fueron informados por escrito de los objetivos generales del proyecto en el que van a ser incluidos, también se tuvo en cuenta:

- El respeto a la confidencialidad de los datos, confiriéndole seguridad, así como reserva a la información obtenida acerca de los sujetos con respecto a las variables medidas en ellos. En este sentido, los datos reportados por los sujetos están exceptos de identificación personal, lo cual resalta la condición de anonimato.
- El investigador asumió la responsabilidad de todos los aspectos de la investigación por ende; es éste quien debe responder todas las inquietudes e interrogantes que puedan presentarse.
- El investigador se cercioró de que cada uno de los participantes se encuentren libres de coacción indicando el carácter voluntario de su participación.
- El investigador se comprometió a no alterar los datos de esta investigación.

En suma, todos los procedimientos del presente estudio preservaron la integridad y los derechos fundamentales de los pacientes sujetos a investigación. Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos.

4.11. ELABORACION DE DATOS

Se plantearon las siguientes fases:

Revisión de los datos. Examinamos en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizaron y al mismo tiempo hicimos el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

Codificación de los datos. Ejecutamos la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las

respuestas esperadas en los instrumentos respectivos, según las variables del estudio.

Clasificación de los datos. Lo realizamos de acuerdo al tipo de variables implicada en el estudio.

Presentación de datos. Presentamos los datos en tablas académicas y en figuras de acuerdo a los resultados del análisis descriptivo e inferencial.

4.12 **Análisis e interpretación de datos**

En el análisis descriptivo, detallamos las comparaciones por grupos, respecto a las características de cada una de las variables de caracterización y dependientes. Asimismo, se analizaron todas las variables descriptivamente de acuerdo a su escala de medición [categórica (nominal u ordinal) o numérica (intervalo o razón)]; se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, en cada caso tratamos de que el estímulo visual sea simple y resaltante.

4.14. **Análisis Inferencial**, se tuvo en especial consideración la prueba estadística de contraste a realizar, ya que quisimos corroborar la variabilidad o diferencia en la variable dependiente debido a la manipulación en la variable independiente (comparación para muestras pareadas), además buscamos medir si esta diferencia se da a nivel de grupos (comparación para muestras independientes). Para ello **se emplearon pruebas no paramétricas**, ya que los datos no cumplían con algunos requisitos para pruebas paramétricas.

Luego de cumplir con algunos requisitos se emplearon pruebas no paramétricas y realizamos estos análisis en varias fases. **En primer lugar, realizamos un contraste con la prueba de Kolmogorov-Smirnov**, y dado que el objetivo del estudio fue **comparar distribuciones numéricas** (puntajes alcanzados en la dimensiones y el inventario STAI), empleamos un contraste estadístico paramétrico para tal fin, el usado, fue el **estadístico de contraste *t* de Student para medidas repetidas**.

En tanto al segundo requisito de las distribuciones que contrastan nuestras hipótesis, según grupos y momentos de estudio, podemos observar que, todas las distribuciones no resaltaron homogéneas (p -valor < 0,050), bajo el contraste

de Levene; esto puede deberse a una gran variación entre los grupos respecto de los momentos; y dado que el objetivo del estudio fue comparar distribuciones numéricas (puntajes alcanzados en las dimensiones y el inventario STAI), empleamos la variante de la *t de Student para medidas repetidas, cuando no se han asumido varianzas iguales*.

Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS IBM versión 20.0 para Windows.

El trabajo de investigación se llevó a cabo en el Hospital Hermilio Valdizán de la ciudad de Huánuco.

CAPITULO V

5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 01: Criterio de conformación de grupos de estudio, según la aplicación del soporte emocional o musicoterapia en pacientes de cirugía programada; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Grupos de estudio	N = 340	
	Nº	%
Grupo experimental (Musicoterapia) n ₁	170	100,0
Grupo control (Apoyo Emocional) n ₂	170	100,0
Total	340	100,0

Fuente: Metodología, Muestreo, Unidades de análisis, Definiciones operacionales.

Iniciaremos el presente capítulo describiendo la conformación de grupos para el estudio, recordando que, la investigación tuvo lugar durante el mes de diciembre del 2014, no se ha calculado un tamaño muestral ya que fue posible realizar un censo a todas las unidades de estudio que cumplieran con los criterios de inclusión – exclusión durante el mes que duro la intervención; siendo el ámbito de intervención el servicio de Cirugía, Sala de Operaciones, y Sala de Observación del Hospital Regional Hermilio Valdizán.

El grupo que recibió la musicoterapia conforman el 100,0% (170) de integrantes del grupo experimental, es decir, fueron estimulados con música de terapia; mientras que aquellos que recibieron el soporte emocional clásico, conformaron la totalidad de pacientes [100,0% (340)] pertenecientes al grupo de control. Cabe mencionar que la selección para el grupo se realizó a través del proceso de Aleatorización (ver capítulo: Muestreo), además, como se aprecia, se comparó dos grupos del mismo tamaño; con la finalidad de identificar variaciones derivadas de las intervenciones realizadas.

5.8.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

5.1.1 Características generales

Tabla 02: Características generales de los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Características Generales	ni = 170			
	Grupo experimental		Grupo control	
	Nº	%	Nº	%
Grupos etarios				
Adulthood Temprana (18 a 24 años)	49	28,8	59	34,7
Adulthood media (25 a 35 años)	93	54,7	91	53,5
Adulthood Tardía (36 a 59)	28	16,5	20	11,8
Sexo				
Masculino	78	45,9	92	54,1
Femenino	92	54,1	78	45,9
Estado Civil				
Soltera(o)	51	30,0	71	41,8
Casada(o)	67	39,4	54	31,8
Conviviente	39	22,9	18	10,6
Divorciado	11	6,5	22	12,9
Viudo(a)	2	1,2	5	2,9
Grado de Instrucción				
Primaria	26	15,3	29	17,1
Secundaria	78	45,9	79	46,5
Superior	66	38,8	62	36,5
Creencia religiosa				
Católico	142	83,5	144	84,7
Evangélico	15	8,8	14	8,2
Protestante	13	7,6	12	7,1
Lugar de procedencia				
Rural	113	66,5	118	69,4
Urbano marginal	33	19,4	33	19,4
Urbano	24	14,1	19	11,2

Total	170	100,0	170	100,0
--------------	-----	-------	-----	-------

Fuente: Anexo 01 (Guía de entrevista).

Al describir las características generales de los pacientes evaluados, según grupos de estudio, pudimos denotar que, en ambos grupos, la mayoría de ellos, tuvieron entre 25 a 35 años de edad (adultez media) [54,7% (93) experimental y 53,5% (91) control]; con estado civil de casados [39,4% (67) experimental y 31,8% (54) control]; grado de instrucción secundaria [45,9% (78) experimental y 46,5% (79) control]; de vocación religiosa católica [83,5% (142) experimental y 84,7% (144) control]; procedentes de zonas rurales [66,5% (113) experimental y 69,4% (118) control]. Caso aparte se presentó en la variable género, ya que en el grupo experimental la mayoría de pacientes fue de sexo femenino, mientras que en el grupo control predominó el género masculino [54,1% (92) en ambos].

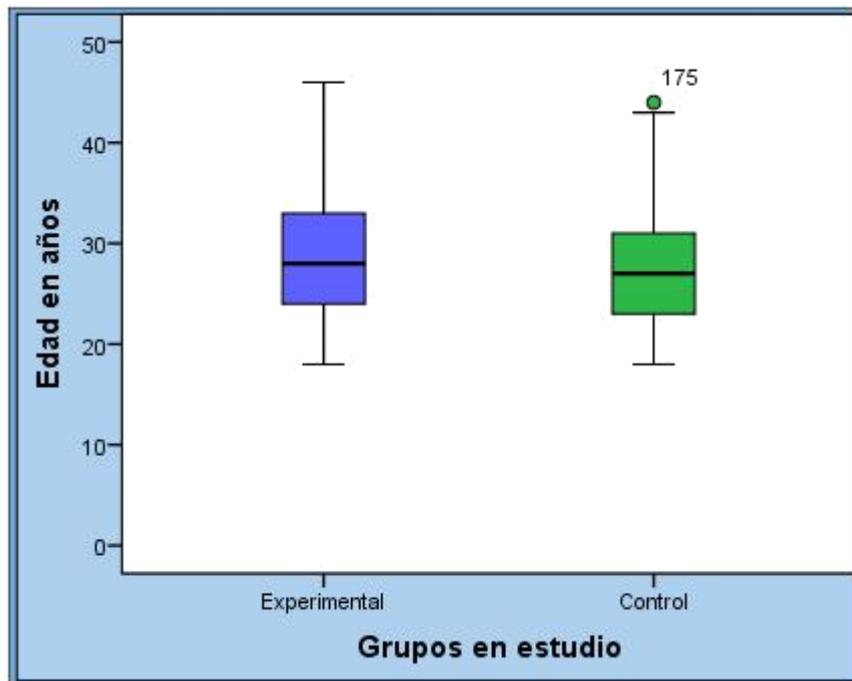


Figura 01: Descripción de la edad de los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

En la figura 01, sobre la edad de los pacientes, según grupos de estudio, podemos distinguir que; la edad en el grupo experimental fue de 28,8 [DE +- 7,2] años; mientras que en el grupo control fue de 27,8 años [DE +- 6,5]; habiendo escasas diferencias entre ambos grupos; hay que resaltar que en el grupo de control se prestaron algunas edades extremas.

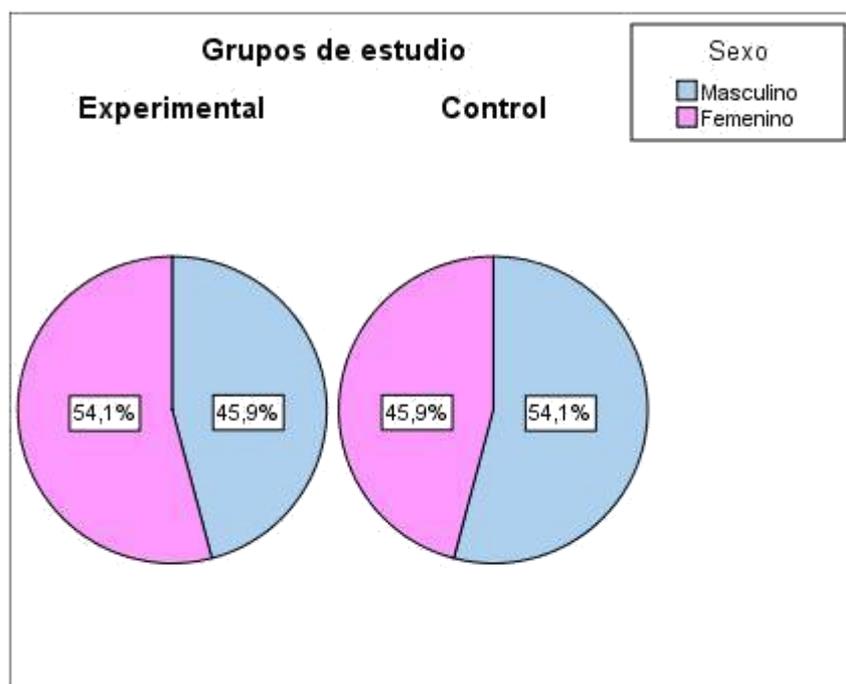


Figura 02: Representación gráfica del género en los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

En la presente figura de sectores, sobre el género de los pacientes según grupos de estudio, podemos observar en con mejor detalle lo que veníamos mencionado anteriormente, donde, el género que predomina en el grupo de experimento, es el femenino; mientras que en el control, lo es el masculino [54,1%].

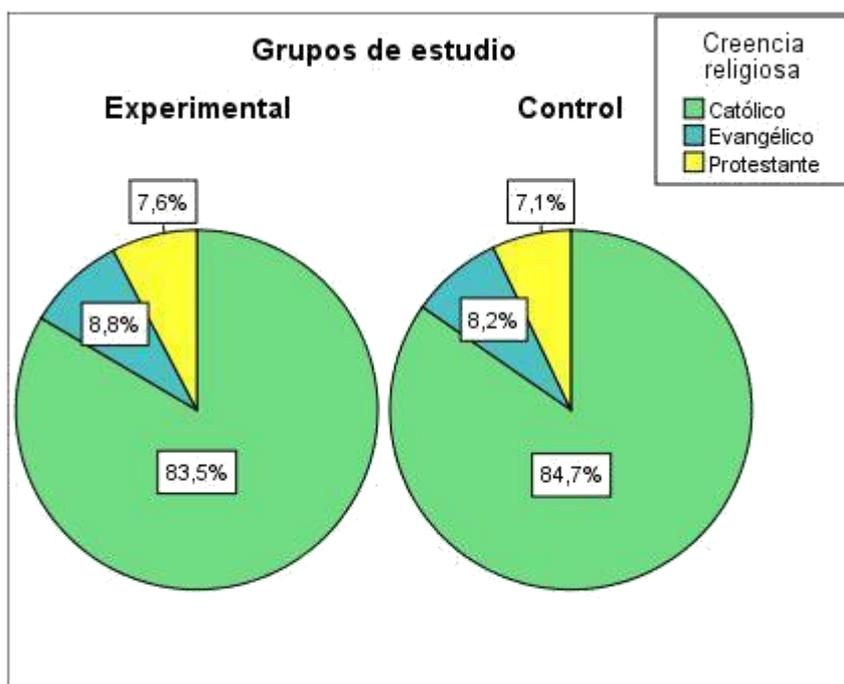


Figura 03: Representación gráfica de la creencia religiosa en los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

En la presente figura de sectores, sobre la inclinación religiosa de los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio, podemos apreciar al detalle como la religión católica [experimental 83,5% y control 84,7%] destaca por sobre las otras creencias, en ambos grupos.

Tabla 03: Características sobre la cirugía realizada en los pacientes programados, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Características sobre la Cirugía	ni = 170				
	Grupo experimental		Grupo control		
	Nº	%	Nº	%	
Tienen conocimiento sobre la intervención					
Si	170	100,0	170	100,0	
Conoce sobre su enfermedad					
Si	130	76,5	129	75,9	
No	40	23,5	41	24,1	
Conoce el procedimiento de la operación					
Si	127	74,7	128	75,3	
No	43	25,3	42	24,7	
Comprende toda la información					
Si	107	62,9	106	62,4	
No	63	37,1	64	37,6	
Conoce el tiempo aproximado de duración de la cirugía					
Si	11	6,5	7	4,1	
No	159	93,5	163	95,9	
Hablo con el personal de salud sobre sus dudas					
Si	103	60,6	103	60,6	
No	67	39,4	67	39,4	
Ha tenido experiencia sobre una operación anterior					
Si	39	22,9	30	17,6	
No	131	77,1	140	82,4	
Total		170	100,0	170	100,0

Fuente: Anexo 01 (Guía de entrevista).

Al describir las características de la cirugía de los pacientes programados, según grupos de estudio, puede evidenciarse que, en ambos grupos, la mayoría sabía que lo iban a intervenir [100,0% (170) experimental y control]; también tenían pleno conocimiento sobre su enfermedad [76,5% (130) experimental y 75,9% (129) control];

el procedimiento de la intervención [74,7% (127) experimental y 75,3% (128) control]; así como la comprensión de la información brindada por el personal de salud [62,9% (107) experimental y 62,4% (106) control]; resolviendo todas sus dudas [60,6% (103) experimental y control]; pero desconocían el tiempo de duración de la cirugía [93,59% (159) experimental y 95,9% (163) control]; y no han tenido intervenciones anteriores a esta [77,1% (131) experimental y 82,4% (140) control].

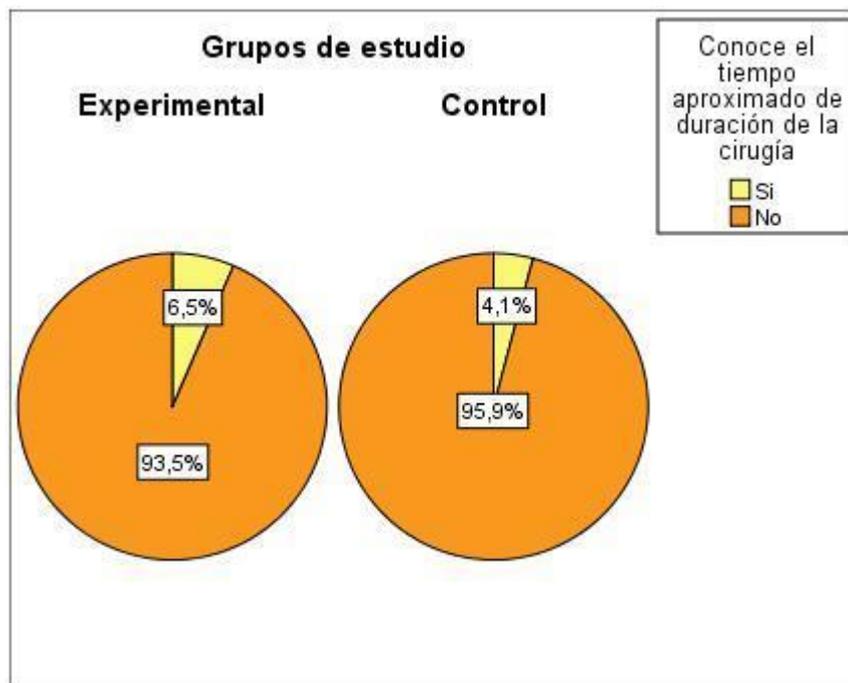


Figura 04: Representación gráfica del grado de conocimiento de los pacientes de cirugía programada sobre el tiempo de duración de la intervención, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

En la figura N° 04, sobre si los pacientes de cirugía programada conocen o no el tiempo aproximado de duración que tendrá su intervención, según grupos de estudio, es resaltante que la mayoría desconozca este aspecto, debido quizá a que los cirujanos explican poco sobre este aspecto a sus pacientes [experimental 93,5% y 95,9% control].

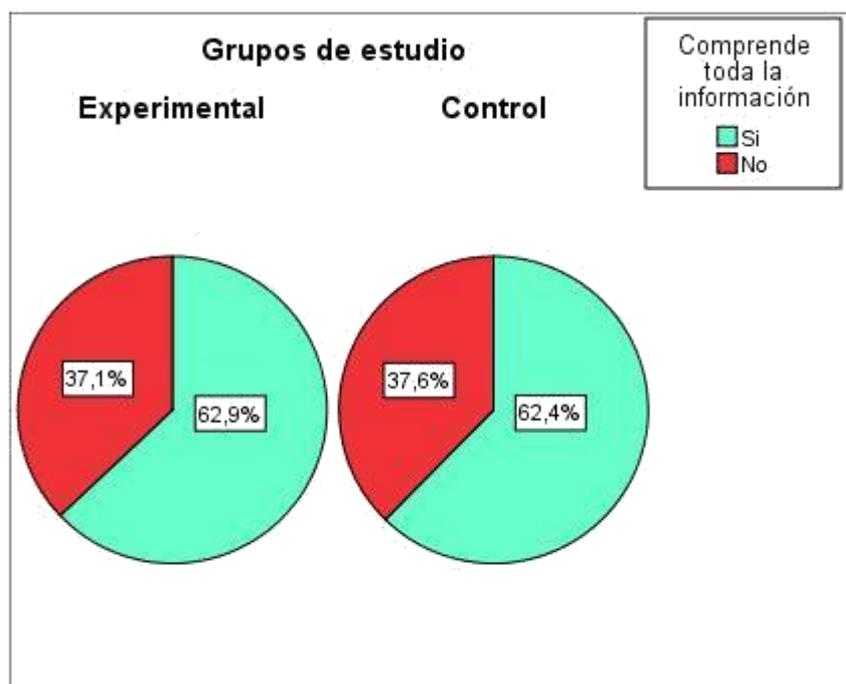


Figura 05: Representación gráfica del grado de comprensión de los pacientes de cirugía programada sobre la información recibida, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

En la figura N° 05, sobre el grado de comprensión que han mostrado los pacientes sobre la información brindada por el personal de salud, según grupos de estudio, donde podemos apreciar que las dos terceras partes de cada grupo ha comprendido toda la información recibida [experimental 62,9% y 62,4% control].

5.1.2 Aplicación del Soporte Emocional

Tabla 04: Valoración del **nivel cognitivo – subjetivo** en la aplicación del apoyo emocional a los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Nivel Cognitivo Subjetivo	ni = 170				
	Grupo experimental		Grupo control		
	Nº	%	Nº	%	
Preocupación					
Si	0	0,0	170	100,0	
No	0	0,0	0	0,0	
Temor					
Si	0	0,0	102	60,0	
No	0	0,0	68	40,0	
Inseguridad					
Si	0	0,0	117	68,8	
No	0	0,0	53	31,2	
Dificultad para decidir					
Si	0	0,0	27	15,9	
No	0	0,0	143	84,1	
Miedo					
Si	0	0,0	132	77,6	
No	0	0,0	38	22,4	
Pensamientos negativos sobre uno mismo					
Si	0	0,0	17	10,0	
No	0	0,0	153	90,0	
Total		170	100,0	170	100,0

Fuente: Anexo 02 (Guía de observación).

En la presente sección del análisis de resultados describiremos las dimensiones del **soporte emocional** brindado a través del Cuidado de Enfermería, el cual, cabe mencionar, solo se ha brindado a los integrantes del grupo control.

Al describir el **nivel cognitivo – subjetivo** en los cuales tuvo que aplicarse el cuidado enfermero en los pacientes de cirugía programada, podemos denotar que, solo en el grupo control, la mayoría mostro preocupación [100,0% (170)]; miedo [77,6% (132)]; inseguridad [68,8% (117)]; y temor [60,0% (102)]. Mientras que los aspectos subjetivos como los pensamientos negativos sobre uno mismo [90,0% (153)]; y la dificultad para decidir [84,1% (143)] no se presentaron en la mayoría de estos.

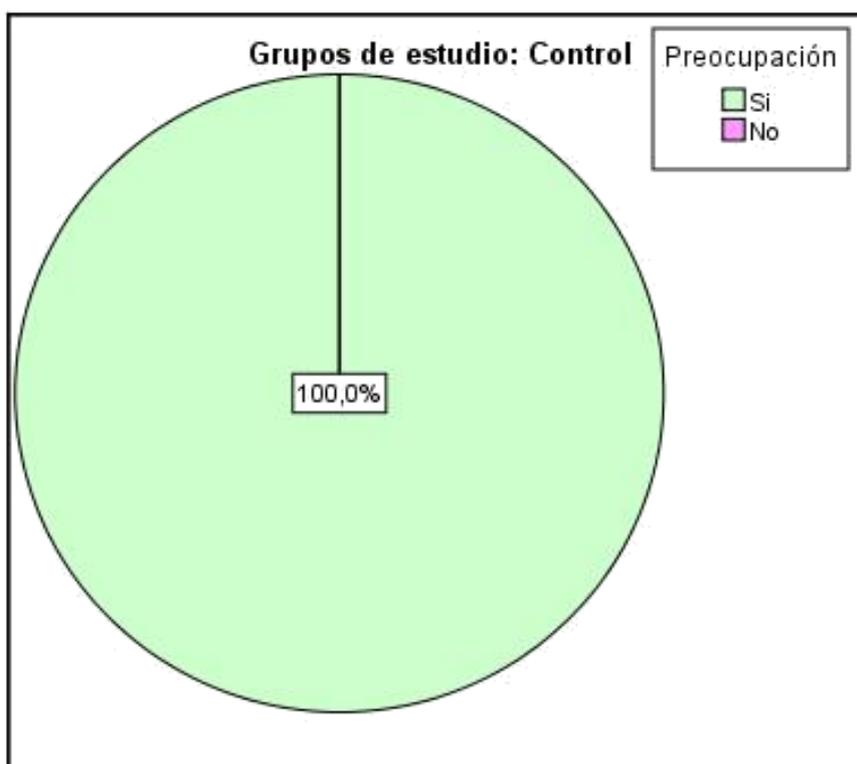


Figura 06: Representación gráfica de la preocupación expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

En la figura N° 06, se aprecia el grado de preocupación presentado por los pacientes en estudio, donde es resaltante que el 100,0% de pacientes del grupo control hayan mostrado **preocupación**; partiendo que esta es una de las sensaciones básicas que experimenta una persona sometida a tensión es comprensible el resultado mostrado.

Tabla 05: Valoración del **nivel fisiológico** en la aplicación del apoyo emocional a los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Nivel Fisiológico	ni = 170			
	Grupo experimental		Grupo control	
	Nº	%	Nº	%
Sudoración				
Si	0	0,0	73	42,9
No	0	0,0	97	57,1
Tensión muscular				
Si	0	0,0	122	71,8
No	0	0,0	48	28,2
Palpitaciones				
Si	0	0,0	48	28,2
No	0	0,0	122	71,8
Taquicardia				
Si	0	0,0	10	5,9
No	0	0,0	160	94,1
Presión arterial elevada				
Si	0	0,0	6	3,5
No	0	0,0	164	96,5
Dificultad respiratoria				
Si	0	0,0	1	0,6
No	0	0,0	169	99,4
Temperatura elevada				
Si	0	0,0	3	1,8
No	0	0,0	167	98,2
Incontinencia urinaria				
Si	0	0,0		
No	0	0,0	00	100,0
			170	

Molestias estomacales					
Si	0	0,0	92	54,1	
No	0	0,0	78	45,9	
Temblor					
Si	0	0,0	3	1,8	
No	0	0,0	167	98,2	
Mareo					
Si	0	0,0	30	17,6	
No	0	0,0	140	82,4	
Nauseas					
Si	0	0,0	23	13,5	
No	0	0,0	147	86,5	
Pilo erección					
Si	0	0,0	2	1,2	
No	0	0,0	168	98,8	
Sensación de mariposas por el abdomen					
Si	0	0,0	62	36,5	
No	0	0,0	108	63,5	
Dilatación de las pupilas					
No	0	0,0	170	100,0	
Boca seca					
Si	0	0,0	128	75,3	
No	0	0,0	42	24,7	
Total		170	100,0	170	100,0

Fuente: Anexo 02 (Guía de observación).

Al describir el nivel fisiológico donde se aplicaron los cuidados de enfermería en los pacientes de cirugía programada, podemos denotar, solo en el grupo control, que la mayoría mostro sequedad oral [75,3% (128)]; tensión muscular [71,8% (122)]; y molestias estomacales [54,1% (92)]. Mientras que el resto de efectos fisiológicos no se presentaron con mucha frecuencia [< 50,0%].

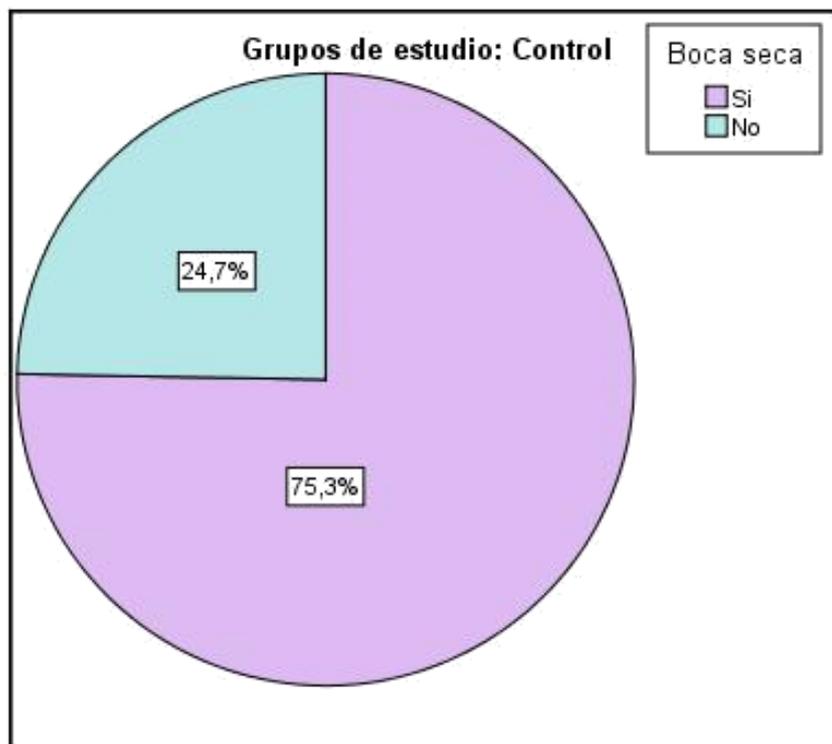


Figura 07: Representación gráfica de la sensación de sequedad bucal por los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

En la presente figura, se observa el efecto fisiológico de la sequedad oral presentado en los pacientes de cirugía programada, donde es resaltante que el 75,3%, es decir, las tres cuartas partes del total hayan presentado esta respuesta fisiológica.

Tabla 06: Valoración del **nivel motor** en la aplicación del apoyo emocional a los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Nivel Motor	ni = 170			
	Grupo experimental		Grupo control	
	Nº	%	Nº	%
Temblo observable				
Si	0	0,0	13	7,6
No	0	0,0	157	92,4
Evita la situación				
Si	0	0,0	61	35,9
No	0	0,0	109	64,1
Intranquilidad motora				
Si	0	0,0	119	70,0
No	0	0,0	51	30,0
Impaciencia				
Si	0	0,0	127	74,7
No	0	0,0	43	25,3
Tartamudeo				
No	0	0,0	170	100,0
Llanto				
Si	0	0,0	27	15,9
No	0	0,0	143	84,1
Irritabilidad				
No	0	0,0	170	100,0
Semblante atento				
Si	0	0,0	140	82,4
No	0	0,0	30	17,6
Total	170	100,0	170	100,0

Fuente: Anexo 02 (Guía de observación).

Al describir el nivel motor donde se aplicaron los cuidados de enfermería en los pacientes de cirugía programada, podemos identificar, solo en el grupo control, que la mayoría presentó semblante atento [82,4% (140)]; impaciencia [74,7% (127)]; e intranquilidad motora [70,0% (119)]. Mientras que el resto de aspectos motores como la irritabilidad [100,0% (170)] el tartamudeo [100,0% (170)]; el temblor observable [92,4% (157)]; el llanto [84,1% (143)]; y el evitar la situación [64,1% (109)] no se presentaron con mucha frecuencia.

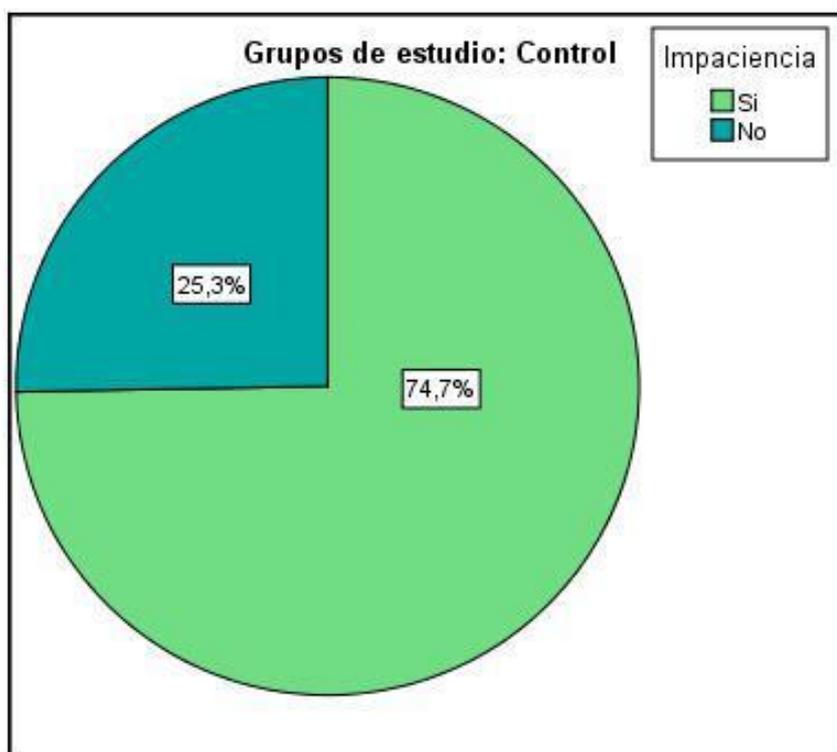


Figura 08: Representación gráfica de la impaciencia expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

En la figura N° 08, se aprecia la respuesta motora de impaciencia presentado en los pacientes de cirugía programada, donde es resaltante que el casi las tres cuartas partes del grupo control hayan presentado este signo [74,7%].

5.1.3 Musicoterapia

Tabla 07: Valoración de las características en la aplicación de la musicoterapia a los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Características de la Musicoterapia	ni = 170			
	Grupo experimental		Grupo control	
	Nº	%	Nº	%
Tipo de preferencia musical				
Clásica	39	22,9	0	0,0
Instrumental	102	60,0	0	0,0
Piano	29	17,1	0	0,0
Tolerancia al volumen (en decibeles)				
60 dB	119	70,0	0	0,0
70 dB	34	20,0	0	0,0
80 dB	17	10,0	0	0,0
90 dB	0	0,0	0	0,0
Tiempo de tolerar la música				
Hasta 60 minutos	2	1,2	0	0,0
Hasta 50 minutos	54	31,8	0	0,0
Hasta 40 minutos	7	4,1	0	0,0
Hasta 30 minutos	107	62,9	0	0,0
Total	170	100,0	170	100,0

Fuente: Anexo 03 (Ficha de recolección de datos).

En esta sección, describiremos las características valoradas durante la aplicación de la musicoterapia brindado a través del Cuidado de Enfermería, el cual, cabe recalcar, solo se ha aplicado a los integrantes del grupo experimental.

Al identificar las características principales en la aplicación de la musicoterapia durante el cuidado enfermero en los pacientes de cirugía programada, podemos apreciar que, solo en el grupo de experimento, la mayoría de pacientes tuvo

preferencia por la música instrumental [60,0% (102)]; a una tolerancia de 60 decibelios [70,0% (119)]; por un periodo de hasta 30 minutos [62,9% (107)].

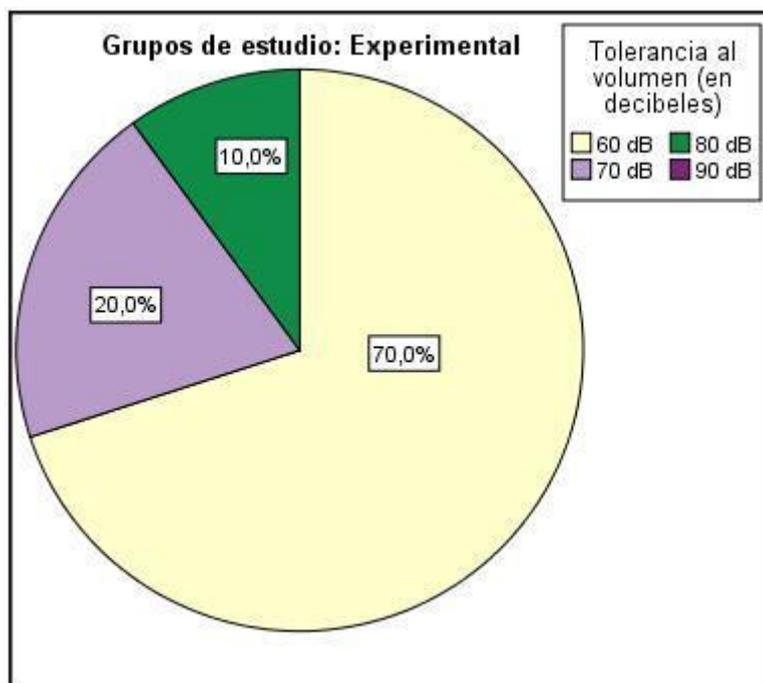


Figura 09: Representación gráfica de la tolerancia al volumen (en decibelios) soportada por los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

En la figura N° 09, se aprecia la tolerancia auditiva en decibelios soportada por los pacientes de cirugía programada del grupo de experimento, donde la mayoría presenta una tolerancia normal de 60 dB [70,0%]; normal elevada 70 dB [20,0%] y normal alta 80 dB [10,0%]. Hay que resaltar que no hubo pacientes con sordera leve (90 dB) [0,0%]

5.1.4 Ansiedad

Tabla 08: Descripción de los Niveles de ansiedad presentados en los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Niveles de Ansiedad	ni = 170			
	Grupo experimental		Grupo control	
	Nº	%	Nº	%
Nivel de Ansiedad (Antes)				
Ausente	24	14,1	4	2,4
Leve	67	39,4	94	55,3
Moderado	58	34,1	72	42,4
Severo	21	12,4	0	0,0
Nivel de Ansiedad (Después)				
Ausente	25	14,7	4	2,4
Leve	82	48,2	94	55,3
Moderado	58	34,1	72	42,4
Severo	5	2,9	0	0,0
Total	170	100,0	170	100,0

Fuente: Anexo 04 (STAI).

Al evaluar los niveles de ansiedad presentados por los pacientes de cirugía programada según grupos y momentos del estudio, evidenciamos que, en el grupo experimental, en el momento antes de aplicar la musicoterapia, los niveles de ansiedad eran Leve [39,4% (67)], Moderado [34,1% (58)], y Severo [12,4% (21)]; para modificarse después de la aplicación de la música terapia a Leve [48,2% (82)], Moderado [34,1% (58)], y severo [2,9% (5)]; es decir disminuye la ansiedad de nivel severo y se incrementa el de nivel leve. Cosa contraria ocurre con el grupo control, donde los niveles de ansiedad se mantienen constantes antes y después de la aplicación del soporte emocional.

5.9. ANÁLISIS INFERENCIAL O COMPROBACION DE HIPOTESIS

Tabla 09: Pruebas de normalidad para las distribuciones de contraste evaluadas en los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Normalidad	ni = 170			
	Grupo experimental		Grupo control	
	Z	p-valor	Z	p-valor
Ansiedad Estado				
Antes	0,156	0,104	0,172	0,037
Después	0,149	0,099	0,142	0,108
Ansiedad Rasgo				
Antes	0,192	0,092	0,142	0,096
Después	0,173	0,103	0,140	0,081
Ansiedad				
Antes	0,150	0,051	0,161	0,051
Después	0,102	0,081	0,131	0,063

Fuente: Anexo 04 (STAI).

En cuanto al primer requisito de las distribuciones que contrastan nuestras hipótesis, según grupos y momentos del estudio, podemos observar que, todas las distribuciones fueron normales ($p\text{-valor} > 0,050$), bajo el contraste de Kolmogorov-Smirnov; y dado que el objetivo del estudio fue comparar distribuciones numéricas (puntajes alcanzados en la dimensiones y el inventario STAI), empleamos un contraste estadístico paramétrico para tal fin, el usado, fue el estadístico de contraste *t de Student para medidas repetidas*.

Tabla 10: Pruebas de homogeneidad para las distribuciones de contraste evaluadas en los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Homogeneidad	ni = 170	
	Grupo experimental	Grupo control
	F	p-valor
Ansiedad Estado		
Antes	35,950	0,000
Después	16,773	0,000
Ansiedad Rasgo		
Antes	44,224	0,000
Después	43,003	0,000
Ansiedad		
Antes	47,785	0,000
Después	30,336	0,000

Fuente: Anexo 04 (STAI).

En tanto al segundo requisito de las distribuciones que contrastan nuestras hipótesis, según grupos y momentos de estudio, podemos observar que, todas las distribuciones no resaltaron homogéneas ($p\text{-valor} < 0,050$), bajo el contraste de Levene; esto puede deberse a una gran variación entre los grupos respecto de los momentos; y dado que el objetivo del estudio fue comparar distribuciones numéricas (puntajes alcanzados en las dimensiones y el inventario STAI), empleamos la variante del *t de Student para medidas repetidas, cuando no se han asumido varianzas iguales*.

Tabla 11: Evaluación de la ansiedad estado expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Ansiedad Estado	ni = 170					
	Grupo experimental			Grupo control		
	Media	DE	Error tip.	Media	DE	Error tip.
Antes	32,9	14,0	1,1	33,8	7,5	0,6
Después	27,3	11,9	0,9	33,6	7,6	0,6

Fuente: Anexo 04 (STAI).

Al haberse cumplido los supuestos necesarios para emplear el contraste estadístico comparativo (*t de Student para medidas repetidas, cuando se han asumido varianzas iguales*), comparamos los grupos en estudio entre momentos.

Al comparar la Ansiedad Estado (la cual hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo, ya que se presenta en circunstancias que son percibidas por el individuo como amenazantes o peligrosas) entre los grupos en estudio, apreciamos que, la media en el grupo experimental ha disminuido considerablemente desde el momento “Antes” [Mean 32,9; DE +-14,0; ET 1,1] hasta el momento “Después” [Mean 27,3; DE +-11,9; ET 0,9] de la aplicación de la música terapia. Mientras que, en el grupo de control casi no ha habido diferencias desde el momento “Antes” [Mean 33,8; DE +-7,5; ET 0,6] hasta el momento “Después” [Mean 33,6; DE +-7,6; ET 0,6] de la aplicación del soporte emocional.

Tabla 12: Comparación de medias en la ansiedad estado expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

ni = 170						
Ansiedad Estado	Grupo experimental			Grupo control		
	Diferencia	t	p-valor	Diferencia	t	p-valor
	de medias			de medias		
Antes						
Después	5,6	8,796	0,000	0,1	1,342	0,181

Fuente: Anexo 04 (STAI).

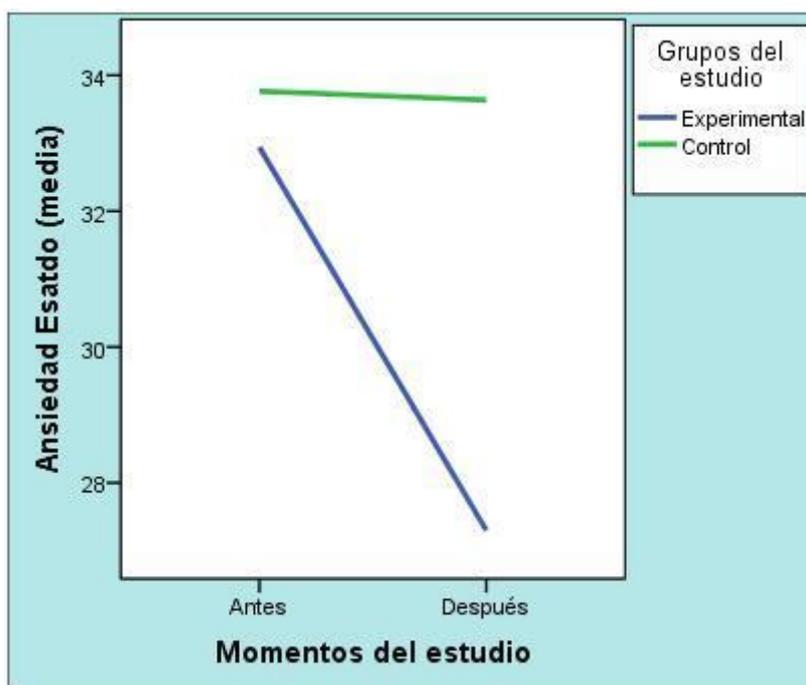


Figura 10: Líneas para comparar la ansiedad estado en los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Al comparar las medias de la Ansiedad Estado según grupos y momentos del estudio, se denota una diferencia de 5,6 puntos entre los momentos antes y después

de la aplicación de la musicoterapia en el grupo de experimento, dicha diferencia fue significativa a todo nivel [$t = 8,796$; $p = 0,000$]; mientras tanto, en el grupo control se estableció una diferencia ínfima de 0,1 puntos siendo esta no significativa [$t = 1,342$; $p = 0,181$]. Con este resultado podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad y aceptar la alterna de diferencia. Es decir, *el grado de ansiedad estado en el grupo experimental no es el mismo que en el grupo control durante los momentos evaluados; dado que los pacientes que recibieron la musicoterapia disminuyeron sus niveles de ansiedad en mayor medida que los pacientes que recibieron el soporte emocional.*

El gráfico 10, nos ilustra mejor sobre dicha diferencia, al mostrarnos las líneas agrupadas y diferenciadas por color, en donde, la media del grupo experimental (línea azul) tiene una tendencia marcada hacia la disminución; en tanto la media del grupo control (línea verde) tiene una tendencia a mantenerse estable.

Tabla 13: Evaluación de la ansiedad rasgo expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Ansiedad Rasgo	n _i = 170					
	Grupo experimental			Grupo control		
	Media	DE	Error tip.	Media	DE	Error tip.
Antes	24,6	13,1	1,0	21,8	5,9	0,5
Después	24,0	12,4	1,0	21,7	5,9	0,5

Fuente: Anexo 04 (STAI).

Al comparar la **Ansiedad Rasgo** (la cual es una característica de la personalidad relativamente estable, donde el individuo tiende a reaccionar de forma ansiosa de manera predispuesta y con estados de ansiedad de gran intensidad) entre los grupos en estudio, apreciamos que, la media en el grupo experimental se ha mantenido casi estable desde el momento “Antes” [Mean 24,6; DE +-13,1; ET 1,0] hasta el momento “Después” [Mean 24,0; DE +-12,4; ET 1,0] de la aplicación de la música terapia. De manera similar, en el grupo de control casi no se ha notado las diferencias desde el momento “Antes” [Mean 21,8; DE +-5,9; ET 0,5] hasta el momento “Después” [Mean 21,7; DE +-5,9; ET 0,5] de la aplicación del soporte emocional.

Tabla 14: Comparación de medias en la ansiedad rasgo expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

ni = 170						
Ansiedad Rasgo	Grupo experimental			Grupo control		
	Diferencia de medias	t	p-valor	Diferencia de medias	t	p-valor
Antes						
Después	0,7	3,869	0,000	0,1	2,144	0,033

Fuente: Anexo 04 (STAI).

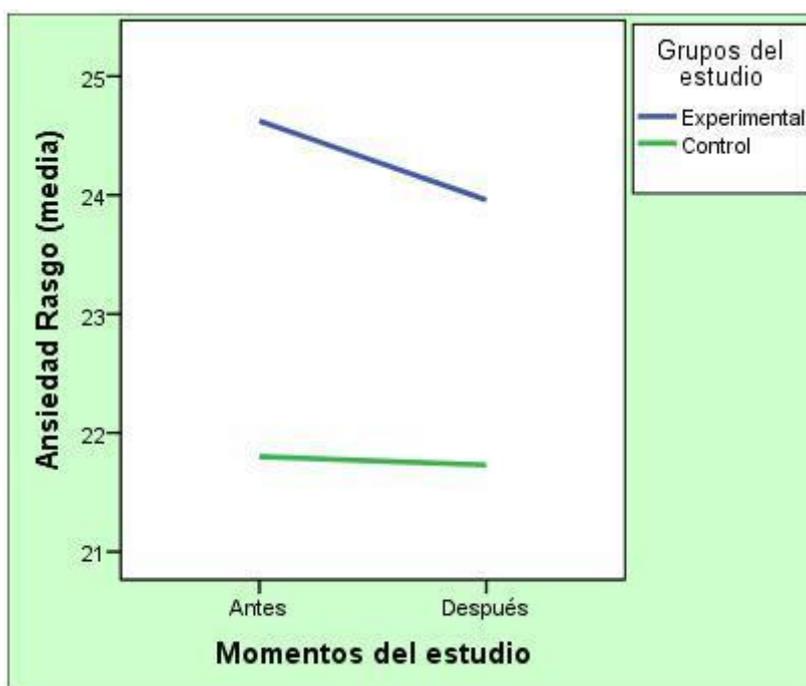


Figura 11: Líneas para comparar la ansiedad rasgo en los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Al comparar las medias de la **Ansiiedad Rasgo** según grupos y momentos del estudio, se denota una diferencia de 0,7 puntos entre los momentos antes y después

de la aplicación de la musicoterapia en el grupo de experimento, dicha diferencia resultó significativa [$t = 3,869$; $p = 0,000$]; mientras tanto, en el grupo control se estableció una diferencia ínfima de 0,1 puntos siendo esta también significativa [$t = 2,342$; $p = 0,033$]. Con este resultado podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad y aceptar la alterna de diferencia, pero en ambos grupos. Mejor dicho, *el grado de ansiedad rasgo en el grupo experimental y en el grupo control no es el mismo durante los momentos evaluados; dado que los pacientes que recibieron la musicoterapia y el soporte emocional disminuyeron sus niveles de ansiedad aunque en mínimo grado.*

La figura 11, nos permite evaluar con mayor detalle las diferencias encontradas, al mostrarnos las líneas agrupadas y diferenciadas por color, en donde, la media del grupo experimental (línea azul) y grupo control (línea verde) tienen una tendencia débil hacia la disminución.

Tabla 15: Evaluación de la ansiedad expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Ansiedad	n _i = 170					
	Grupo experimental			Grupo control		
	Media	DE	Error tip.	Media	DE	Error tip.
Antes	57,6	25,6	2,0	55,6	11,7	0,9
Después	51,3	20,7	1,6	55,4	11,8	0,9

Fuente: Anexo 04 (STAI).

Al comparar la **Ansiedad** (sensación o estado emocional de respuesta normal ante determinadas situaciones que desembocan en síntomas somáticos de tensión) entre los grupos en estudio, apreciamos que, la media en el grupo experimental ha disminuido considerablemente desde el momento “Antes” [Mean 57,6; DE +-25,6; ET 2,0] hasta el momento “Después” [Mean 51,3; DE +-20,7; ET 1,6] de la aplicación de la música terapia. Mientras que, en el grupo de control casi no ha habido diferencias desde el momento “Antes” [Mean 55,6; DE +-11,7; ET 0,9] hasta el momento “Después” [Mean 55,4; DE +-11,8; ET 0,9] de la aplicación del soporte emocional.

Tabla 16: Comparación de medias en la ansiedad expresada por los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

n _i = 170						
Ansiedad	Grupo experimental			Grupo control		
	Diferencia de medias	t	p-valor	Diferencia de medias	t	p-valor
Antes	6,3	8,667	0,000	0,2	1,892	0,060
Después						

Fuente: Anexo 04 (STAI).

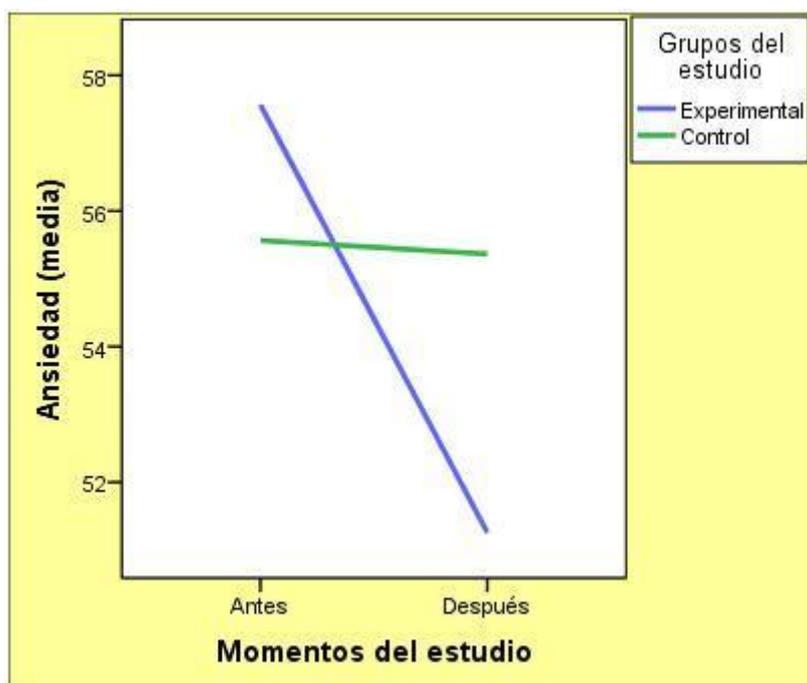


Figura 12: Líneas para comparar la ansiedad en los pacientes de cirugía programada, según grupos y momentos del estudio; Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.

Al comparar las medias de la Ansiedad, a nivel global, según grupos y momentos del estudio, se denota una diferencia de 6,3 puntos entre los momentos antes y después de la aplicación de la musicoterapia en el grupo de experimento,

dicha diferencia resultó significativa a cualquier nivel [$t = 8,667$; $p = 0,000$]; por otro lado, en el grupo control se estableció una diferencia casi imperceptible de 0,2 puntos siendo no significativa [$t = 1,892$; $p = 0,060$]. Con este resultado podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad y aceptar la alterna de diferencia. Es decir, *el grado de ansiedad en el grupo experimental no es la misma que en el grupo control durante los momentos evaluados; dado que los pacientes que recibieron la musicoterapia disminuyeron sus niveles de ansiedad, y los que recibieron el soporte emocional no.*

Este último gráfico, nos permite identificar con mejor detalle las diferencias halladas, al mostrarnos las líneas agrupadas y diferenciadas por color, en el cual, la media del grupo experimental (línea azul) tiene una tendencia marcada al descenso, mientras que la media del grupo control (línea verde) conserva una tendencia a mantenerse estable.

CAPITULO VI

6. DISCUSION

6.8. Contrastación de los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos de las bases teóricas.

El tema de la musicoterapia, no solo incluye la música y sus componentes, sino la parte más importante está considerado en, los efectos que produce en el organismo sano o enfermo, ya sea el ruido, las vibraciones, la frecuencia o el movimiento.

Gutiérrez de Pando ³³, menciona que, la música y los elementos sonoros, por sus variadas y abundantes cualidades y características, usados como medio de transformación, nos permiten un amplio abanico de posibilidades de acción y ejecución de las diferentes técnicas para lograr los objetivos previamente establecidos por el musicoterapeuta y en algunos casos por el paciente.

En la condición natural de todo ser humano, la música es considerada como un medio de transporte a la sublimidad del momento dependiendo del estado de ánimo de la persona ya que sus ámbitos de aplicación son muchos y muy variados que provocan cambios anímicos en el organismo.

La música es una forma de arte valorada a lo largo de toda nuestra vida. Este hecho que puede ser disfrutado y valorado por personas de todas las edades, contribuye a su flexibilidad como herramienta terapéutica. Las experiencias musicales y las relaciones que se desarrollan a través de ellas, sirven como fuerzas dinámicas de cambio, posibilitando el proceso musicoterapéutico³⁴.

Poch³⁵, citado por Gutiérrez de Pando, refiere que en la musicoterapia se consideran dos campos muy amplios: la curación y la prevención. El ámbito curativo es el que más se ha tenido en cuenta por parte de los musicoterapeutas y la musicoterapia preventiva, igual que la medicina preventiva, es una rama todavía nueva.

A continuación se analizan los límites y alcances teóricos y metodológicos del presente trabajo. Asimismo, se describen los planteamientos realizados por las investigadoras y, a su vez, se contrastan los hallazgos y

resultados mediante los instrumentos válidos y fiables que fueron aplicados; donde se encontró que la musicoterapia mejora la condición recuperativa en los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años en el hospital “Hermilio Valdizán” de Huánuco, en el 2014.

6.8.1. Aporte científico de la investigación.

Se logró observar que a la luz de los conocimientos actuales, la musicoterapia actúa sobre la recuperación del paciente durante la fase post operatoria, ya que la Ansiedad Estado en la cual hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo, son percibidas por el individuo como amenazantes o peligrosas por lo que se apreció entre los grupos en estudio, disminuyó considerablemente desde el momento “Antes” hasta el momento “Después” de la aplicación de la música terapia: por lo que concordamos con el estudio realizado por Aparicio Jordá³⁶ et al, donde concluyen en el estudio que dependerá del tipo de anestesia recibida y el nivel de ansiedad, donde la ansiedad va en aumento, siendo mayor en anestesia general y raquídea y disminuyendo de forma importante en anestesia local; no obstante, al recibir musicoterapia la ansiedad del paciente disminuye notablemente sea cual sea el tipo de anestesia recibida.

- Existe un consenso de la necesidad de estudiar a los pacientes programados para cirugía que el soporte emocional que brinda la enfermera no es suficiente para disminuir el estado ansioso que se manifiesta en todo paciente para afrontar con tranquilidad este proceso quirúrgico; por lo que a través de este estudio se ha logrado demostrar la efectividad entre la musicoterapia por sobre el soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años en el Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014.
- El proceso quirúrgico sin lugar a dudas, es un evento estresante y singular en la vida de las personas, el que provoca ya sea preocupaciones en sus diferentes áreas de vida, porque estas se resumen en ideas de frustración, de dependencia física, el no despertar de la anestesia, el dolor, la enfermedad, el retraso laboral, la recuperación o finalmente la muerte.

- Estudios demuestran que cuando se prepara a la persona psicológicamente para cualquier intervención quirúrgica, proveyéndole información, enseñándole técnicas de relajación, escuchándole y eliminando sus miedos, la ansiedad disminuye, la estadía hospitalaria es más corta, el dolor es menor; por lo tanto, menor necesidad de analgésicos, el post operatorio es más corto y la persona tiene un sentido de bienestar y de control ³⁷

CONCLUSIONES

Se aprecia las características generales de los pacientes de cirugía programada, según grupos de estudio; donde un [55% (93)] se ubicaron entre las edades de 25- 35 años; en cuanto al género prevaleció el femenino en [92% (54,1)]; y, respecto al estado civil, la mayoría refirió que fueron casados [39,4%(67)].

Por otro lado, se observa características religiosas de la muestra en estudio, donde la mayoría de ellos, señalaron ser católicos [83,5% (142)]; y como lugar de procedencia pertenecen a la zona rural 66,5%(113) y solo [14,1% (24)]; de la zona urbano marginal.

Respecto a las Características sobre la Cirugía, tanto el grupo experimental y grupo control, tienen conocimiento sobre la Cirugía [100% (170)] en ambos grupos de estudio. Existe una mínima diferencia entre el grupo experimental y control sobre si Conoce sobre su enfermedad siendo que el grupo experimental presenta [76,5% (130)] y el grupo control [75,9% (129)] de conocimiento y comprende toda la información el grupo experimental [62,9% (107)] y el grupo control [62,4% (106)], respecto a si Conoce el tiempo aproximado de duración de la cirugía el grupo experimental 93,5% (159)] no conocen y si ha tenido experiencia sobre una operación anterior el grupo experimental [77,1% (131)] no lo tuvieron y finalmente en ambos grupos de estudio si hablaron con el personal de salud sobre sus dudas alcanzando un [60,6% (103)] que si lo hicieron.

En las dimensiones del **soporte emocional** brindado a través del Cuidado de Enfermería, el cual, cabe mencionar, solo se ha brindado a los integrantes del grupo control, al describir el nivel cognitivo – subjetivo en los cuales tuvo que aplicarse el Cuidado Enfermero en los pacientes de cirugía programada, podemos denotar que, solo en el grupo control, la mayoría mostro preocupación [100,0% (170)]; miedo [77,6% (132)]; inseguridad [68,8% (117)]; y temor [60,0% (102)]. Mientras que los aspectos subjetivos como los pensamientos negativos sobre uno mismo [90,0% (153)]; y la dificultad para decidir [84,1% (143)] no se presentaron en la mayoría de estos.

Al describir el nivel fisiológico donde se aplicaron los cuidados de enfermería en los pacientes de cirugía programada, podemos denotar, solo en el grupo control, que la mayoría mostro sequedad oral [75,3% (128)]; tensión muscular [71,8% (122)]; y molestias estomacales [54,1% (92)]. Mientras que el resto de efectos fisiológicos no se presentaron con mucha frecuencia [$< 50,0\%$].

Al describir el nivel motor donde se aplicaron los cuidados de enfermería en los pacientes de cirugía programada, podemos identificar, solo en el grupo control, que la mayoría presentó semblante atento [82,4% (140)]; impaciencia [74,7% (127)]; e intranquilidad motora [70,0% (119)]. Mientras que el resto de aspectos motores como la irritabilidad [100,0% (170)] el tartamudeo [100,0% (170)]; el temblor observable [92,4% (157)]; el llanto [84,1% (143)]; y el evitar la situación [64,1% (109)] no se presentaron con mucha frecuencia.

En esta sección, describiremos las características valoradas durante la aplicación de la musicoterapia brindado a través del Cuidado de Enfermería, el cual, cabe recalcar, solo se ha aplicado a los integrantes del grupo experimental.

Al identificar las características principales en la aplicación de la musicoterapia durante el Cuidado Enfermero en los pacientes de cirugía programada, podemos apreciar que, solo en el grupo de experimento, en su mayoría de pacientes tuvieron preferencia por la música instrumental [60,0% (102)]; a una tolerancia de 60 decibelios [70,0% (119)]; por un periodo de hasta 30 minutos [62,9% (107)].

Al evaluar los niveles de ansiedad presentados por los pacientes de cirugía programada según grupos y momentos del estudio, evidenciamos que, en el grupo experimental, en el momento antes de aplicar la musicoterapia, los niveles de ansiedad eran Leve [39,4% (67)], Moderado [34,1% (58)], y Severo [12,4% (21)]; para modificarse después de la aplicación de la música terapia a Leve [48,2% (82)], Moderado [34,1% (58)], y severo [2,9% (5)]; es decir disminuye la ansiedad de nivel severo y se incrementa el de nivel leve. Cosa contraria ocurre con el grupo control, donde los niveles de ansiedad se mantienen constantes antes y después de la aplicación del soporte emocional.

En cuanto al primer requisito de las distribuciones que contrastan nuestras hipótesis, según grupos y momentos del estudio, podemos observar que, todas las

distribuciones fueron normales (p -valor $> 0,050$), bajo el contraste de Kolmogorov-Smirnov; y dado que el objetivo del estudio fue comparar distribuciones numéricas (puntajes alcanzados en la dimensiones y el inventario STAI), empleamos un contraste estadístico paramétrico para tal fin, el usado, fue el estadístico de contraste *t de Student para medidas repetidas*.

En tanto al segundo requisito de las distribuciones que contrastan nuestras hipótesis, según grupos y momentos de estudio, podemos observar que, todas las distribuciones no resaltaron homogéneas (p -valor $< 0,050$), bajo el contraste de Levene; esto puede deberse a una gran variación entre los grupos respecto de los momentos; y dado que el objetivo del estudio fue comparar distribuciones numéricas (puntajes alcanzados en las dimensiones y el inventario STAI), empleamos la variante del *t de Student para medidas repetidas, cuando no se han asumido varianzas iguales*

Al comparar las medias de la Ansiedad Estado según grupos y momentos del estudio, se denota una diferencia de 5,6 puntos entre los momentos antes y después de la aplicación de la musicoterapia en el grupo de experimento, dicha diferencia fue significativa a todo nivel [$t = 8,796$; $p = 0,000$]; mientras tanto, en el grupo control se estableció una diferencia ínfima de 0,1 puntos siendo esta no significativa [$t = 1,342$; $p = 0,181$]. Con este resultado podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad y aceptar la alterna de diferencia. Es decir, *el grado de ansiedad estado en el grupo experimental no es el mismo que en el grupo control durante los momentos evaluados; dado que los pacientes que recibieron la musicoterapia disminuyeron sus niveles de ansiedad en mayor medida que los pacientes que recibieron el soporte emocional*.

Al comparar las medias de la Ansiedad Rasgo según grupos y momentos del estudio, se denota una diferencia de 0,7 puntos entre los momentos antes y después de la aplicación de la musicoterapia en el grupo de experimento, dicha diferencia resultó significativa [$t = 3,869$; $p = 0,000$]; mientras tanto, en el grupo control se estableció una diferencia ínfima de 0,1 puntos siendo esta también significativa [$t = 2,342$; $p = 0,033$]. Con este **resultado podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad y aceptar la alterna de diferencia**, pero en ambos grupos. **Mejor dicho, el grado de ansiedad rasgo en el grupo experimental y en el grupo control no es el mismo durante los momentos evaluados; dado que los pacientes que recibieron**

la musicoterapia y el soporte emocional disminuyeron sus niveles de ansiedad aunque en mínimo grado.

SUGERENCIAS

- Abordar estudios cualitativos, con respecto a la temática en estudio.
- Replicar los resultados de este estudio de investigación, indicando que la musicoterapia resulta ser una buena opción para disminuir el estado ansioso del paciente de cirugía programada, pero para ello es necesario conocer de antemano la calidad o variedad de sonido musical, intensidad o frecuencia a los que se hallan acostumbrados los pacientes.
- Estudiar la musicoterapia en aplicación a los pacientes de cirugía programada sin tener en cuenta las edades como una intervención previa antes, durante o después de un procedimiento, ya sea para reducir la ansiedad o el dolor.
- Utilizar la música como un complemento de la terapéutica y otras actividades de relajación y control de la ansiedad y el dolor del paciente de cirugía programada.
- Fomentar en los establecimientos de salud la utilización de la musicoterapia como una opción de tratamiento en los niveles cognitivo-subjetivo, fisiológicos y motor y cambio en el comportamiento humano que se logran gracias a los efectos relajantes o enervantes de la música.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Escarnilla Rocha, M. El Estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación. Universidad Laveriana.
http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm p. 36
2. Ibid. P 45
3. Ariño Trasobares, V. La Terapia Musical en Enfermería. Universidad de Zaragoza Escuela de Ciencias de la Salud. 2012.
<http://invenio2.unizar.es/record/7275/files/TAZ-TFG-2012-112.pdf> p. 6
4. Ibid p. 11
5. Escarnilla Rocha, M. op cit p. 57
6. Huercanos Esparza, Isabel. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Biblioteca Las Casas–Fundación Index.
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.pdf>
7. Mercadal, Melissa. La aplicación de la musicoterapia con trastornos del Comportamiento en niños y adolescentes/Máster de Musicoterapia. Universitat Ramon Llull. Barcelona p 2
8. Escarnilla R, M. op cit p 68
9. Ibid p. 69
10. Ibid p. 71
11. Aparicio Jordá, M.L., Cano Sánchez, A.B., Gambín González, L., Méndez Martínez, B., Sánchez Martínez, J., Bueno Valdés, L., López Montesinos, M.J., Campillo Cascales, M.J. revista electrónica semestral de Enfermería. Noviembre 2014. N° 5 p.2- 4
12. Gigante Pérez, Crispín. Efectos de la Musicoterapia receptiva sobre la ansiedad y el estrés (cortisol) en una población joven universitaria. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá. Madrid. Diciembre 2010.
13. Serra Vila, Mireia. Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo. Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación de Esport Blanquerna. Universidad Ramon Llull. Barcelona 2012.

14. Zabala Guerrero, Jineth Cristina. Intervención musicoterapéutica en la unidad de quimioterapia Ambulatoria Hospital J. J. Aguirre. Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina. Universidad Pedagógica Nacional de Colombia Universidad de Chile, Facultad de artes, Escuela de posgrados.
15. García Bermúdez, M. V., Díaz Cuesta, R. M., Romero, Jaime, L., Santos Sotres, Jesús, y Pérez Romero, Efrén, Ocaña López, Francisco. Efectos de la musicoterapia sobre la ansiedad generada durante la atención dental, en las mujeres embarazadas en el Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Perinatología. Universidad Tecnológica de México. Artículo original. Vol. LXI, No. 2 Marzo-Abril 2004 pp 59-64.
16. Serna-Oviedo Gabriela y Cheverría Rivera, Sofía. Artículo original. Enf. Neurol (Mex) Vol. 12, No. 1: 18-26, 2013 ©INNN, 2010
17. Contreras Rojas, Eva Gisela Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Enfermería. P 6
18. Hodges (1998), citado por Toribio Girón, Paola Alejandra, González Marroquín, Rita María [Tesis licenciatura]. La musicoterapia y sus beneficios en la formación académica y actitudinal del niño y de la niña. Guatemala, marzo de 2012.p 34
19. Ibid 35
20. Poch Blasco²⁰ citado por Toribio Girón, Paola Alejandra, González Marroquín, Rita María [Tesis licenciatura]. La musicoterapia y sus beneficios en la formación académica y actitudinal del niño y de la niña. Guatemala, marzo de 2012.p 36
21. Ibid, 37
22. Del Olmo Barros, María Jesús. "Musicoterapia con bebés de 0 a 6 meses en cuidados intensivos pediátricos". Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3718/25734_olmo_barros_mjesus_del.pdf?sequence=1p.31
23. Izquierdo Botica, Fátima. Psicología especializada en Terapia cognitivo-conductual. Artículo publicado en el número 58 de la Revista 'Corazón y Salud' Musicoterapia un vehículo para la salud.
24. Leguizamón, Mariel. La educación musical y la discapacidad.
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/39492/Documento_completo.pdf?sequence=1.

25. Palacios Sanz, José Ignacio. El concepto de musicoterapia a través de la Historia. Revista Electrónica de Leeme. Lista electrónica europea de música en la educación. N° 13, mayo 2004. Universidad de Valladolid
26. Sánchez Arjona, Silvia María. Revista Musicoterapia como recurso educativo para personas discapacitadas: Parte I. N° 37. Innovación y Experiencias Educativas. [en línea] 2010 Diciembre. [Fecha de acceso 14 de marzo 2015]; 37 p.1. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_37/SILVIA_MARIA_SANCHEZ_ARJONA_01.pdf. p.11
27. Ramos Loyo, Julieta. El cerebro y la música. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.neurociencias.org.ve/cont-educ-laboratorio-de-neurociencias-luz/semana-cerebro-2009/El_cerebro_y_la_musica.pdf. Consulta: 14 de marzo 2015 p. 27
28. Ibid p. 30
29. Ibid p. 31
30. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Utilidad de la musicoterapia. Usefulness of Music Therapy. Evidencia - Actualización en la Práctica Ambulatoria. Agosto 2008 p.113
31. Ibid p. 114
32. Sánchez Arjona, Silvia María. Op cit p.39
33. Gutiérrez de Pando, Aina Camp. Método Bonny, Imaginación. Guiada con música; Orígenes, fundamentos teóricos y recientes aplicaciones prácticas. Instituto Superior de Estudios Psicológicos. Barcelona 2013.
34. Del Campo San Vicente, Patxi. La música en musicoterapia. BROCAR 37 (2013) 145-154
35. Poch Blasco, S. (1999-2002). Compendio de musicoterapia, I, II. Barcelona: Herder, S.A. pp6
36. Aparicio Jordá, M.L., Cano Sánchez, A.B., Gambín González, L., Méndez Martínez, B., Sánchez Martínez, J., Bueno Valdés, L., López Montesinos, M.J., Campillo Cascales, M.J. revista electrónica semestral de Enfermería. Noviembre 2014. N° 5
37. Escarnilla Rocha, M. op cit pp 80

ANEXOS

CODIGO

FECHA:.....

ANEXO 01

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

TITULO: “Efectividad de la musicoterapia y soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años en el Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014”

INSTRUCCIONES: Estimado usuario, se le solicita contestar las preguntas de forma veraz. Es anónimo, por lo que se le ruega contestar objetivamente para obtener un buen resultado en la investigación.

I. DATOS GENERALES

1	¿Cuántos años tiene usted?		
		
2	Sexo	Masculino ()	
		Femenino ()	
3	Estado Civil	a) Soltera(o) ()	
		b) Casada(o) ()	
		c) Conviviente ()	
		d) Divorciado ()	
		e) Viudo(a) ()	
4	Grado de Instrucción	a) Primaria ()	
		b) Secundaria ()	
		c) Superior ()	
5	Creencia religiosa	a) Católico ()	
		b) Evangélico ()	
		c) Protestante ()	
		Especifique: _____	

6	Lugar de procedencia	a) Rural b) Urbano marginal c) Urbano
---	----------------------	---

II. DATOS RELACIONADOS A LA CIRUGÍA

N°	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Sabe usted de que lo van a intervenir?		
2	¿Conoce usted en qué consiste su enfermedad?		
3	Le han informado ¿cuál será el procedimiento que seguirá su operación		
4	¿Ha comprendido toda la información?		
5	¿Sabe usted cuánto tiempo durará la cirugía?		
6	¿Ha podido hablar con el personal de salud sobre las dudas que ha tenido?		
7	¿Ha tenido experiencia sobre una operación anterior?		

CODIGO

FECHA:.....

ANEXO 02

GUIA DE OBSERVACION EVALUATIVA SOBRE EL APOYO EMOCIONAL DEL ENFERMERO

TITULO: “Efectividad de la musicoterapia y soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años en el Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014”

INSTRUCCIONES: Estimado enfermero (a), se le solicita marcar donde corresponde, de acuerdo a la observación analítica realizada al paciente de cirugía programada. Se le solicita compromiso y responsabilidad para la evaluación para obtener un buen resultado en la investigación.

Gracias por su colaboración

ACCIONES A EVALUAR	CALIFICATIVO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
A. NIVEL COGNITIVO			
SUBJETIVO			
Preocupación			
Temor			
Inseguridad			
Dificultad para decidir			
Miedo			
Pensamientos negativos sobre uno mismo			
B. NIVEL FISIOLÓGICO			
Sudoración			
Tensión muscular			
Palpitaciones			
Taquicardia			
Presión arterial elevada			
Dificultad respiratoria			
Temperatura elevada			

Incontinencia urinaria			
Molestias estomacales			
Temblor			
Mareo			
Nauseas			
Pilo erección			
Sensación de mariposas por el abdomen			
Dilatación de las pupilas			
Boca seca			
C. NIVEL MOTOR			
Observable			
Evita la situación			
Intranquilidad motora			
Impaciencia			
Tartamudeo			
Llanto			
Irritabilidad			
Semblante atento			

CODIGO

FECHA:.....

ANEXO 03

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

(STATE – TRAIT AXIETY INVENTORY, STAI)

TITULO: “Efectividad de la musicoterapia y soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años en el Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014”

INSTRUCCIONES: Estimado sr. (a., Srta.), a continuación encontrara unas frases que se utilizan para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación del 0 al 3 que indique mejor, ¿cómo se siente ud? ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Gracias por su colaboración

Ansiedad Estado (Después)

Nada = 0	Poco = 1	Bastante = 2	Mucho = 3
-----------------	-----------------	---------------------	------------------

N°	REACTIVOS	0	1	2	3
STAI-E1.	Me siento calmado(a)				
STAI-E2.	Me siento seguro(a)				
STAI-E3.	Estoy tenso(a)				
STAI-E4.	Estoy disgustado(a)				
STAI-E5.	Me siento cómodo (estoy a gusto) (a)				
STAI-E6.	Me siento alterado (a)				
STAI-E7.	Me preocupo ahora por posibles desgracias futuras				
STAI-E8.	Me siento descansado (a)				
STAI-E9.	Me siento angustiado (a)				
STAI-E10.	Me siento comfortable				

STAI-E11.	Tengo confianza en mí mismo(a)				
STAI-E12.	Me siento nervioso(a)				
STAI-E13.	Estoy intranquilo(a)				
STAI-E14.	Me siento atado (como oprimido) (a)				
STAI-E15.	Estoy relajado (a)				
STAI-E16.	Me siento satisfecho (a)				
STAI-E17.	Estoy preocupado (a)				
STAI-E18.	Me siento aturdido y sobre entusiasmado (a)				
STAI-E19.	Me siento alegre				
STAI-E20.	En este momento me siento bien				

Ansiedad Rasgo (Después)

Casi nunca = 0	A veces = 1	A menudo = 2	Casi siempre = 3
-----------------------	--------------------	---------------------	-------------------------

N°	REACTIVOS	0	1	2	3
STAI-R1.	Me siento bien(a)				
STAI-R2.	Me canso rápidamente				
STAI-R3.	Siento ganas de llorar				
STAI-R4.	Me gustaría ser tan feliz como otros				
STAI-R5.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
STAI-R6.	Me siento descansado (a)				
STAI-R7.	Soy una persona serena, tranquila y calmada				
STAI-R8.	Veó que las dificultades se acumulan y no puedo con ellas				
STAI-R9.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
STAI-R10.	Soy feliz				
STAI-R11.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
STAI-R12.	Me falta confianza en mí mismo(a)				

STAI-R13.	Me siento seguro(a)				
STAI-R14.	No suelo afrontar las crisis, ni dificultades				
STAI-R15.	Me siento triste, melancólico(a)				
STAI-R16.	Estoy satisfecho(a)				
STAI-R17.	Me rondan y molestan, pensamientos sin importancia				
STAI-R18.	Me afectan tanto las desilusiones, que no puedo olvidarlas				
STAI-R19.	Soy una persona estable				
STAI-R20.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado(a)				

CODIGO

FECHA:.....

ANEXO 04

CARACTERÍSTICAS DE LA MUSICOTERAPIA

TITULO: “Efectividad de la musicoterapia y soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 45 años en el Hospital Hermilio Valdizán - Huánuco 2014”

INSTRUCCIONES: Estimado enfermero (a), se le solicita marcar donde corresponde, de acuerdo a la observación analítica realizada al paciente de cirugía programada. Se le solicita compromiso y responsabilidad para la evaluación para obtener un buen resultado en la investigación.

Gracias por su colaboración

RESPECTO A LA MUSICA

1. Tuvieron mayor preferencia por la música	a) Clásica () b) Instrumental () c) Piano () d) Contemporáneo Instrumental ()
2. Tolerancia del volumen	a) 60 dB () b) 70 dB () c) 80 dB () d) 90 dB ()
3. Tiempo de tolerar la música	a) De 50 a 60 minutos () b) De 10 a 50 minutos () c) De 15 a 40 minutos () d) De 15 a 30 minutos ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**
Efectos de la Musicoterapia y Soporte Emocional, en la Disminución de la Ansiedad que presentan los pacientes de Cirugía Programada de 18 a 45 años en el Hospital “Hermilio Valdizan” – Huánuco, 2014.
Investigadoras
Lic. Enf. Aliaga Rojas, Gloria
Lic. Enf. Lezameta Patricio, Edith
Gloria Lic. Enf. Quispe Bullón, Yossi
- **Objetivo del estudio**
Demostrar la efectividad entre la musicoterapia por sobre el soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada.
- **Participación**
Participaran las pacientes programadas a alguna intervención quirúrgicas que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.
- **Procedimientos**
Se le aplicará un cuestionario, una guía de observación, un inventario de ansiedad estado-rasgo. Se tomará un tiempo aproximado de 30 minutos por cada sesión.
- **Riesgos / incomodidades**
No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- **Beneficios**
El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de mejorar su estado de ansiedad en caso lo tuviera para poder someterse a la intervención quirúrgica programada, sin temor, ni ansiedad.
- **Alternativas**
La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho. Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.
- **Compensación**
No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte de los investigadores, ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- **Confidencialidad de la información**
La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.
- **Problemas o preguntas**
Escribir al
Email: jossi@hotmail.com o comunicarse al Cel. #985721680

Email: lezameta@hotmail.com o comunicarse al Cel.
#962965211 Email: grojas@hotmail.com o comunicarse al Cel.
#985721680

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del paciente: _____



Firma de la investigadora: _____

Huánuco, 2016