UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO QUIRURGICO

EFECTIVIDAD ENTRE LA MUSICOTERAPIA Y SOPORTE EMOCIONAL, EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE 18 A 60 AÑOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO - HUÁNUCO 2013

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CUIDADO DE LA SALUD

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

TESISTAS :

LIC. ENF. ESPINOZA ARIAS, JESSICA SOLEDAD

LIC. ENF. ROBLES RAMÍREZ, MARÍA GISELLA

LIC. ENF. RUMI ALVAREZ, KATTY ROSSIO

ASESOR :

DRA. VERAMENDI VILLAVICENCIOS, NANCY GUILLERMINA

HUÁNUCO – PERÚ

2013

DEDICATORIA

A Dios, Todo Poderoso que siempre nos da la vida para ser mejores

A nuestros padres, que nos motivan siempre al desarrollo moral y profesional.

A nuestros amigos y amigas que nos apoyan a mejorar.

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

AGRADECIMIENTO

A Dios, por estar presente día a día en nuestras vidas, cuidándonos e iluminándonos en nuestras actividades.

A nuestras familias por ser el pilar de nuestra carrera.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, a la Facultad de Enfermería que nos ha visto crecer en gran progreso académico.

A nuestros asesores de tesis quienes supieron guiarnos y dedicarnos el tiempo necesario para realizar este trabajo de investigación.

A la Clínica San Juan Bosco Huánuco, por la colaboración y apoyo brindado en la elaboración de éste trabajo.

María, Katty y Jessica

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad determinar si la musicoterapia o el soporte emocional son efectivos frente al trastorno de ansiedad como resultado de las cirugías. Fue un estudio transversal, cuasiexperimental, observacional, comparativo realizado en el año 2013. Se incluyeron a personas de 18 – 60 años que presentaban ansiedad. Los resultados obtenidos fueron 12 casos; 5 (41.7%) fueron de sexo masculino, 7 (58.3%) femeninos. De éste total 91.66% presentaron ansiedad y el 8.33% no presentó ansiedad, se aplicó la musicoterapia y el soporte emocional a 2 grupos diferentes conformados con la misma cantidad llegándose a la conclusión que el soporte emocional es más efectivo que la musicoterapia para la disminución de la ansiedad y que se tienen que controlar otras variables como la luz sonidos externos, etc.

Palabras clave: Efectividad, ansiedad, musicoterapia, soporte emocional, paciente programado.

ABSTRACT

TYHEY SUMAMARIZE

Show it(subj) investigaction had as purpose to determine to if the sound therapy or the emocional support are effective in the face of the anxiety upset as a result of the surgeries. He was a transverse study, comparative obsevacional once 2013 was accomplished in the year. They included 18 people – 60 years that were presenting anxiety. The alternaths obtenidos were 12 cases; They were 5 of masculine sex, 7 femenine 41.7. Of this total 91.66.

Key words: Effectiveness, anxiety sound therapy, emotional support, patient once was programmed.

INDICE

Dedicatoria **2**

Agradecimiento **3**

Resumen **4**

Abstract **5**

Índice **6**

Introducción

Capitulo I

1. **ASPECTOS BASICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

1.1 Fundamento del problema…….. 6
1.2 Justificación de la investigación…… 7
1.3 Propósito…….. 9
1.4 Formulación del problema…… 9
1.5 Objetivos…….. 11

CAPITULO II

2. **ASPECTOS OPERACIONALES**

2.1 Hipótesis…… 13
2.2 Identificación de variables…… 14
2.3 Operacionalización de variables…….. 15
2.4 Definición de términos operacionales……16

CAPITULO III

3. **MARCO TEORICO**

3.1 Antecedentes de la investigación…….. 17
3.2 Bases teóricas…….. 20
3.2.1 Teoría de la Musicoterapia …….. 20
3.2.2 Teoría de Hildegarde Peplau …… 23

3.3 Bases conceptuales variable dependiente…… 26
3.3.1 Ansiedad …… 26
3.4 Bases conceptuales variable independiente……..32
3.4.1 Musicoterapia……32
3.4.1.1 Tipos de música ……33
3.4.1.2 Estructuras cerebrales en el proceso de la música……..34
3.4.2 Apoyo emocional……38

CAPITULO IV

4. ASPECTOS METODOLOGICOS

4.1 Ámbito de estudio……49
4.2 Población de estudio……..49
4.3 Muestra y muestreo……49
4.4 Tipo de estudio……51
4.5 Método de estudio……..51
4.6 Diseño de investigación……51
4.7 Métodos y técnicas de recolección de datos……...52
4.8 Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos….52
4.9 Procedimientos de recolección de datos……53
4.10 Elaboración de datos……..53
4.11 Análisis e interpretación de los datos……54

CAPITULO V

5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 Aspectos administrativos……54.
5.2 Cronograma de actividades……55
5.3 Recursos materiales o presupuesto……..56

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS ……60

ANEXOS ……61

INTRODUCCION

La situación de hospitalización, ya por sí sola, genera un elevado índice de ansiedad en los pacientes. Más aún si éstos van a ser sometidos a una serie de técnicas, que, en algunos casos, conllevan un incremento de la ansiedad ya existente. Éste estado físico – químico se debe fundamentalmente al impacto de la enfermedad (desde el punto de vista del sujeto enfermo), a la hospitalización y a las expectativas con respecto a los cuidados, tratamiento e intervenciones a las que puede.

Tradicionalmente, la ansiedad del paciente a sido considerada como algo colateral ajeno a los cuidados y que por lo tanto, sólo debe ser disminuida como entidad global. Sin embargo desde hace años se viene tipificando los distintos diagnósticos de enfermería posibles y la ansiedad es considerada como tal por tratarse de un problema que puede solucionarse con acciones de enfermería.

Se puede definir la ansiedad como " entre varias combinaciones de manifestaciones físicas y psíquicas, no atribuibles a un peligro real y que ocurre en forma de ataques o como un estado persistente". La palabra ansiedad se introdujo en el lenguaje como una traslación del término freudiano "AGNST" (angustia), el cual significaba una combinación de afecto negativo y arousal fisiológico.

En cualquier caso, aunque la ansiedad puede ser un reflejo de estado internos se asocia generalmente con sucesos estresantes externos, observando que algunas personas pueden ser más vulnerables que otros.

CAPITULO I

1. ASPECTOS BASICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Fundamentación 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.

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 todas estas 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 recuperación. 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.

Por consiguiente la 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.[1]

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.

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 especifico de conductas, sentimientos o a nivel fisiológico”.

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 60 años de la Clínica San Juan Bosco de la ciudad de Huánuco; finalmente con los resultados incidir en la práctica del ejercicio profesional en salud.

1.2 Justificación de la investigación

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 padece[2]

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.[3]

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 biopsicosocial.[4]

1.3 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.

1.4 Formulación del problema

Problema general:

¿Cuál es la efectividad entre la musicoterapia y soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013?

Problemas específicos:

- ¿Cómo identificar la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013?
- ¿Cómo evaluar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013?
- ¿De qué manera aplicar la musicoterapia en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013
- ¿De qué manera aplicar el soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013?
- ¿Cómo reevaluar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013?

1.5 Objetivos

General

Demostrar la efectividad entre la musicoterapia y soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco Huánuco 2013.

Específicos:

- Identificar la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013.
- Evaluar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013.
- Aplicar la musicoterapia en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013.
- Aplicar el soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013.

- Reevaluar el nivel de ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013.
- Valorar el efecto de la musicoterapia en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013.
- Valorar el efecto del soporte emocional en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013

- **Estadístico**:

Relacionar la efectividad de la musicoterapia y soporte emocional en la disminución de la ansiedad de los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años de la Clínica San Juan Bosco Huánuco 2013.

CAPITULO II

2. ASPECTOS OPERACIONALES

2.1 Hipótesis

Hipótesis de investigación

La musicoterapia y el soporte emocional son igualmente efectivos en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco – Huánuco 2013

Hipótesis alterna

La musicoterapia es efectiva en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013

El soporte emocional es efectivo en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013

Hipótesis nula

La musicoterapia no es efectiva en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013

El soporte emocional no es efectivo en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años en la Clínica San Juan Bosco - Huánuco 2013

2.2 Identificación de variables

Variable dependiente:

Ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada

Variable independiente:

Efectividad entre musicoterapia y soporte emocional

Variable interviniente:

- Edad
- Sexo
- Cirugía previa
- Tipo de cirugía

2.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
VARIABLE DEPENDIENTE				
Ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada	Identificación y valoración de la ansiedad	Numérica	Dimensiones Leve 0 - 10 Moderada 11 - 20 Severa 21 -30	Nominal politomica
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Efectividad de la musicoterapia y soporte emocional	Es efectiva, no es efectiva	Cualitativa	Si No	Nominal
VARIABLE DE INTERVINIENTE				
Sociodemográficos	Edad en años	Numérica	Nº, %, Media, D.E	De razón discreta
	Sexo	Cualitativa	Nº, %	Nominal dicotómica
	Cirugía previa	Numérica	Nº, %, Media, D.E	De razón discreta
	Tipo de cirugía	Cualitativa	Nº, %, Media, D.E	De razón discreta

2.4DEFINICION DE TERMINOS OPERACIONALES:

ANSIEDAD: El concepto de ansiedad 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.

EFECTIVIDAD: 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

SOPORTE EMOCIONAL: Clasificación de intervenciones de enfermería definida como la provisión de tranquilidad, resignación y ánimo durante los momentos de estrés.

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

INTERNACIONALES

YASMIN LORENA, PATERNINA PUENTES, Musicoterapia para el manejo de ansiedad y dolor en pacientes de cesárea electiva. Para optar el grado de Licenciada en Ciencias Medica y Medica Cirujana. Guatemala. Universidad Santiago Gálvez. 2010.

"la musicoterapia tiene impacto en la ansiedad preoperatoria, se comprobó que luego de la primera sesión de musicoterapia el porcentaje de pacientes con ansiedad preoperatoria disminuyo del 70% al 25%. Mientras que en el grupo control aumento del 66% al 70%"

URRUTIA, PATRICIA, Cuidados emocionales que brindan los enfermeros para pacientes quirúrgicos. Para optar el grado de Lic. En enfermería. Córdova.Universidad Nacional de Córdova. 2010

En su justificación del problema menciona lo siguiente: "Si bien es sabido que la ansiedad es un estado por el cual todo ser humano experimenta en situaciones estresantes, estado totalmente subjetivo, que se le debería dar la importancia del caso sin minimizar aquellos que verbalizan sus

necesidades y emociones respecto con los pacientes que no lo manifiestan verbalmente.

Por lo tanto se considera que el personal de enfermería debería retomar las bases o los pilares de la profesión tomando al paciente en forma holística ya que en la época en la cual estamos inmersos la batalla parece ser ganada por la tecnología dejando de lado la visión humanística de la cual todos prescindimos en todos los órdenes de la vida y que se agudiza aún más en un estado de vulnerabilidad como lo es la falta de la salud."

NACIONALES

LOURDES ANGELICA, GUEVARA CHUQUILLANQUI. Calidad de la interrelación enfermera – paciente según la Teoría de Peplau en el servicio de cirugía del Hospital Regional 2 de Mayo - 2004. Para optar el título profesional de Lic. en Enfermería. 2005

En su trabajo de investigación cita lo siguiente: El Ministerio de Salud (2002), desarrolla el sistema de gestión de la calidad en salud definiéndolo como **"el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y monitorear sus unidades prestadoras de salud en lo relativo a la calidad de la atención" (15).** Estableciendo políticas de calidad que orienten la gestión de calidad en el MINSA, señalando con relación a los trabajadores, la generación de una conciencia y cultura ética para lograr comportamientos responsables del personal, impulsar el desarrollo del potencial humano en salud, con el objetivo de lograr la satisfacción de los usuarios mejorando la

confianza de la población e incorporarlo en la identificación de necesidades y vigilancia de la calidad de los servicios que reciben, lograr la satisfacción de las personas que brindan el servicio mejorando sus competencias, y responsabilidad por la calidad del servicio de salud que proporcionan.

La calidad en salud se determina por una serie de características o aspectos necesarios para que el proceso asistencial sea considerado de calidad, lo cual se conoce como dimensiones de la calidad; Donabedian (1990); propone tres dimensiones; los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que establecen entre proveedor – usuario y el contexto o entorno de la atención.

LOCALES

No se han reportado

3.2 BASES TEORICAS

3.2.1 Teoría de la musicoterapia. Madrid: Mandala (1993).

La musicoterapia es el campo de la medicina que estudia el complejo sonido-ser humano-sonido; para utilizar el movimiento, el sonido y la música, con el objetivo de abrir canales de comunicación en el ser humano, para producir efectos terapéuticos, psicoprofilácticos y de rehabilitación en el mismo y en la sociedad. El complejo sonido-ser humano-sonido es un gran feed-back infinito y está formado por 5 sectores: A, B, C, D y E. En el sector A están los elementos que producen sonidos. En el sector B están los diferentes tipos de sonidos posibles, producidos

por los elementos del primer sector. En el sector C están los cuatro sistemas de percepción del sonido. Son cuatro formas que tiene el hombre de percibir sonidos. En los sordos, por ejemplo, predomina la percepción táctil. Una vez que el sonido es percibido por alguno de estos 4 canales de entrada, pasan a estimular estructuras internas del sistema nervioso, las cuales se exponen en el sector D. La activación de estos centros nerviosos producirán a su vez ciertas respuestas que da el hombre, y que figuran el sector E. El aparato de comunicación del hombre está formado por los órganos sensoriales (sector C), aparato evaluativo (sector D) y órganos efectores (sector E), a todo lo cual se agrega el cuerpo en general. El principio ISO (igual) base de todas las técnicas no-verbales y sobre todo de la Musicoterapia. Este principio funciona por ejemplo, cuando nos comunicamos con el bebé balbuceando IGUAL que él, o sea produciendo un sonido concordante. El principio de ISO sirve para abrir un canal de comunicación entre terapeuta y paciente, para lo cual es necesario que coincidan el tiempo mental del paciente con el tiempo sonoro-musical expresado por el terapeuta, o sea que el paciente pueda conectarse con el sonido que hace el musicoterapeuta. Por ejemplo, el terapeuta puede imitar los sonidos que produce el mismo niño autista, y éste se conecta a su vez con ese sonido. Hay distintos tipos o estructuras dinámicas de ISOS, distribuidos en el inconsciente y el preconsciente). Para aplicar la Musicoterapia hay tres lugares factibles: en el Gabinete de Musicoterapia, en la naturaleza y en un medio acuático como puede ser una piscina. El Gabinete de Musicoterapia es un lugar aislado de todo sonido exterior. Un relativo silencio favorece la relación del paciente, lo mismo que el color sedante de las paredes.

Una piscina también es un lugar apto. La temperatura debe ser cálida para no producir rechazo. Según la profundidad hay un sector superficial y otro profundo; en este último cambia la situación gravitacional y se recrea el clima intrauterino.

El agua tiene características regresivas y gratificantes, y funciona como objeto intermediario. Los instrumentos sono-musicales acuáticos deben permanecer en la superficie del agua y evitar que se hundan para no generar angustia por la desaparición del objeto intermediario. El instrumental para la musicoterapia va, en orden evolutivo, desde los instrumentos corporales (por ejemplo, cantar, silbar, batir palmas) y naturales. Luego vienen instrumentos cotidianos, instrumentos creados, musicales, convencionales y finalmente instrumentos electrónicos. Cuanto más primitivo sea el instrumento, mejor para la musicoterapia (por ejemplo, uno hecho de una caña de bambú es preferible a uno hecho de metal o plástico). La música ejerce un efecto regresivo, especialmente importante en las regresiones arcaicas donde el sujeto llega a niveles hasta fetales. Los psicóticos, autistas, etc. hicieron estas regresiones y la forma de acercarse a ellos es con la música. Se pueden usar tests proyectivos sonoros, donde se hacen escuchar sonidos ambiguos y confusos. La música electrónica, aunque no haya intérpretes o compositores humanos (lo hace una máquina) es útil como recurso de producción de sonido. Un grupo de musicoterapia didáctica puede estar integrado por un número no mayor de 10 personas, incluyendo médicos, enfermeras, psicólogos, educadores, etc., y no es preciso tener conocimientos musicales. Los grupos deben ser cerrados: deben ser los mismos al principio y al final del

tratamiento. La forma ideal es una sesión semanal durante un año, experiencia que puede repetirse dos o tres años seguidos. En la primera hora de sesión se trabaja en un contexto no-verbal y pre-verbal sonoro-musical y de movimiento, y es dirigido por un musicoterapeuta. En la segunda hora se hace una elaboración verbal de lo acontecido y trabaja un psicoterapeuta que en la hora anterior estuvo como observador participante. Se especifica un encuadre en cuanto a tiempo de sesiones, consignas, trabajo a realizar, etc. En el capítulo 3 se ilustra la técnica mediante el caso clínico complejo.

3.2.2 TEORÍA DE HILDEGARDE PEPLAU

La enfermería es una ciencia joven, ya que desde sus orígenes era considerada como ocupación basada con la experiencia de práctica y el conocimiento común y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, esto nace con la primera teoría de enfermería, donde Florencia Nightingale con su teoría de entorno, sienta las bases de la enfermería profesional, a partir de aquí nacen nuevas teorías, cada teoría aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado.

Haldeare Peplau en 1952, desarrolla la Primera teoría sobre el ejercicio de la enfermería, describe los cuidados enfermeros según una perspectiva centrada en la relación interpersonal la Relación enfermera – paciente según Peplau:**“Es un proceso interpersonal terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable”.**

La práctica enfermera inspirada en el modelo conceptual de Peplau exige desarrollo de competencia en las relaciones interpersonales y la resolución de problemas particularmente el apoyo en el aprendizaje, la utilización productiva de la energía que proviene de la enfermedad y el reconocimiento del lenguaje verbal como reflejo de las creencias y conocimientos de las personas. Para Peplau la enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable. Contempla el proceso de enfermería con una serie de casos secuénciales que se centran en las interacciones terapéuticas incluyen la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; tanto la enfermera y el paciente aprende el proceso de resolución del problema a partir de su relación.

Peplau describe cuatro Fases en la Interrelación Enfermera – Paciente

Orientación: Es el inicio de las relaciones, cuando el paciente reconoce una sensación de necesidad y busca ayuda profesional. Es importante en esta fase y para el proceso de la relación Enfermera – Paciente como la enfermera entra en relación con el paciente, en el momento en que él toma contacto con la Institución de Salud. Esto determinara si el paciente acepta la ayuda propuesta por la enfermera y asegurar la continuidad de cuidado. La Enfermera tendrá que usar al

máximo los recursos personales y profesionales para ayudar al paciente tanto a reconocer y comprender su problema como a determinar su necesidad de ayuda.

Esta fase es clave para marcar el éxito o fracaso de la interacción ya que esta propicia un canal seguro y productivo entre la enfermera y el paciente.

Identificación: Cuando la primera impresión se clarifica, el paciente conoce la situación y responde de una manera selectiva a las personas que pueden ayudarle mejor, se da inicio a la fase de Identificación. En la cual el paciente puede expresar sus sentimientos relacionados con la percepción del problema. La enfermera facilitara la exploración de sus sentimientos para ayudarle a sobrellevar la enfermedad como una experiencia que reoriente sus sentimientos y que refuerce los mecanismos positivas de la personalidad.

Aprovechamiento: Cuando ya se ha establecido la identificación del paciente con la enfermera, el sabe lo que puede esperar y lo que se le ofrece trata de aprovechar al máximo la relación Enfermera – Paciente para obtener las mayores beneficios posibles.

La enfermera ayudara al paciente a utilizar al máximo todas las posibilidades o alternativas de solución que hayan encontrado juntos. Durante esta fase el paciente puede probar la relación y experimentar sentimientos de dependencia e independencia. La enfermera debe tratar de satisfacer las demandas del paciente a medida que estas surgen conforme avance la recuperación; se puede ayudar al

paciente a identifica y dirigir nuevas metas y así disminuir la identificación con la persona que le brinda ayuda.

Resolución: Implica un proceso de liberación para tener éxito depende de las anteriores fases, se abandona de forma gradual los anteriores objetivos y se adoptan otros nuevos relacionados con el entorno psicosocial para que el paciente logre insertarse exitosamente en su entorno familiar y social.

La resolución exitosa se produce cuando ambos resumen su relación, su significado y su realización, de este modo se fomenta el crecimiento y la madurez del paciente y enfermera.

3.3 BASES CONCEPTUALES VARIABLE DEPENDIENTE

ANSIEDAD

La ansiedad es una reacción de los seres humanos que tiene por objeto un incremento de la activación fisiológica para ponernos en alerta ante posibles amenazas eternas y movilizamos para la acción para sortear dichas amenazas, y que sin duda ha sido fundamental para la supervivencia de la especie.

Desde este punto de vístala ansiedad es algo sano y positivo que nos ayuda en la vida cotidiana, sin embargo en la sociedad moderna esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica y muchas personas la viven como

una emoción negativa y muy desagradable, hasta el punto que una persona con un alto grado de ansiedad se considera que tiene un trastorno de ansiedad generalizada.

La ansiedad es una emoción que conlleva en algunas ocasiones a serias repercusiones, tanto psíquicas como orgánicas, es muy común que pueda tener su origen en el propio sujeto o estar provocada por un suceso externo.

En cualquier caso, hay situaciones que el ser humano está sometido a intensas presiones que pueden ser causa de ansiedad, un ejemplo de ello es el estar próximo a estar intervenido quirúrgicamente.

Cualquiera que sea la calidad y magnitud de agresión al individuo, su respuesta puede asumir diferentes modalidades psíquicas muy variables en calidad y magnitud, desde el malestar hasta la más compleja alteración de la personalidad y la conducta, relacionado con los trastornos psiquiátricos.

Existe una ansiedad mínima normal que está presente en todo enfermo y es lo que le confiere su condición de paciente, de ser sufriente, aunque mínima no significa sólo intensidad infirma del sufrimiento.

Un enfermo con varias crisis coronarias sufre por lo menos de ansiedad o angustia y ello no quiere decir que las vivencias sean mínimas o de poca intensidad. La ansiedad es normal en todo paciente por ser psicológicamente congruente con una situación de alarma, o de pérdida o de invalidez.

La ansiedad del latín *anxietas:* afligir, turbar, es un estado emocional propio de quien desea, espera o teme un acontecimiento importante o grave. Es un temor angustioso de peligro acompañado de inquietud y sentimientos de opresión en el epigastrio. Puede comenzar lenta o insidiosamente con sentimientos generales de tensión y molestias menores, o bien su comienzo puede ser agudo, caracterizado por una irrupción brusca de ataques de ansiedad que incapacitan al paciente pata cualquier tarea, los ataques de ansiedad agudos pueden aparecer repentinamente en una persona que hasta ese momento parecía tranquila y despreocupada pero con mayor frecuencia se presenta en personas con un fondo de ansiedad crónica donde muchos de los síntomas de la fase aguda han estado presente en baja intensidad por largos periodos.

En una crisis de ansiedad hay una explosión neurovegetativa, con síntomas en todos los aparatos y sistema; pero además se acompaña de cogniciones anticipatorios catastróficos y negativos, que mantienen la sintomatología. El *médico general* y no pocos especialistas se enfrentan cotidianamente con ansiedades, depresiones, irritabilidad y falta de control, cefaleas, e insomnios, que por su etiología, patogenia, significación e intensidad, no requieren de la atención psiquiátrica especializada. Pero será psicopatológica con necesidad de intervenir el psiquiatra, cuando estos trastornos, incluso la ansiedad y la depresión, sobre pasen a primera vista los recursos del no especializado, por su carácter, intensidad, patogenia, y posibilidades terapéuticas.

La ansiedad o angustia, están presentes en grado superlativo en 70% de pacientes psiquiátricos y 30% de pacientes que concurren a otra especialidad clínica o quirúrgica según criterio de estudiosos del tema. El paciente médico quirúrgico, la posibilidad de ser intervenido genera ansiedad, explicables por diferentes temores a la muerte, a perder su integridad física, a la invalidez, el dolor ya perder funciones valiosas para el.las operaciones sobre el corazón y el cerebro son las principales causantes de fantasías sobre la muerte, las radicales de mama y amputaciones son típicos ejemplos de generadores de angustia , por temor a perder la integridad física y la estética; las curaciones quirúrgicas de quemaduras y ulceraciones constituyen procedimientos químicos debido al dolor, la prostatectomía y extirpación de cataratas son modelos típicos de posibilidades de perder funciones valiosas.

A estos temores básicos con frecuencia se agregan los determinados por la anestesia, productora de paros cardiacos, riesgos de hablar de temas no deseados durante la recuperación, sensaciones de irse del mundo, existiendo también falsas concepciones sobre características del acto quirúrgico, hasta las fantasías neuróticas de recibir injertos procedentes de cadáveres.

La relación cirujano – paciente quirúrgico es a veces difícil, dada la concebida angustia del enfermo ante la operación y la posición del cirujano, lo que a veces lo dificulta en las relaciones humanas con el paciente.

ANSIEDAD PREOPERATORIA

El acto anestésico- quirúrgico genera ansiedad en el paciente, por lo que la atención debe enfocarse a disminuir ansiedad mediante una adecuada atención hospitalaria que incluya consulta pre anestésico oportuno y con la debida preparación psicológica o farmacológica del enfermo. En muchos países, como el nuestro, el anestesiólogo dedica muy poco tiempo a la consulta pre anestésica lo cual resulta insuficiente para identificar ansiedad en el paciente en el acto anestésico o quirúrgico.

- Factores relacionados

La ansiedad preoperatoria está asociada con mayor frecuencia a accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria, y mayores niveles de dolor posoperatorio. La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores: edad, sexo, estado socioeconómico, ocupación, estado físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica, etc.

La admisión de un paciente a un hospital genera ansiedad. En estudios previos se han demostrado que, en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos una semana antes de su admisión. El simple hecho de estar involucrado en un medio desconocido, como lo es el hospitalario, la deficiente comunicación por parte del persona intrahospitalario, la desinformación efectiva, social, laboral, económica, pueden ser detonantes de ansiedad y por lo

tanto, presentarse antes de su ingreso al hospital. Esta ansiedad puede desaparecer en el periodo post operatorio cuando el paciente recupera el estado de alerta y revalora que su entorno no presente cambios importantes que le signifiquen modificación de sus hábitos de vida previos.

- Evaluación

El éxito de la cirugía esta influencia por distintas variables médicas y somáticas, y hasta cierto punto por las características psicológicas de los pacientes. Por esta razón, la ansiedad preoperatoria ha sido el objeto de investigación en psicología medica por siglos.la preocupación por el éxito de la cirugía, el miedo a la anestesia y el dolor postoperatorio tienen una influencia bastante importante en el nivel de ansiedad preoperatoria, además de sonidos fuertes, olores desagradables, etc.

Las personas con un nivel de ansiedad preoperatoria elevado requieren dosis más grandes de anestésicos, tienen un aumento en el peri y post operatorio de analgesia y permanecen por más tiempo en el hospital. Debido a que el nivel de ansiedad puede ser influenciado por intervenciones psicológicas, importante evaluar el nivel de ansiedad preoperatoria.

En el ambiente hospitalario los cuestionarios demasiado extensos no son aplicables y las mediciones externas subjetivas no son precisas. Por lo tanto, es importante tener un instrumento de tamizaje aplicable para evaluar la ansiedad preoperatoria. Además de objetividad, confiabilidad y validez, la aplicabilidad es

esencial, por lo que debe ser breve, clínicamente relevante y tener aceptación por el paciente, también debe ser rápido y tener un formato de análisis simple.

La importancia de la interpretación del miedo y la ansiedad radica no sólo por su incidencia en el estudio del control de calidad anestésica, sino además y básicamente en que las manifestaciones somáticas del miedo pueden producir efectos de relevancia en la experiencia anestésico – quirúrgica del paciente y en la práctica médica, observándose desordenes intestinales, perturbaciones del sueño, palpitaciones, tensión muscular, entre otras.

3.4 BASES CONCEPTUALES VARIABLE INDEPENDIENTE

MUSICOTERAPIA

Los efectos de la musica 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 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 prevención, rehabilitación y tratamiento.

DEFINICION:

De acuerdo con la Federación de Musicoterapia, 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 armonica 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.

ESTRUCTURAS CEREBRALES INVOLUCRADAS EN EL PROCESAMIENTO DE LA MUSICA

La música es un estimulo 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.

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 musica esta 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.

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.

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 150pulsos 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.

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 convalecencia.

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 observo una leve disminución de la frecuencia respiratoria y mejor humor y tolerancia. No se encontraron diferencias significativas en el ritmo cardiaco 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 selectivas.

APOYO EMOCIONAL

En 1859 Florence Nightingale expresó el firme convencimiento de que el conocimiento de la enfermería era intrínsecamente distinto al de la medicina. Veamos ahora como diferencia Nightingale la medicina de la enfermería2 "*La medicina es la cirugía de las funciones, como la cirugía propiamente dicha lo es de los miembros y de los órganos. Ninguna puede hacer otra cosa que quitar*

obstáculos, ninguna puede curar; solo la naturaleza cura. La cirugía extrae la bala de la pierna, la cual es un obstáculo para curar, pero la naturaleza cura la herida. Igual sucede con la medicina; la función de un órgano es obstaculizada, la medicina ayuda a la naturaleza a remover ese obstáculo, pero no hace más. Y lo que la enfermería ha de realizar en ambos casos es colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él".

Después de Florence de Nightingale las enfermeras han seguido preocupándose por ésta cuestión y reflexionando sobre el cuidar y los cuidados, han elaborado modelos y teorías de enfermería. En todos ellos se analiza la relación establecida entre enfermera y paciente, ahí se pone de manifiesto la importancia que las enfermeras han dado a la relación de cuidado. La elaboración de los modelos se ha realizado influenciada por las corrientes de pensamiento, y con la idea de cómo realizar mejor ese "poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe".

La importancia de la relación de cuidado la podemos observar en el libro I de los Aforismos hipocráticos3: *"La vida es breve; el arte, extenso; la ocasión, fugaz; la experiencia, insegura; y el juicio, difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además (que colaboren) el enfermo, los que le asisten y las circunstancias externas".* La parte final alude a la colaboración del enfermo y a la de los que le asisten. Considera por tanto que no solo es necesario que el médico haga lo debido. Sino que para lograr el restablecimiento del enfermo, hace falta que los que le asisten, aquellos que le restan cuidados, colaboren. Éste sería

el primer sentido de la palabra cuidado que propone Ann Davis; y “además que el enfermo colabore”.

Los que prestan cuidados establecen con el enfermo una relación que les sitúa en una posición privilegiada para lograr su colaboración. Y qué mejor forma de cumplir la propuesta de Nightingale, *“poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe”*; que prestando cuidados y estableciendo con él una relación cuya intención sea buscar su colaboración.

Enfermería y medicina se complementan para resolver los problemas de salud.

El sentido de esta investigación tiene como principal escenario el ambiente hospitalario, por lo tanto el cuidado enfermero es asistencialista donde prima el modelo de Virginia Henderson. Esta pionera nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

Henderson ha disfrutado de una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia entre el profesorado del Teacher College revisó la cuarta edición del Textbook of Principies and Practice of Nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y

contenía la propia definición de Enfermería de Henderson basada en la satisfacción de las 14 necesidades básicas fundamentales y el rol de enfermería que consiste en ayudarle al paciente a recuperar su independencia lo más rápido posible.

Además de los conceptos mencionados tiene en cuenta el orden biopsicosocial que desfavorecen la salud del cliente y le da importancia a la forma de manifestación del problema; para ello destaca tres elementos esenciales que intervienen en la recuperación del paciente que son: ***la fuerza, la voluntad y el conocimiento***

Durante la revisión bibliográfica se encontró un artículo de investigación cualitativa utilizando el método socrático4 y que expresa en su conclusión la intención de enfermería referente a la práctica del cuidado:

1. Van más allá del rol definido del deber de cuidado.
2. Establecen una relación de comprensión con el paciente, que se caracteriza por respetar sus creencias y valores frente a los suyos propios y frente a las pautas de actuación dadas por el sistema.

Nuestra opinión es que en temas de salud es adecuado ponerse en el lugar del otro, pero no para decidir sino para que sea él quien tome las decisiones desde su especificidad, desde sus capacidades, desde su contexto. Es posible que lo que queramos para nosotros no coincida con lo que quiera el paciente, pero es seguro que nosotros en su lugar queríamos que nos respetasen, que respetaran precisamente la especificidad y su modo de ser diferentes unos de otros.

Otro modelo utilizado en la asistencia hospitalaria es el “Modelo de relaciones interpersonales” de Hildegard Peplau publicado en 1952 en el cual integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad. Es importante mencionar que esta autora fue una de las primeras en incorporar aspectos de otras disciplinas, como la sociología a la enfermería.

Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica que aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen de las experiencias humanas.

Para ello describe la relación interpersonal en 4 fases:

Orientación: cuando la persona “percibe” una necesidad y busca asistencia en los profesionales. Es nuestro rol ayudar a esa persona a reconocer y entender el problema que tiene.

Identificación: intentamos facilitar la exploración de los sentimientos que la persona “siente”, para poder ayudarle a sobrellevar la situación de “enfermedad”.

Aprovechamiento: la persona intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación que establece con el profesional.

Resolución: se van dejando las antiguas situaciones a medida que se van adoptando otras nuevas… que las van sustituyendo.

A todo lo antes mencionado se puede agregar otros aspectos del ser humano y que hacen a la visión holística de la enfermería. Es por eso que se cita otro

modelo como el de Rihel Sisca que habla del interaccionismo simbólico. Se puede rescatar de esta teoría la importancia de la psicología social, ya que involucra tanto las relaciones humanas como la comunicación no verbal que acompañan la práctica diaria de enfermería y reflejan las actitudes que presentan los pacientes en situaciones emocionales estresantes.

El modelo que *Joan Riehl-Sissa* (1980)5 explica las relaciones en enfermería basadas en la comunicación e inspirada en la sociología y propone un significado más actual respecto a los conceptos meta paradigmáticos (Persona, Salud, Entorno y Cuidado), a saber:

Persona: ser capaz de actuar individual o colectivamente en respuesta al significado de los objetivos que constituyen su mundo.

Salud: proceso salud enfermedad. Se trata de un *continuum* dirigido por la visión de si mismo que tiene la persona formulado en comunicación con otros.

Entorno: condiciones que influyen sobre las personas y que están en continua interacción

Cuidado: el proceso de cuidar es una acción terapéutica que permite a través de la interacción enfermera-paciente alcanzar el máximo potencial de salud del paciente

Después de hacer referencia a los modelos de enfermería puede considerarse que la vida se describe como una fusión de actividades vitales, que la individualidad de la persona debe ser plenamente respetada, pues la persona tiende hacia la independencia y que el grado de dependencia en el que se encuentre no disminuye su dignidad y por lo tanto la persona debe ser valorada

independientemente de la etapa de la vida en que se encuentre y de la situación especial en que se enmarque su vida, incluyendo los períodos de crisis, teniendo en cuenta los factores físicos, psicológicos y sociales; cada persona cambia la forma de realizar las actividades de vida dentro de los márgenes que le son propios y que tendrá consideración de normalidad. La enfermera trabaja junto al sujeto lo que significa que es considerado como un ser autónomo capaz de tomar decisiones

Finalmente, y después de reflexionar sobre los distintos modelos de enfermería, puede afirmarse que la enfermería se realiza ***con*** la persona en una plena interacción dialéctica, que los distintos modelos de enfermería, en estrecho vinculo con el propio método de actuación profesional, el Proceso de Atención de Enfermería, dirigen todo su esfuerzo hacia la persona y así se conforma su “plan de cuidados” dirigido al logro de su mayor bienestar y felicidad, a partir del pleno respeto de su dignidad.

Hoy en día con la profesionalización de enfermería es responsable de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades de las personas ante diversas experiencias que enfrenta cada individuo a lo largo de su vida, ya sea para restaurar su salud o para mantenerla. "La práctica se centra en el *cuidado a la persona* (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su *entorno*, vive experiencias de *salud*"7.El interés de la enfermera en su práctica profesional está centrado en el *cuidado a la persona* y cómo vive su experiencia de salud en interacción con su entorno.

Si bien la enfermera realiza tareas rutinarias, también requiere de otras habilidades intelectuales que le permiten tomar decisiones y realizar acciones pensadas que respondan a las necesidades de la persona que lo requiere. Por lo tanto la práctica profesional incluye realizar cuidados individualizados integrando habilidades específicas que le permitan llevar a cabo intervenciones adecuadas para cada individuo.

En 1982 Françoise Colliere pone en relación los términos “poder y cuidar”, nos dice que poder originariamente significa “ser capaz de”, “que todos hemos desarrollado un conjunto de capacidades que hacen que seamos capaces de respirar, alimentarnos, comunicarnos”8. Ella sostiene “que estas capacidades adquiridas en parte gracias a la asiduidad de cuidados, nos permiten desarrollar y sostener nuevas aptitudes, como crear algo, aprender a leer, relacionarnos con un medio más amplio que el familiar”. Así pues *“cuidar consiste en liberar las capacidades que otro ser humano tiene”*. “Los cuidados y la forma de cuidar contribuyen a aumentar o a reducir el poder de existir”.

Continua hablando sobre el poder liberador de los cuidados de enfermería: “Un poder es liberador cuando, apoyándose en las fuerzas y capacidades presentes, libera otras posibilidades o permite que las capacidades existentes se desarrollen, o simplemente que se utilicen”. De alguna manera éste párrafo parece dar continuidad a la propuesta de Nightingale, si ella propone que la enfermería ha de colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe, que mejor manera de hacerlo que posibilitando que el paciente desarrolle esas capacidades que tiene. Si las enfermeras aportamos a la salud de las personas

para que éstas desarrollen capacidades, las cuales les permitan responder de una forma más beneficiosa para sí misma a los problemas de salud y a los cambios en el proceso vital. Sería adecuado utilizar el diálogo socrático para que las personas encuentren sus respuestas. Por ello es tan importante mantener una relación horizontal entre enfermero y paciente, sin olvidar la posición empática que enfermería debe adoptar en el arte del cuidado más aún si hablamos de emociones.

Por todo lo expuesto anteriormente se cree oportuno desarrollar la investigación con el Modelo de Marie Françoise Colliere, uno de los más actuales que se basa en asegurar la perpetuidad de la vida, originados en el cuidado integral que brinda enfermería. Estos cuidados giran en torno a diferentes aspectos que se resumen en una actitud empática para interpretar lo que el paciente o usuario realmente necesita; se puede hablar de cuidar como suplencia, como transferencia o como disponibilidad, es decir ponerse al servicio de la otra persona. Siguiendo con el pensamiento de Colliere la investigación se centrará en el cuidado emocional y que comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados.

Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el “qué” del cuidado y el “cómo” de la interacción persona – enfermera implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Continuando con esta perspectiva, se trata de un cuidado

innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

De este modo, cuidar es un hecho cotidiano que abarca a la globalidad de la persona y que cada una aprende a aplicarse a si misma, a medida que va adquiriendo la autonomía necesaria para garantizar su supervivencia y bienestar. Sin duda, cuidar es un acto relacional y tiene un requisito previo: conocer y comprender la situación tal como la otra persona la percibe y la vive. Los datos objetivos constituyen una información imprescindible pero lo que se debe trabajar en el marco de la relación asistencial es la subjetividad de la persona, es decir, su visión del mundo. Sólo así se puede promocionar su energía y su voluntad de superación.

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.

CAPITULO IV

4. ASPECTOS METODOLOGICOS

4.1 AMBITO DE ESTUDIO

El trabajo de investigación se llevará a cabo en la CLINICA SAN JUAN BOSCO de la ciudad de Huánuco.

4.2 POBLACION DE ESTUDIO

La población está conformada por el total de pacientes de 18 a 60 años que serán hospitalizados en el servicio de cirugía durante Diciembre 2012 – Enero 2013.

4.3 MUESTRA Y MUESTREO

Para la selección de la muestra se utilizará el método no probabilístico por conveniencia o intencional, por lo que todos los miembros deberán cumplir criterios de inclusión y exclusión.

Todos aquellos que cumplan con los criterios de inclusión

CRITERIO DE INCLUSIÓN

-Pacientes que serán sometidos a cirugía programada y presenten ansiedad preoperatoria.

-Pacientes que presenten ansiedad preoperatoria.

-Pacientes que serán sometidos a cirugía programada de 18 a 60 años de edad masculino o femenino.

-Pacientes que serán sometidos a cirugía programada que permanezcan en el servicio más de 3 días.

- Pacientes que serán sometidos a cirugía programada y presenten ansiedad preoperatoria y firmen el consentimiento informado.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

-Pacientes que no serán sometidos a cirugía programada.

-Pacientes que no presenten ansiedad preoperatoria.

-Pacientes que serán sometidos a cirugía programada y no tengan de 18 a 60 años de edad masculino o femenino.

-Pacientes que serán sometidos a cirugía programada que permanezcan en el servicio menos de 3 días.

- Pacientes que serán sometidos a cirugía programada y presenten ansiedad preoperatoria y no firmen el consentimiento informado.

4.4 TIPO DE ESTUDIO

SEGÚN EL PERIODO EN QUE SE CAPTALA INFORMACION: prospectivo

SEGÚN LA EVOLUCION DEL FENOMENO: transversal

SEGÚN LA COMPARACION DE LAS POBLACIONES: Descriptivo

SEGÚN LA MANIPULACION DE LA VARIABLE: cuasiexperimental

4.5 METODO DE ESTUDIO

El método de estudio es comparativo, deductivo .

4.6 DISEÑO DE INVESTIGACION

G1 ⟹ O1, X1, O2

G1 ⟹ O1, X2, O2

G1: GRUPO SUJETO A PRUEBA

O1 Y 2: PRE Y POST TEST DISEÑADO PARA EVALUAR EL GRADO DE ANSIEDAD

X1: MUSICOTERAPIA

X2: SOPORTE EMOCIONAL

4.7 METODOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

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.

ESCALA DE SPIELBERGER

Consta de 20 preguntas al que el paciente deberá dar un valor de intensidad de 0 a 3 considerando 0 como de mínimo valor y a 3 como máximo valor.

GUIA DE OBSERVACION

Consta de tres grupos a valorar; a) Nivel cognitivo Subjetivo b) Nivel Fisiológico c) Nivel motor observable cada una con diferentes puntos a valorar

4.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Los instrumentos fueron validados por anteriores trabajos de investigación:

ESCALA DE AMSTERDAM SOBRE ANSIEDAD Y ESCALA DE INFORMACION APAIS EN LA FASE PREOPERATORIA EN PERU 2005

Al no existir un instrumento clínico aplicable se adaptó uno específicamente a la situación preoperatoria y que sea fácil de interpretar; desarrollándose un nuevo instrumento. Su punto de vista fue el trabajo de Molinero y Mangan quienes estudiaron a los pacientes frente a la tensión de una situación amenazadora. Este instrumento debe permitir distinguir ansioso a los pacientes nonanxious y de los pacientes que desean la información de los que no lohagan. Este instrumento fue validado desde el trabajo de investigación **"ESCALA DE AMSTERDAN SOBRE ANSIEDAD Y ESCALA DE INFORMACION APAIS EN LA FASE PREOPERATORIA- PERU 2005",** ejecutada por el investigador Guillermo Gonzales Bustamante y Fredy Pinto Samanez.

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO- RASGO

Fundamentación Teórica

El cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como Rasgo (R). La ansiedad estado (A/E), se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo.

Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad Rasgo (A/R) consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que se diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente su ansiedad estado (A), la ansiedad rasgo es similar a los constructos llamados “motivos” o “disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estimulo de la situación”, o bien “disposiciones comportamentales adquiridas”.

Construcción del instrumento:

En 1964 comenzaron los trabajos de construcción del cuestionario, en principio planteado como escala única para la evaluación tanto del rasgo como del estado. Los resultados preliminares vinieron a introducir cambios en la concepción teórica de la ansiedad, específicamente del rasgo.

En la redacción de los ítems se procuró que no hubieran connotaciones de rasgo. En la versión que ha dado lugar a la castellana quedan 5 items con la misma redacción de 15 de redacción específica para cada forma.

Aplicaciones

La escala A/E se puede utilizar para medir los niveles de ansiedad provocados por procedimientos experimentales de inducción de ansiedad o como índice del nivel d “impulso”. También puede ser un indicador d los efectos de técnicas de relajación.

La variable A/R puede utilizarse en la investigación para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al estrés psicológico con diferentes niveles de intensidad del estado. También puedes ser útil para identificar a personas con riesgo de padecer trastornos de ansiedad.

4.9 PROCEDIMIENTOS 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 de la clínica.
2. Aplicación de cuestionario para determinar paciente ansioso o no ansioso.
3. Aplicación de test de Spielberg para determinar el grado de ansiedad.
4. Aplicación de musicoterapia o del soporte emocional a pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.
5. Utilización de la guía de observación para medir los cambios ocurridos en el paciente
6. Evaluación de la efectividad de la musicoterapia y del soporte emocional.
7. Tabulación de los datos recolectados
8. Análisis e interpretación
9. Elaboración del informe final

4.10 ELABORACION DE DATOS

Se utilizará el paloteo manual simple.

Traslado de los datos a tabas estadísticas

Análisis de los datos obtenidos tomando en cuenta las frecuencias más altas.

Interpretación de datos presentados en tablas estadísticas.

4.11 ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

TABLA N° 01

DATOS GENERICOS

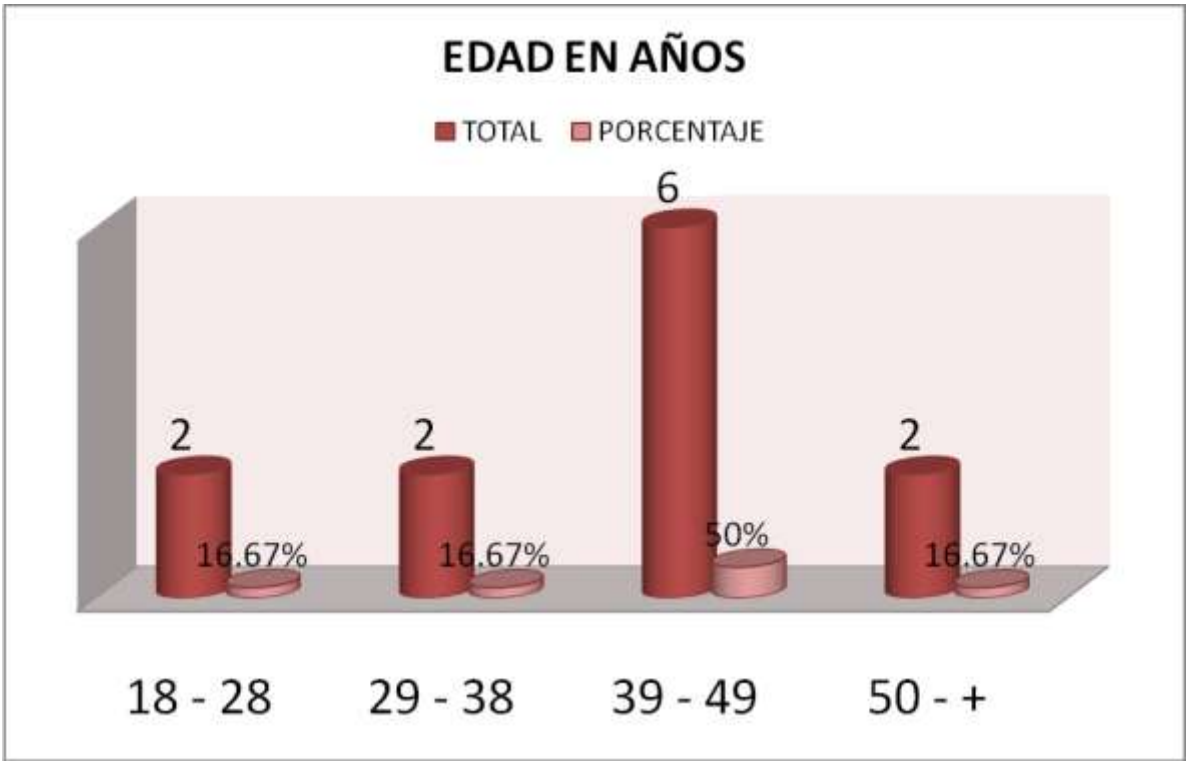
EDAD EN AÑOS DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO DE LA CLINICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO – 2013.

EDAD	TOTAL	%
18 - 28	2	16.67
29 - 38	6	50
39 - 49	2	16.67
50 - +	2	16.67

FUENTE: CUESTIONARIO

GRÁFICO N° 1

EDAD EN AÑOS DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO HUÁNUCO 2013



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Con respecto a la edad de los pacientes en estudio, se observó que la edad promedio fue de 33.5 años, con un 50% de la muestra.

DISCUSIÓN:

Gregorio Pérez Hernández, académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, realizó un estudio donde se revela que la ansiedad es un padecimiento registrado con mayor frecuencia entre personas de 25 a 35 años. Se considera que en ese periodo, toda persona se encuentra en una interfaz entre el organismo y sus transacciones con el medio. Se espera que muchas metas, planes y logros se empiecen a concretar, si alguien no ha sido capaz de “triunfar” a esa edad se siente fracasado; la falta de desarrollo social al no conseguir un buen empleo, no consolidar una familia, entre otros factores. Los trastornos de ansiedad pueden aparecer en cualquier momento de la vida. Sin embargo,

algunos trastornos de ansiedad suelen aparecer de forma más frecuente en determinadas etapas o períodos, como en una intervención quirúrgica.

La edad inferior a 65 años es un factor determinante en la génesis de ansiedad preoperatoria, la cual a su vez se asocia con mayores niveles de dolor post – quirúrgico y un incremento en el consumo de analgésicos posoperatorios.

TABLA N°02

DATOS GENERALES

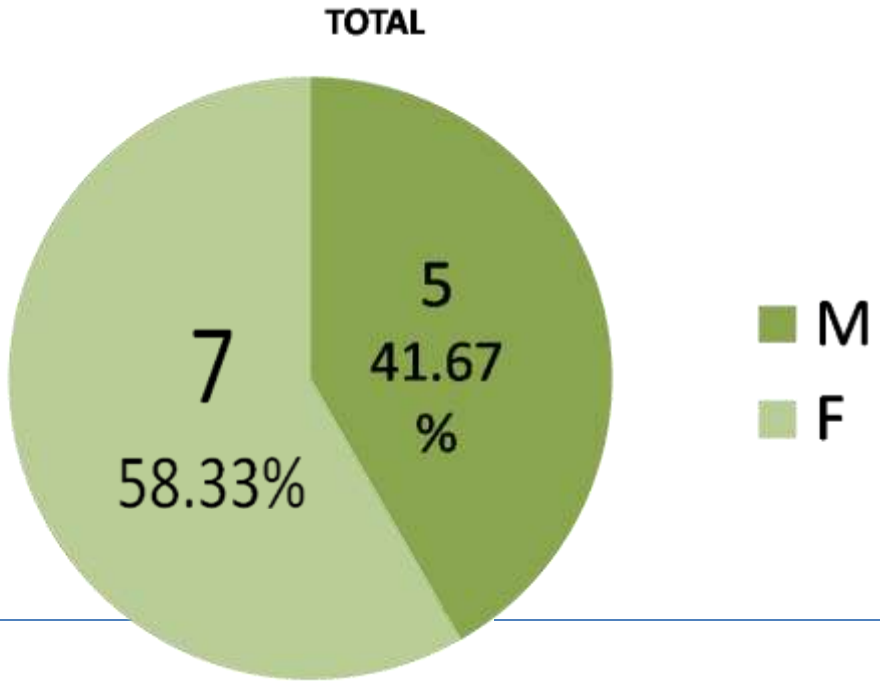
SEXO DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA SAN JUÁN BOSCO – HUÁNUCO – 2013

SEXO	TOTAL	%
M	5	41.67
F	7	58.33

FUENTE: CUESTIONARIO

GRAFICO Nº 2

SEXO DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO 2013



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico 02 observamos que 58.33% era del sexo femenino; por lo que son pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, considerándose como muestra de estudio.

DISCUSIÓN:

Un estudio transversal analítico que se realizó en 135 pacientes, para evaluar la presencia de ansiedad preoperatoria, demostró que 106 pacientes, cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales 88% fueron del sexo femenino.

Las mujeres son fundamentales en todas las esferas de la sociedad, sin embargo, debido a la gran cantidad de funciones que han de desempeñar en la misma, corren un mayor riesgo de padecer problemas mentales que el resto de los miembros de su comunidad. Las investigaciones sobre los problemas mentales, de comportamiento y sociales más generalizados en la comunidad han revelado que las mujeres son más propensas que los hombres a padecer trastornos mentales específicos. Los más comunes son la ansiedad, la depresión, las secuelas de la violencia doméstica y sexual, y el consumo de sustancias, que está aumentando vertiginosamente. Las tasas de prevalencia de la prevención y de los trastornos de ansiedad, así como el agotamiento psicológico, son más elevadas en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Estos datos coinciden en una serie de estudios realizados en diferentes países y asentamientos.

De acuerdo a los resultados de un estudio publicado por la revista Psychiatric Genetics, un grupo de científicos demostró que las mujeres sufren más ansiedad que los hombres porque tienen un nivel más bajo del químico de la enzima catecol – Ometil – Transferasa (COMT) que controla ese estado de ánimo. El hecho de tener menos cantidad de ésta sustancia, hace que una persona se sienta más ansiosa y tensa.

Pertenecer al sexo femenino parece ser un generador de riesgo hasta cinco veces más en relación con el masculino, similar a lo dicho por Moerman y colaboradores en 1996.

TABLA N°03

DATOS GENÉRICOS

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO – 2013

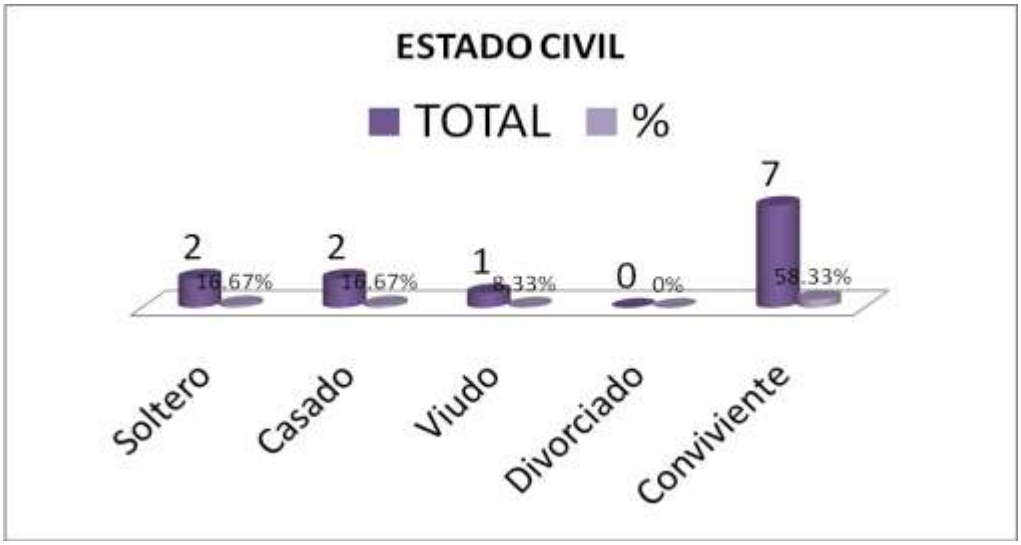
ESTADO CIVIL	TOTAL	%
SOTERO	2	16.67
CASADO	2	16.67
VIUDO	1	8.33
DIVORCIADO	0	0
CONVIVIENTE	7	58.33

FUENTE: CUESTIONARIO

GRAFICO Nº 3

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA

SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO 2013



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico 03 encontramos el estado civil de los pacientes en estudio, lo cual demuestren que el 58.33% del total, son convivientes.

DISCUSIÓN:

El impacto de la enfermedad sobre la vida familiar y social del paciente, influye en la ansiedad preoperatoria.

Es sabido que el nivel de ansiedad es mayor en cualquier situación en la que se ve amenazada la integridad de la persona que tiene cargas familiares a su cargo, la separación de la familia o el miedo a la muerte, entre otros.

TABLA N°04

DATOS GENÉRICOS

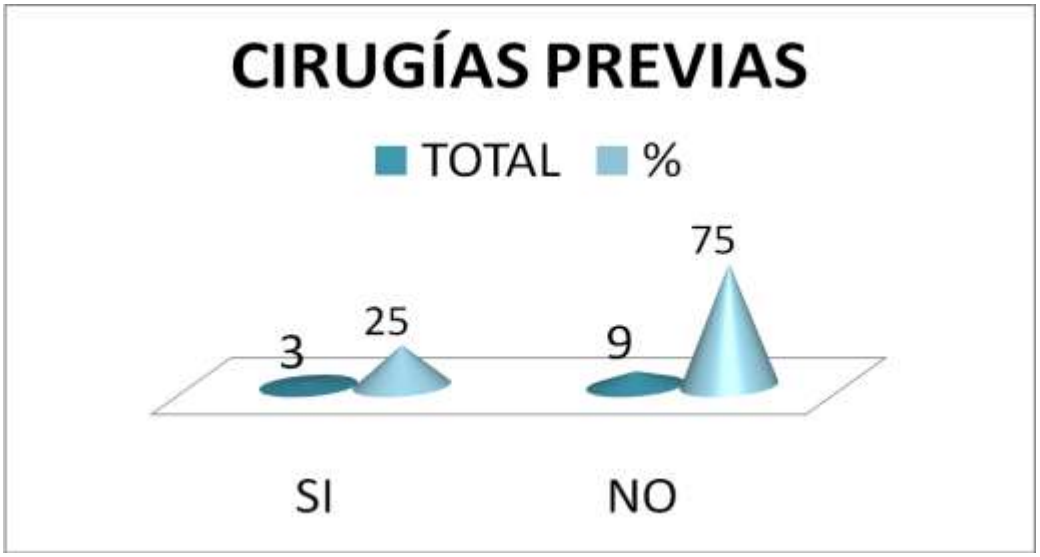
NÚMERO DE CIRUGÍAS PREVIAS DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO – 2013

CIRUGÍAS PREVIAS	TOTAL	%
SI	3	25
NO	9	75

FUENTE: CUESTIONARIO

GRAFICO Nº 4

NÚMERO DE CIRUGÍAS PREVIAS DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – 2013 – HUÁNUCO.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico anterior, se observan los antecedentes de cirugía previa que presentaron los pacientes en estudio, por lo que, el 75% ingresan a la intervención quirúrgica sin presentar antecedentes de previa cirugía.

DISCUSIÓN:

Una cirugía en sí constituye una amenaza potencial o real para la integridad de la persona, y por lo tanto, puede producir reacciones de estrés fisiológico o psicológico.

TABLA N°05

DATOS GENÉRICOS

TIPO DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO – 2013

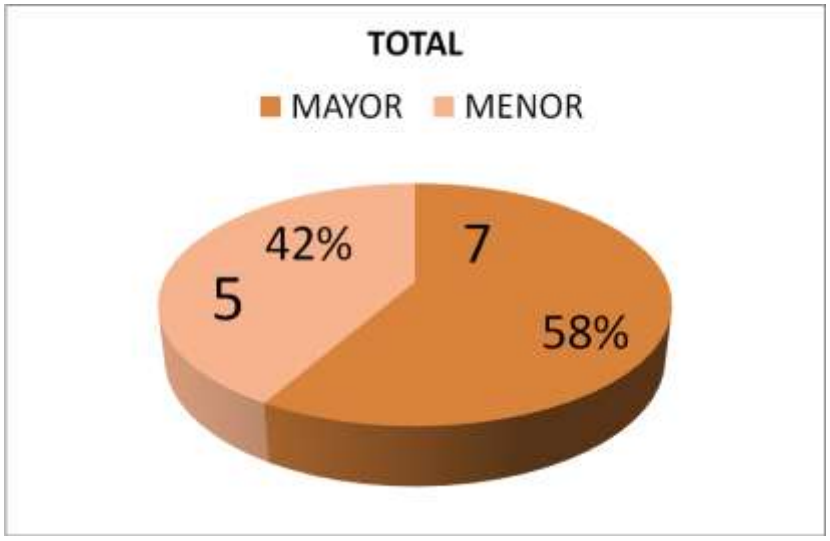
TIPO DE CIRUGÍA	TOTAL	%
MAYOR	7	58.33
MENOR	5	41.67

FUENTE: CUESTIONARIO

GRAFICO Nº 5

TIPO DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO DE LA CLÍNICA

SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO, 2013.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico anterior se muestra que 58.33% de cirugías programadas de pacientes en estudio fueron mayores..

DISCUSIÓN:

La cirugía es una rama de la medicina, que se ocupa de las técnicas quirúrgicas, por medios manuales e instrumentales y comprende el tratamiento integral de los enfermos. La cirugía es uno de los resultados del desarrollo del conocimiento humano, su evolución ha acompañado paso a paso a los cambios sociales, económicos y culturales de los tiempos.

Puede ser clasificada como mayor o menor, de acuerdo con la gravedad de la enfermedad, las partes del cuerpo afectadas, la complejidad de la operación y el tiempo de recuperación esperado.

El tipo de cirugía es un factor asociado a la ansiedad.

Sin embargo no debemos olvidar que quien entra en una sala de intervenciones no es un caso, no es un proceso, sino una persona aislada de su entorno que se encuentra en una realidad que puede ser percibida como una amenaza y que por tanto puede originar en ella un sentimiento de ansiedad.

TABLA N°06

DATOS GENÉRICOS

PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA QUE PRESENTAN ANSIEDAD EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO HUÁNUCO – 2013 – PRETEST

ANSIEDAD	SI	NO
TOTAL	11	1
PORCENTAJE	91.67%	8.33%

FUENTE: CUESTIONARIO

GRAFICO N°06

PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA QUE PRESENTAN ANSIEDAD EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO – 2013 – PRETEST

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el pre test de los 12 casos, el 91.67% presentaron ansiedad y 8.33% no ansiedad. Antes de aplicar la musicoterapia y/o soporte emocional.

DISCUSIÓN:

Un 20% de la población mundial padecerá algún tipo de trastorno de ansiedad en algún momento de su vida, según indican datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud. (OMS).

La ansiedad puede ser una característica propia de la personalidad del paciente (ansiedad – rasgo) o bien ser causada por el acto quirúrgico (ansiedad – estado).

TABLA N°07

DATOS GENERICOS

PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA EVALUADOS DESPUÉS DE APLICADOS LA MUSICOTERAPIA EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO – 2013

MUSICOTERAPIA	ANSIEDAD	NO ANSIEDAD
TOTAL	2	10
PORCENTAJE	16.66%	83.33%

FUENTE: CUESTIONARIO

GRAFICO Nº 07

PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA DESPUÉS DE APLICADOS CON MUSICOTERAPIA EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO, 2013.

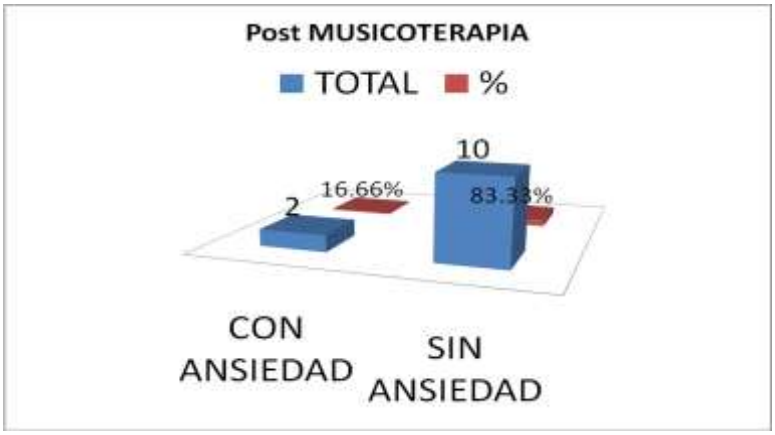


TABLA N°08

DATOS GENÉRICOS

PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA QUE FUERON APLICADOS EL SOPORTE EMOCIONAL EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO – 2013.

SOPORTE EMOCIONAL	ANSIEDAD	NO ANSIEDAD
TOTAL	1	11
PORCENTAJE	8.33%	91.66%

FUENTE: CUESTIONARIO

GRAFICO Nº 08

PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA DESPUÉS DE APLICADOS CON SOPORTE EMOCIONAL EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO, 2013.

TABLA N° 09

DATOS GENÉRICOS

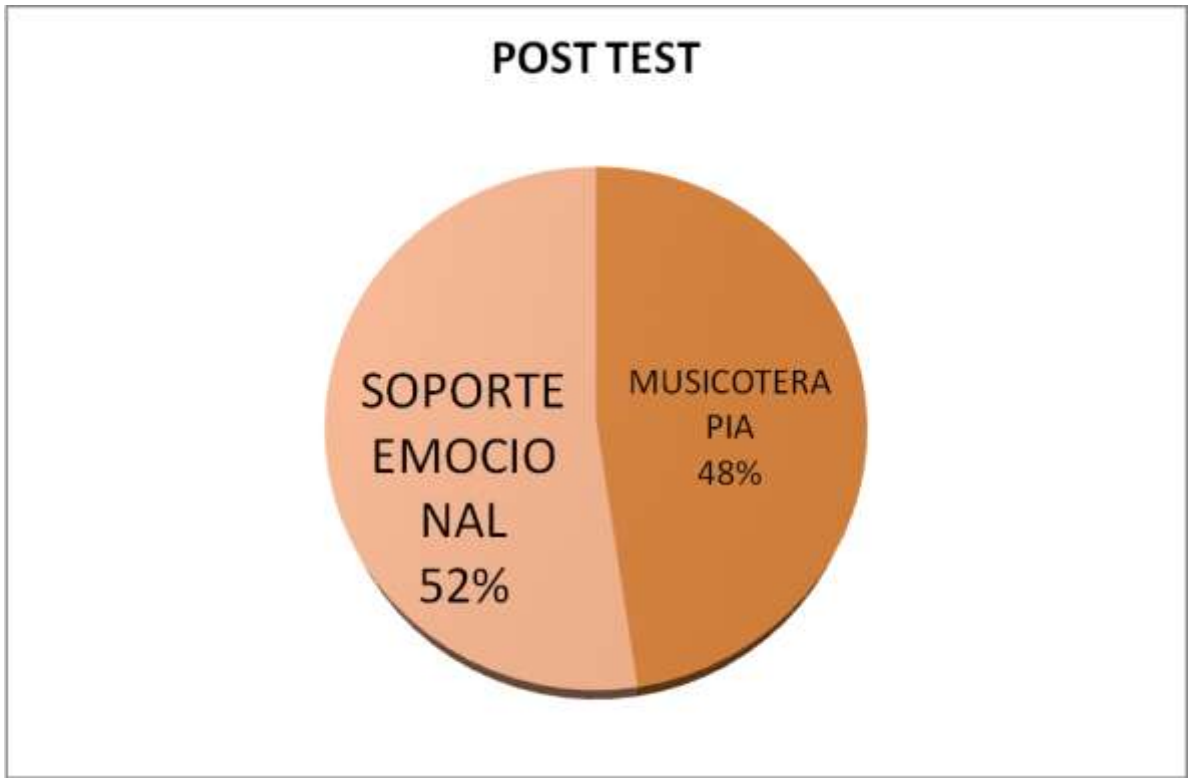
EFECTIVIDAD ENTRE MUSICOTERAPIA Y SOPORTE EMOCIONAL EN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO – 2013

EFECTIVIDAD ENTRE AMBAS TERAPIAS	MUSICOTERAPIA	SOPORTE EMOCIONAL
POST TEST	10	11
PORCENTAJE%	83.33%	91.66%

FUENTE: CUESTIONARIO

GRAFICO Nº 09

EFECTIVIDAD ENTRE MUSICOTERAPIA Y SOPORTE EMOCIONAL EN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO, 2013.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En el gráfico se observa que el soporte emocional es más efectivo donde el 91.67% disminuyeron la ansiedad que presentaron los pacientes de 18 – 60 años.

DISCUSIÓN:

Florence Nightingale expresó el firme convencimiento de que el conocimiento de la enfermería era intrínsecamente distinto al de la medicina. Veamos ahora como diferencia Nightingale la medicina de la enfermería "*La medicina es la cirugía de las funciones, como la cirugía propiamente dicha lo es de los miembros y de los órganos. Ninguna puede hacer otra cosa que quitar obstáculos, ninguna puede curar; solo la naturaleza cura. La cirugía extrae la bala de la pierna, la cual es una obstáculo para curar, pero la naturaleza cura la herida. Igual sucede con la medicina; la función de un órgano es obstaculizada, la medicina ayuda a la*

medicina; la función de un órgano es obstaculizada, la medicina ayuda a la naturaleza a remover ese obstáculo, pero no hace más. Y lo que la enfermería ha de realizar en ambos casos es colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él"

Después de Florence Nightingale las enfermedades han seguido preocupándose por ésta cuestión y reflexionando sobre el cuidar los cuidados, han elaborado modelos y teorías de enfermería. En todos ellos se analiza la relación establecida entre enfermera y paciente, ahí se pone de manifiesto la importancia que las enfermeras han dado a la relación de cuidado.

PRUEBA Y CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS SEGÚN LA ESTADÍSTICA INFERENCIAL A TRAVÉS DE LA SIGNIFICANCIA DEL CHICUADRADO

$$X^2 = \Sigma \frac{(fo-fe)^2}{fe}$$

Donde:

X^2 = ¿?

$\sum$ = Sumatoria

Fo = Frecuencia Observada

Fe = Frecuencia esperada

MUSICOTERAPIA	CON ANSIEDAD	SIN ANSIEDAD	TOTAL
PRE TEST	11	1	12
POST TEST	2	10	12
TOTAL	13	11	24

La tabla corresponde al 2x2(2–1=1) (2–1=1)=1 grado de libertad a α 0.05=3.84 (Fo).

Para obtener la frecuencia esperada (Fe) se hizo el siguiente cálculo:

$$\frac{12 \times 13}{24} = 6.5 \qquad \frac{12 \times 13}{24} = 6.5$$

$$\frac{12 \times 11}{24} = 5.5 \qquad \frac{12 \times 11}{24} = 5.5$$

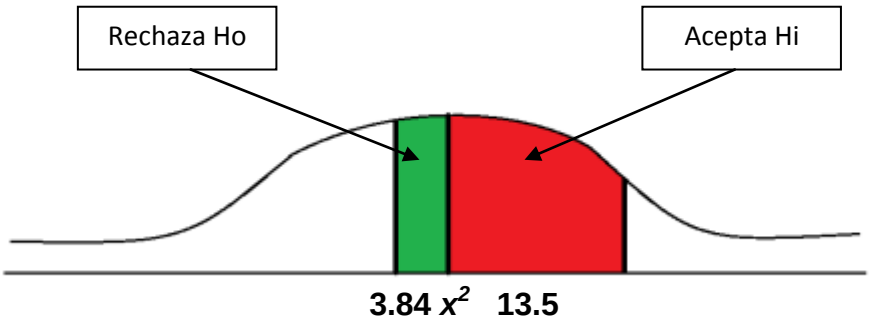
Reemplazando la fórmula estadística tenemos:

$$X^2 = \frac{(11-6.5)^2}{6.5} + \frac{(2-5.5)^2}{5.5} + \frac{(1-6.5)^2}{6.5} + \frac{(10-5.5)^2}{5.5}$$

$$X^2 = 3.1 + 2.2 + 4.6 + 3.7$$

$$X^2 = 13.5 \text{ (Fe)}$$

Por lo tanto P: α 0.05=3.84 < 13.5 entonces se acepta la hipótesis de investigación que afirma: la musicoterapia es efectiva en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años de edad de la Clínica San Juan Bosco – Huánuco – 2013.



P: α 3.84 < 13.5 ⟹ Ha_1

PRUEBA Y CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS SEGÚN LA ESTADÍSTICA INFERENCIAL A TRAVÉS DE LA SIGNIFICANCIA DEL CHICUADRADO

$$X^2 = \Sigma \frac{(fo-fe)^2}{fe}$$

Donde:

X^2 = ¿?

$\sum$ = Sumatoria

Fo = Frecuencia Observada

Fe = Frecuencia esperada

SOPORTE EMOCIONAL	CON ANSIEDAD	SIN ANSIEDAD	TOTAL
PRE TEST	11	1	12
POST TEST	1	11	12
TOTAL	12	12	24

La tabla corresponde al 2x2(2–1=1) (2–1=1)=1 grado de libertad a α 0.05=3.84 (Fo).

Para obtener la frecuencia esperada (Fe) se hizo el siguiente cálculo:

$\frac{12 \times 12}{24} = 6$ $\frac{12 \times 12}{24} = 6$

$\frac{12 \times 12}{24} = 6$ $\frac{12 \times 12}{24} = 6$

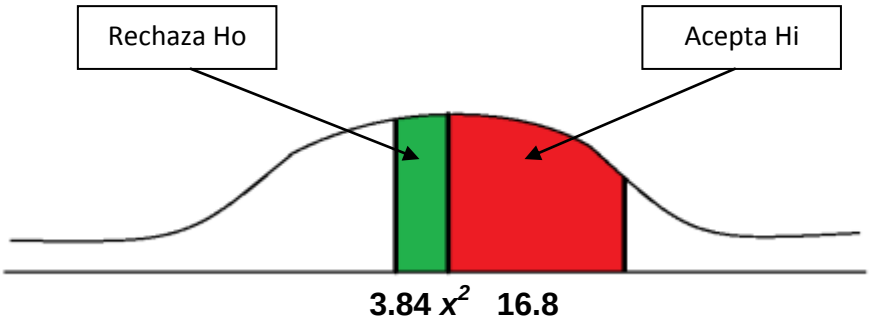
Reemplazando la fórmula estadística tenemos:

$$X^2 = \frac{(11-6)^2}{6} + \frac{(1-6)^2}{6} + \frac{(1-6)^2}{6} + \frac{(11-6)^2}{6}$$

$$X^2 = 4.2 + 4.2 + 4.2 + 4.2$$

X^2 = 16.8 (Fe)

Por lo tanto P: α 0.05=3.84 < 16.8 entonces se acepta la hipótesis de investigación que afirma: la musicoterapia es efectiva en la disminución de la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía programada de 18 a 60 años de edad de la Clínica San Juan Bosco – Huánuco – 2013.



P: α 3.84 < 16.8 ⟹ Ha_2

CONCLUSIONES

En el siguiente estudio realizado se llegaron a las siguientes conclusiones.

- La edad es un factor pre disponente para la ansiedad que presentan los pacientes de cirugía abdominal de la Clínica San Juan Bosco – Huánuco – 2013.
- De la población de 12 personas, el 58.33% de sexo femenino presentan ansiedad más que el sexo masculino de la Clínica San Juan bosco – Huánuco – 2013.
- Los pacientes qye habían presentado cirugías anteriores eran menos ansiosos que los que no tenían cirugías de la Clínica San Juan Bosco Huánuco – 2013.
- Estableciendo la comprobación del estudio, el soporte emocional es más efectivo que la musicoterapia en los pacientes programados en cirugía abdominal de la Clínica San Juan Bosco – Huánuco – 2013.

RECOMENDACIONES

- Recomendar la realización de la visita pre operatoria de preferencia por el Médico y personal de Enfermería que está programado, ya que esto ayuda a formar una relación médico – paciente, enfermera – paciente y disminuye los niveles de ansiedad y ayuda al profesional a conocer al paciente con el que tratará.
- Al personal de enfermería del Servicio de cirugía; interrogar, observar y examinar a los pacientes con el fin de determinar la ansiedad
- Al personal de enfermería del Servicio de Cirugía y de otros servicios a motivar al alumnado a realizar trabajos similares en otras instituciones para así poder dar solución de manera conjunta a éste problema.

CAPITULO V

5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 RECURSOS HUMANOS

- Investigadoras
- Pacientes
- Asesor
- Digitador

5.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES															
	Julio - Octubre 2012				Diciembre 2012				Enero 2013				Octubre - Diciembre 2014			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión de las fuentes bibliográficas para la investigación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Confección del título del proyecto	x	x														
Elaboración del Proyecto en si	x	x	x	x												
Presentación del proyecto				X												
Aprobación del Proyecto				X	x	x										
Validación de instrumento						x	x									
Capacitación de encuestadores y organización de los recursos							x	x								
Trabajo de campo									x	x						
Evaluación del desarrollo del Proyecto.										x						

Construcción y llenado de base de datos electrónica										x	x					
Análisis de información											x					
Redacción del informe final											x	x				
Presentación del informe final													x			
Revisión por los jurados														x		
Sustentación															x	

5.3 RECURSOS MATERIALES O PRESUPUESTO

Partida	Descripción	Unidad de medida	Cantidad	Costo Unitario	Costo total
Material de escritorio					
49	CD.ROM	unidad	5	1	5
	Papel Bond	Millar	2	28	56
	Folder	Unidades	5	0.2	1
	Carpeta encuestadora	Unidad	2	5	10
	Borrador	Unidad	1	0.5	0.5

	Bolígrafo	Caja	1/4	25	6.25
	Lápices	Caja	1/4	15	3.75
	Tajador	Unidad	1	0.5	0.5
	Cuaderno de campo	Unidad	3	2	6
	Corrector	Unidad	3	5	15
	Regla	Unidad	3	0.5	1.5
	SUB TOTAL				**105.5**
Transporte					
32	Movilidad durante el trabajo de campo	Movilidad	20	10	200
	SUB TOTAL				**200**
Otros servicios terceros					
39	Tipeo de proyecto e informe	Hoja	150	0.5	75
	Tipeo de los instrumentos	Hoja	6	0.5	3
	Tipeo de la documentación de la ejecución e informe administrativo de la investigación.	Hoja	10	0.5	5

	Fotocopias de temas de libros	Hoja	80	0.1	8
	Fotocopia de los instrumentos y consentimiento informado.	Hoja	48	0.1	4.8
	Impresión de información de internet	Hoja	120	0.2	2.4
	Impresión de los instrumentos.	Hoja	45	0.2	9
	Primera impresión de los ejemplares de la Tesis	Hoja	150	0.2	30
	Anillado de la primera impresión de los ejemplares de la Tesis	Hojas	2	5	10
	Empastados de Tesis	tesis	2	30	60
	SUB TOTAL				**207.2**
Servicios no personales					
	Pago estadístico	Procesamiento de datos	1	400	400
26	Pago a literato	Revisión de tesis	1	300	300

	Pago a 02 encuestadores	Administración de encuestas y test.	20	50	1000
	SUB TOTAL				**1700**
Refrigerio alimentación					
24	Refrigerio para los investigadores	Ración	10	5	50
	SUB TOTAL				**50**
	TOTAL				**2262.7**

BIBLIOGRAFÍA

Activa tu música interior: musicoterapia y psicodrama Moreno, Joseph J.:Poch Blasco, Serafina . -Madrid : Herder , 2004

Análisis de grupo y musicoterapia: el grupo y lo sonoro Édith Lecourt ; traducción Carmiña Freire Magariños . -Vitoria, Gasteiz, España : : Producciones Agruparte , 2005

Caminos de la musicoterapia: La musicoterapia y su relación con las teorías terapéuticas actuales Ruud, E.-Buenos Aires: Bonum, 1993.

Clinical applications of music in neurologic rehabilitation Concetta, M.T.-USA: MMB Music Inc, 1998.

Efecto Mozart: aprovechar el poder de la música para sanar el cuerpo, El Campbell, Don:Brito, Amelia . -Barcelona : Urano , 2006

Fundamentos de musicoterapia Betés Del Toro, Mariano:Rodríguez Delgado, José Manuel . -Madrid : Morata , 2000

Bastida de Miguel, A.Mª. Importancia de aplicar terapias psicológicas de tercera generación en la resolución de un caso de fibromialgia. XI Congreso Virtual de Psiquiatría (18cof345023). Interpsiquis - Febrero-Marzo 2010. Psiquiatria.com

Cano Vindel, A. (2000): Técnicas Cognitivas de reducción de ansiedad. Dpto. de Psicología básica (procesos cognitivos). Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Smith, J. C (1992). Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación progresiva. Bilbao: DDB.

Valdes. M y Flores. T: Psicobiología del estrés. Ed. Martinez Roca. Barcelona. 1985.

WEBGRAFÍA

- http://www.diariomedico.com/2011/01/19/area-profesional/entorno/musicoterapia-mejora-calidad-de-vida-de-pacientes-de-fibromialgia

- http://www.europapress.es/chance/tendencias/noticia-mas-musica-menos-ansiedad-pacientes-20110810181535.html

- http://psicodisea.webnode.es/blog/musicoterapia-musica-medicinal/

- http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001518.htm
- http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_de_ansiedad
- http://www.depresion.psicomag.com/signos_y_sinto.php

ANEXOS

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD DE SPIELBERGER

(STAI–ESTADO)

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 indicando cómo se siente usted 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.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. ME SIENTO CALMADO	0	1	2	3
2. ME SIENTO SEGURO	0	1	2	3
3. ESTOY TENSO	0	1	2	3
4. ESTOY CONTRARIADO	0	1	2	3
5. ME SIENTO CÓMODO (ESTOY A GUSTO)	0	1	2	3
6. ME SIENTO ALTERADO	0	1	2	3
7. ESTOY PREOCUPADO POR POSIBLES DESGRACIAS FUTURAS	0	1	2	3
8. ME SIENTO DESCANSADO	0	1	2	3
9. ME SIENTO ANGUSTIADO	0	1	2	3
10. ME SIENTO CONFORTABLE	0	1	2	3
11. TENGO CONFIANZA EN MI MISMO	0	1	2	3
12. ME SIENTO NERVIOSO	0	1	2	3
13. ESTOY DESASOSEGADO	0	1	2	3
14. ME SIENTO MUY “ATADO” (COMO OPRIMIDO)	0	1	2	3

15. ESTOY RELAJADO	0	1	2	3
16. ME SIENTO SATISFECHO	0	1	2	3
17. ESTOY PREOCUPADO	0	1	2	3
18. ME SIENTO ATURDIDO Y SOBREEXCITADO	0	1	2	3
19. ME SIENTO ALEGRE	0	1	2	3
20. EN ESTE MOMENTO ME SIENTO BIEN	0	1	2	3

CADA RESPUESTA SE ENUMERA DE 0 AL 3

ESCALA DE AMSTERDAM SOBRE ANSIEDAD Y LA ESCALA DE INFORMACION APAIS EN LA FASE PREOPERATORIA

1. CARACTERISTICAS GENERALES:

Nombre:

Historia clinica

Hospital de Origen:

Edad:

Sexo:

Tipo de Cirugía: Mayor ( ) Intermedio ( ) Menor ( )

Cirugía previa : Si ( ) No ( )

- Estoy inquieto con respecto a la anestesia: 1 ( ) 2 ( ) 3( ) 4 ( ) 5 ( )

- Pienso continuamente en la anestesia 1 ( ) 2 ( ) 3( ) 4 ( ) 5 ( )

- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la anestesia 1 ( ) 2 ( ) 3( ) 4 ( ) 5 ( )

- Estoy inquieto con respecto a la intervención 1 ( ) 2 ( ) 3( ) 4 ( ) 5 ( )

- Pienso continuamente en la intervención 1 ( ) 2 ( ) 3( ) 4 ( ) 5 ( )

- Me gustaría recibir una información lo más completa posible con respecto a la intervención 1 ( ) 2 ( ) 3( ) 4 ( ) 5 ( )

"AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMÁTICO"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUANUCO PERU
FACULTAD DE ENFERMERIA
Av. Universitaria Nº 601 - 607 Pabellón 3, 2do.Piso-Cayhuayna -Teléfono 59-1076

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los diecinueve días del mes de noviembre de 2014, siendo las dieciocho horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución Nº 0466-2014-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada **EFECTIVIDAD ENTRE LA MUSICOTERAPIA Y SOPORTE EMOCIONAL EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE 18 A 60 AÑOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO 2013,** de la Licenciada en Enfermería: **María Gisella ROBLES RAMÍREZ**

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- Dra. María Luz Ortiz Cruz **PRESIDENTA**
- Mg. Luzvelia Alvarez Ortega **SECRETARIA**
- Dra. Juvita Soto Hilario **VOCAL**
- Mg. Holger Aranciaga Campos **ACCESITARIA**

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: Aprobado por Unanimidad, con el calificativo cuantitativo de Quince y cualitativo de Bueno, quedando Apto para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO.**

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

.....
PRESIDENTE (A)

.....
SECRETARIO (A)

.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)

"AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMÁTICO"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUANUCO PERU
FACULTAD DE ENFERMERIA
Av. Universitaria Nº 601 - 607 Pabellón 3, 2do.Piso-Cayhuayna -Teléfono 59-1076

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los diecinueve días del mes de noviembre de 2014, siendo las dieciocho horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución Nº 0466-2014-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada **EFECTIVIDAD ENTRE LA MUSICOTERAPIA Y SOPORTE EMOCIONAL EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE 18 A 60 AÑOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO 2013,** de la Licenciada en Enfermería: **Jessica Soledad ESPINOZA ARIAS**

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- Dra. María Luz Ortiz Cruz **PRESIDENTA**
- Mg. Luzvelia Alvarez Ortega **SECRETARIA**
- Dra. Juvita Soto Hilario **VOCAL**
- Mg. Holger Aranciaga Campos **ACCESITARIA**

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: Aprobado por Unanimidad, con el calificativo cuantitativo de Quince y cualitativo de Bueno, quedando Apto para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO.**

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

.....
PRESIDENTE (A)

.....
SECRETARIO (A)

.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)

"AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMÁTICO"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUANUCO PERU
FACULTAD DE ENFERMERIA
Av. Universitaria Nº 601 - 607 Pabellón 3, 2do.Piso-Cayhuayna -Teléfono 59-1076

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los diecinueve días del mes de noviembre de 2014, siendo las dieciocho horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución Nº 0466-2014-UNHEVAL-D-FEN, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada **EFECTIVIDAD ENTRE LA MUSICOTERAPIA Y SOPORTE EMOCIONAL EN LA DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA PROGRAMADA DE 18 A 60 AÑOS EN LA CLÍNICA SAN JUAN BOSCO – HUÁNUCO 2013,** de la Licenciada en Enfermería: **Katty Rossio RUMI ALVAREZ**

El Jurado Calificador está integrado por los siguientes docentes:

- Dra. María Luz Ortiz Cruz **PRESIDENTA**
- Mg. Luzvelia Alvarez Ortega **SECRETARIA**
- Dra. Juvita Soto Hilario **VOCAL**
- Mg. Holger Aranciaga Campos **ACCESITARIA**

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: Aprobado por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de Quince y cualitativo de Bueno, quedando Apto para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO.**

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

.....
PRESIDENTE (A)

.....
SECRETARIO (A)

.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)

UNHEVAL UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN	VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR UN GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL

1. Autorización de Publicación: *(Marque con una "X")*

Pregrado		Segunda Especialidad	X	Posgrado:	Maestría		Doctorado	

Pregrado (*tal y como está registrado en **SUNEDU***)

Facultad	
Escuela Profesional	
Carrera Profesional	
Grado que otorga	
Título que otorga	

Segunda especialidad (*tal y como está registrado en **SUNEDU***)

Facultad	ENFERMERIA
Nombre del programa	CENTRO QUIRÚRGICO
Título que Otorga	TITULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CENTRO QUIRÚRGICO

Posgrado (*tal y como está registrado en **SUNEDU***)

Nombre del Programa de estudio	
Grado que otorga	

2. Datos del Autor(es): *(Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)*

Apellidos y Nombres:	ROBLES RAMIREZ Maria Gisella							
Tipo de Documento:	**DNI**	X	**Pasaporte**		**C.E.**		**Nro. de Celular:**	960235254
Nro. de Documento:	42759079						**Correo Electrónico:**	marie.ccielo@gmail.com

Apellidos y Nombres:	RUMI ALVAREZ Katty Rossio							
Tipo de Documento:	**DNI**	X	**Pasaporte**		**C.E.**		**Nro. de Celular:**	999770852
Nro. de Documento:	43490004						**Correo Electrónico:**	Hadesrumi24@hotmail.com

Apellidos y Nombres:	ESPINOZA ARIAS Jessica Soledad							
Tipo de Documento:	**DNI**	X	**Pasaporte**		**C.E.**		**Nro. de Celular:**	966289687
Nro. de Documento:	42569324						**Correo Electrónico:**	soledad_2084@hotmail.com

3. Datos del Asesor: *(Ingrese todos los **datos** requeridos **completos según DNI**, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)*

¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?: *(marque con una "X" en el recuadro del costado, según corresponda)*							**SI**	X	**NO**	
Apellidos y Nombres:	VERAMENDI VILLAVICENCIOS Nancy Guillermina						**ORCID ID:**	0000-0002-9177-6490
Tipo de Documento:	**DNI**	X	**Pasaporte**		**C.E.**		**Nro. de documento:**	22421418

4. Datos del Jurado calificador: *(Ingrese solamente los **Apellidos y Nombres completos según DNI**, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)*

Presidente:	Dra. Maria Luz Ortiz Cruz
Secretario:	Mg. Luzvelia Alvarez Ortega
Vocal:	Dra. Juvita Soto Hilario
Vocal:	
Vocal:	
Accesitario	Mg. Holder Aranciaga Campos

5. Declaración Jurada: *(Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)*

a) **Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado:** *(Ingrese el título tal y como está registrado en el **Acta de Sustentación**)*
EFECTIVIDAD ENTRE LA MUSICOTERAPIA Y SOPORTE EMOCIONAL EN LA DISMINUCION DE LA ANSIEDAD QUE PRESENTAN LOS PACIENTES DE CIRUGIA PROGRAMADA DE 18 A 60 AÑOS EN LA CLINICA SAN JUAN BOSCO – HUANUCO 2013
b) **El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico ó Título Profesional de:** *(tal y como está registrado en **SUNEDU**)*
TITULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO
c) El Trabajo de investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.
d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.
e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.
f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.
g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.
h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizan (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del Trabajo de Investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del trabajo de investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan.

6. Datos del Documento Digital a Publicar: *(Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)*

Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: *(Verifique la Información en el **Acta de Sustentación**)*						
Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: *(Marque con **X** según Ley Universitaria con la que inició sus estudios)*	**Tesis**	X	**Tesis Formato Artículo**		**Tesis Formato Patente de Invención**	
	Trabajo de Investigación		**Trabajo de Suficiencia Profesional**		**Tesis Formato Libro, revisado por Pares Externos**	
	Trabajo Académico		**Otros** *(especifique modalidad)*			

Palabras Clave: *(solo se requieren 3 palabras)*			

Tipo de Acceso: *(Marque con **X** según corresponda)*	**Acceso Abierto**	X	**Condición Cerrada** (*)		
	Con Periodo de Embargo (*)		**Fecha de Fin de Embargo:**		

¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora? *(ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras; marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda):*	**SI**		**NO**	X
Información de la Agencia Patrocinadora:				

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Titulo completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.

7. **Autorización de Publicación Digital:**

A través de la presente. Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también establecer los metadatos correspondientes.

Firma:		**Huella Digital**
Apellidos y Nombres:	ROBLES RAMIREZ María Gisella	
DNI:	42759079	
Firma:		**Huella Digital**
Apellidos y Nombres:	RUMI ALVAREZ Katty Rossio	
DNI:	43490004	
Firma:		**Huella Digital**
Apellidos y Nombres:	ESPINOZA ARIAS Jessica Soledad	
DNI:	42569324	
Fecha:		

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una **X** en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra **calibri, tamaño de fuente 09**, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales *(recuerde las mayúsculas también se tildan si corresponde).*
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.