

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



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

**Efecto de una intervención musical en la intensidad
del dolor agudo post cesárea en el Hospital II
Chocope EsSalud 2022**

**Línea de Investigación:
Enfermería y gestión en salud**

Autora:

Euribe Joaquín María del Rosario

Jurado Evaluador:

Presidente: Carrera Abanto Marabet Soledad

Secretario: Chávez Luna Victoria Vilma del Milagro

Vocal: Rodríguez Huingo Marleni

Asesora:

Uribe Orellana Marina

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2171-9914>

TRUJILLO – PERÚ 2024

Fecha de sustentación: 2024/07/25

Efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post cesárea en el Hospital II Chocope EsSalud 2022.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

4%	4%	1%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
2	repositorio.unal.edu.co Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.reiki.group Fuente de Internet	1%
5	www.cienciadigital.org Fuente de Internet	1%
6	inba.info Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

Declaración de originalidad

Yo, MARINA URIBE ORELLANA, docente de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería con mención en CENTRO QUIRURGICO, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor(a) de la tesis titulada “Efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post cesárea en el Hospital II Chocope EsSalud 2022”, autora MARIA DEL ROSARIO EURIBE JOAQUIN, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 4%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin el 31 de julio 2024
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la Universidad.

Trujillo, 31 DE JULIO 2024

URIBE ORELLANA MARINA

Apellidos y nombres del asesor(a)

DNI: 18153659

ORCID:: <https://orcid.org/0000-0003-2171-9914>

EURIBE JOAQUIN MARIA DEL ROSARIO

Apellidos y nombres del autor(a)

DNI: 22299613

FIRMA



FIRMA



RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0543-2024-D-F-CCSS-UPAO

Trujillo, 18 de julio del 2024

VISTO; el Oficio N° 0783-2024-DASE-UPAO cursado por el señor Director Académico de la Segunda Especialidad Profesional, y el expediente presentado por la Licenciada en Enfermería **EURIBE JOAQUÍN MARÍA DEL ROSARIO, y;**

CONSIDERANDO:

Que, las exigencias académico-administrativas de planificación y desarrollo del Proyecto de Tesis para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería con mención en CENTRO QUIRÚRGICO, han sido satisfechas;

Que, con la presentación del ejemplar digital debidamente acreditado por el asesor y de los demás requisitos, se comprueba haber cumplido con la elaboración de la Tesis;

Que, con el dictamen favorable del Jurado y en mérito a los Arts. N° 48 y 50 del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, la Licenciada está expedita para la sustentación presencial, por lo que es menester expedir la respectiva Resolución, fijando fecha y hora,

Que, para efectos de la sustentación oral y defensa de tesis presencial, es necesaria la ratificación del Jurado designado por Resolución de Decanato N° 0492-2024-D-F-CCSS-UPAO;

Que, el Jurado propone como fecha de sustentación presencial el día jueves 25 de julio del 2024 a las 5:00 p.m. en el Aula 306 del pabellón "I".

Estando a las consideraciones expuestas y amparadas en las facultades conferidas a este Despacho.

SE RESUELVE:

PRIMERO: **DECLARAR** expedita a la Licenciada en Enfermería **EURIBE JOAQUÍN MARÍA DEL ROSARIO**, para la sustentación y defensa presencial de la tesis titulada: **EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN MUSICAL EN LA INTENSIDAD DEL DOLOR AGUDO POST-CESÁREA EN EL HOSPITAL II CHOCOPE ESSALUD 2022**, señalando para tal fin el día jueves 25 de julio del 2024 a las 5:00 p.m. en el Aula 306 del pabellón "I".

SEGUNDO: **RATIFICAR** al Jurado designado mediante Resolución de Decanato N° 0492-2024-D-F-CCSS-UPAO, conformado por las docentes:

PRESIDENTE	MS. MARABET SOLEDAD CARRERA ABANTO
SECRETARIA	MS. VILMA DEL MILAGRO CHAVEZ LUNA VICTORIA
VOCAL	MS. MARLENI RODRIGUEZ HUINGO



Trujillo

Av. América Sur 3145 - Urb. Monserrate - Trujillo
Telefono: [+51] [044] 604444 - anexo 2341
fac_salud@upao.edu.pe
Trujillo - Perú

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0543-2024-D-F-CCSS-UPAO

- TERCERO:** RATIFICAR a la docente **DRA. MARINA URIBE ORELLANA**, como asesora de la tesis, quien está obligada a asistir puntualmente al acto de sustentación presencial.
- CUARTO:** ESTABLECER que al Jurado le corresponde evaluar sólo la sustentación oral y defensa de tesis, otorgando a la Licenciada el tiempo de 30 minutos como mínimo para la exposición.
- QUINTO:** AUTORIZAR que la Secretaría Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud, disponga las acciones correspondientes para el cumplimiento de la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE




Dr. Jorge Leyser Reynaldo Vidal Fernández
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD




Dr. Carlos Augusto Díez Morales
SECRETARIO ACADÉMICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

C.c.: DASE
SEPE
Archivo

Jorge Hato J.



Trujillo

Av. América Sur 3145 - Urb. Monserrate - Trujillo
Teléfono: [+51] (044) 604444 - anexo 2341
fac_salud@upao.edu.pe
Trujillo - Perú

DEDICATORIA

A MI AMADO ESPOSO Y A MIS QUERIDOS HIJOS

Marita

AGRADECIMIENTO

A las madres inspiradoras y valientes
que con singular reto sustentan y
perpetúan la vida humana.

A nuestros queridos docentes
por su abnegada y coadyuvante
labor en bien de nuestra formación
profesional y personal.

A nuestra Universidad Privada Antenor Orrego,
Institución que nos forja con seriedad,
sensatez y responsabilidad hacia grandes
y nuevas perspectivas.

Este trabajo es un tributo lleno de admiración a
la noble profesión de enfermería. Con pasión y
altruismo, buscamos enriquecer el conocimiento
y apoyar a quienes se embarcan en esta noble
carrera. Nuestro más sincero agradecimiento a
todas las enfermeras y enfermeros del Perú por
su incansable dedicación y solidaridad.

¡Juntos, construiremos un futuro prometedor!

María del Rosario Euribe Joaquín.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea; comparar a las 24 horas y 24.30 horas el nivel de intensidad del dolor, las fluctuaciones de los parámetros fisiológicos y caracterizar algunas variables demográficas, maternas y perinatales.

La investigación se basó en un diseño cuasi-experimental de grupo control no equivalente (pre test-post test). Se seleccionaron 60 pacientes. Se utilizó la escala visual analógica (EVA) para evaluar el dolor.

El análisis inicial no reveló asociaciones significativas entre los grupos control y experimental tanto a las 24 horas como a las 24.30 horas postcesárea en todas las variables. La intensidad del dolor tuvo un $p = 0.302$ pre-intervención y post-intervención fue de $p = 0.052$. La presión arterial sistólica tuvo un $p = 0.036$ post- intervención musical. La caracterización de variables demográficas, maternas y perinatales no mostró asociaciones significativas ($p > 0.05$).

Las comparaciones del nivel de intensidad del dolor ($p = 0.001$) y de las fluctuaciones de los parámetros fisiológicos en cada grupo, revelaron asociaciones significativas interesantes. Se puede concluir que la intervención musical parece tener un efecto positivo en la gestión del dolor postoperatorio en pacientes sometidas a cesárea.

Palabras clave: Intervención musical, dolor agudo, Parámetros fisiológicos, cesárea

ABSTRACT

The aim of the study was to evaluate the effect of a musical intervention on the intensity of acute post-cesarean section pain; to compare at 24 hours and at 24.30 hours the level of pain intensity, the fluctuations of physiological parameters and to characterize some demographic, maternal and perinatal variables.

The research was based on a quasi-experimental design of non-equivalent control group. Sixty patients were selected. The visual analog scale (VAS) was used to assess pain.

Initial analysis revealed no significant associations between the control and experimental groups at both 24 hours and 24.30 hours post-cesarean section for all variables. Pain intensity had a $p = 0.302$ pre-intervention and post-intervention was $p = 0.052$. Systolic blood pressure had a $p = 0.036$ post-intervention. Characterization of demographic, maternal and perinatal variables showed no significant associations ($p > 0.05$).

Comparisons of pain intensity level ($p = 0.001$) and fluctuations of physiological parameters in each group revealed interesting significant associations. It can be concluded that musical intervention seems to have a positive effect on postoperative pain management in patients undergoing cesarean section.

Key words: Musical intervention, acute pain, physiological parameters, cesarean section.

PRESENTACIÓN DE LA TESIS A LOS MIEMBROS DEL JURADO

Señores miembros del jurado:

Según el cumplimiento a las disposiciones del Reglamentos de grados y títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presentamos ante ustedes el trabajo de investigación titulado Efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea en el Hospital II Chocope EsSALUD 2022.

Trabajo de investigación realizado con el propósito de obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería con mención en Centro Quirúrgico, cuyo objetivo principal es determinar el efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea.

A ustedes miembros del jurado, nuestro especial reconocimiento por el dictamen que se haga merecedor el trabajo, el cual se desarrolló atendiendo a los lineamientos básicos de la metodología de la investigación y el reglamento de grados y títulos de la facultad de Ciencias de la Salud.

PRESIDENTA

SECRETARIA

VOCAL

INDICE

	Pg.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Problema de Investigación.....	1
1.2. Objetivos.....	6
1.3. Justificación del estudio.....	7
II. MARCO DE REFERENCIA.....	9
2.1. Marco teórico.....	9
2.2. Antecedentes de estudio.....	21
2.3. Marco conceptual.....	26
2.4. Sistema de Hipótesis.....	31
2.5 Variables e indicadores (operacionalización de variables).....	31
III. METODOLOGÍA.....	39
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	39
3.2. Población (universo y de estudio) y muestra.....	39
3.3. Diseño de Investigación.....	41
3.4. Técnicas e instrumentos de investigación.....	43
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	45
3.6 Consideraciones éticas.....	48
IV. RESULTADOS.....	49
4.1. Análisis e interpretación de resultados.....	49
4.2. Docimasia de hipótesis.....	67
V. DISCUSIÓN.....	69
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	98

INDICE DE TABLAS

		Pag.
Tabla IV-1	Análisis estadístico de la asociación significativa entre la intervención musical e intensidad del dolor a las 24 horas postcesárea en los grupos experimental y control.....	49
Tabla IV-2	Análisis estadístico de la asociación significativa entre la intervención musical e intensidad del dolor a las 24.30 horas postcesárea en los grupos experimental y control.....	49
Tabla IV-3	Análisis estadístico de la asociación significativa entre la intervención musical y las variables parámetros fisiológicos a las 24 horas postcesárea en los grupos experimental y control.....	51
Tabla IV-4	Análisis estadístico de la asociación significativa entre la intervención musical y las variables parámetros fisiológicos a las 24.30 horas postcesárea en los grupos experimental y control.....	51
Tabla IV-5	Caracterización de las variables demográficas, maternas y perinatales de las mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD 2023. La Libertad, Perú.....	55
Tabla IV-6	Análisis estadístico de la asociación significativa en el nivel de la intensidad del dolor a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control.	57
Tabla IV-7	Análisis estadístico de la asociación significativa en el nivel de la intensidad del dolor a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental.....	57
Tabla IV-8	Análisis estadístico de la asociación significativa de la frecuencia cardíaca a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control.....	59
Tabla IV-9	Análisis estadístico de la asociación significativa en la frecuencia cardíaca a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental.....	59
Tabla IV-10	Análisis estadístico de la asociación significativa de la frecuencia respiratoria a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control.....	61

Tabla IV-11	Análisis estadístico de la asociación significativa de la frecuencia respiratoria a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental.....	61
Tabla IV-12	Análisis estadístico de la asociación significativa de la presión arterial sistólica a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control.....	63
Tabla IV-13	Análisis estadístico de la asociación significativa de la presión arterial sistólica a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental.....	63
Tabla IV-14	Análisis estadístico de la asociación significativa de la presión arterial diastólica a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control.....	66
Tabla IV-15	Análisis estadístico de la asociación significativa de la presión arterial diastólica a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental.....	66
Tabla IV-16	Análisis estadístico de la asociación significativa entre la intervención musical e intensidad del dolor a las 24.30 horas postcesárea en los grupos experimental y control.....	68

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Problema de investigación

a. Descripción de la realidad problemática

Aunque la atención médica ha progresado significativamente en todo el mundo, su evolución ha desencadenado una alarmante crisis de seguridad. Muchos pacientes sufren lesiones o discapacidades durante el proceso de atención médica. Esta situación se ve agravada por la falta de compromiso real de algunos profesionales de la salud, quienes a menudo no asumen responsabilidad por estos incidentes. La rendición de cuentas en estos casos es prácticamente nula, lo que deja a los pacientes en una situación de vulnerabilidad. Además, la infraestructura y los protocolos de seguridad en muchos centros de salud no son suficientes para prevenir estos problemas. Esta realidad subraya la necesidad urgente de mejorar las políticas y prácticas de seguridad en el ámbito médico (1).

Hoy por hoy, existe la opción de operarse para mejorar nuestra salud, nuestra calidad de vida y, lo que es más importante, para reducir el riesgo de muerte. No obstante, los procedimientos quirúrgicos poco seguros provocan complicaciones en hasta el 25% de los pacientes. Anualmente, casi siete millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas, de los que un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella (2).

La cesárea, es una operación quirúrgica con elevado crecimiento en el mundo, ahora representa más de 1 de cada 5 (21%) de todos los partos. En América latina, en promedio es más de 2 de cada 5 (44.3%) de todos los casos; sin tener en cuenta los partos por cesárea realizados en el sector comercial y mercantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (3), considera injustificable que más del 10-15% de los partos se produzcan por cesárea, ya que ello expone a las mujeres y a sus bebés a problemas de salud a corto y largo plazo, y los valores más altos no representan una disminución de la morbilidad y la mortalidad fetal (4).

Aunque una cesárea puede salvar la vida de una mujer, cada vez se utiliza más como técnica de parto preferida, aumentando considerablemente su frecuencia. Se observan tasas de hasta el 21% en todo el mundo, especialmente en Europa; en Perú, la tasa de cesáreas en el 2015 fue del 31.6% y en el 2021 fue del 36.3%, con un 42% en el área urbana y un 19% en el área rural (5,6).

Según Villanueva et al. (7), en un estudio realizado en Perú en el año 2019, se utilizó la clasificación de Robson para evaluar los niveles y tendencias del parto por cesárea. Este estudio reveló que, durante ese año, la tasa global de cesáreas ascendió al 53% en una muestra de 1,365 mujeres. Esta cifra triplica lo recomendado por la OMS, cuyo límite más alto establecido es del 15%, evidenciando un exceso del 38%.

“El dolor postoperatorio es una experiencia altamente frecuente entre mujeres sometidas a cesárea y se manifiesta con intensidad clínicamente inaceptable, lo cual puede traer perjuicios al binomio madre-hijo en el período postoperatorio inmediato” (8). El tratamiento inadecuado del dolor postoperatorio agudo está relacionado con el dolor persistente y crónico, el aumento del consumo de opiáceos, el retraso en la recuperación funcional y el incremento de la depresión posparto. Además de proporcionar alivio del dolor, la mejor atención a las pacientes tras un parto por cesárea debe centrarse en maximizar la movilidad materna, minimizar los efectos adversos sobre la madre y el recién nacido, recuperar rápidamente la función basal y facilitar el alta hospitalaria temprana (9).

Una cesárea es una cirugía importante; inmediatamente después del parto por cesárea, las mujeres pueden experimentar reacciones quirúrgicas como picazón, malestares estomacales y dolor. En algunas ocasiones, una mujer que necesita una cesárea urgente puede requerir anestesia general, por lo que podría provocar confusión, susto, incluso tristeza después del parto. Es muy importante atender cualquier malestar y sobre todo el dolor, pues eso mejora los estándares postparto de las madres

para alimentar y cuidar a su bebé, caminar, respirar con profundidad y evitar coágulos de sangre o neumonías (10,11).

“El dolor posoperatorio agudo es común. Casi el 20 % de los pacientes experimentan dolor intenso en las primeras 24 horas después de la cirugía, una cifra que se ha mantenido prácticamente sin cambios en los últimos 30 años” (12). La madre cesareada debe recibir atención de calidad, durante la analgesia multimodal post operatoria (13). Tener en cuenta otras técnicas para controlar el dolor paralelas a las farmacológicas, es una alternativa interesante para el servicio de enfermería. Como alternativa a la medicación para el manejo y control del dolor, el uso de la música, la musicoterapia entre otros, son métodos alternativos (14).

La contribución de la musicoterapia como profesión en desarrollo está plenamente justificada por la visión multidimensional contemporánea de la salud, que exige un enfoque multidisciplinar. Como recurso crucial y lenguaje insustituible, la música puede ayudarnos a relacionar nuestras experiencias de salud y enfermedad con los pacientes a los que cuidamos. Un buen uso de la música tiene un impacto positivo en los pacientes y es un complemento rentable. Las enfermeras y enfermeros no pueden considerar la música como algo mundano o accesorio. Por el contrario, es un recurso, un lenguaje esencial para nuestro trabajo y debe ser considerado como parte de la intervención de enfermería dentro de la experiencia con la salud y la enfermedad del día a día (15).

Se ha demostrado que la musicoterapia reduce la ansiedad en un 65% en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que puede mejorar la calidad de vida general de los pacientes con enfermedad de Parkinson en un 54%, que reduce la frecuencia cardiaca en una media de 6 latidos por minuto en bebés prematuros, que puede ayudar a aumentar en un 38% la interacción social en niños con discapacidades, que tiene una tasa de respuesta del 72% entre los pacientes con esquizofrenia. La musicoterapia produjo una mejora del 25% en la autoestima de las mujeres embarazadas, ha demostrado que mejora en un 41% la calidad del sueño en pacientes con

insomnio y finalmente la musicoterapia puede aumentar los niveles de tolerancia al dolor en un 22% (16).

En 2022, Ponce TJ (17), realizó una revisión de la literatura sobre estrategias de enfermería para disminuir el dolor postoperatorio de los pacientes utilizando textos publicados entre 2011 y 2021 en revistas indexadas. De las 30 publicaciones encontradas, el 24% abordaba el uso de la musicoterapia como intervención de enfermería para reducir el dolor en pacientes postoperados. De ellas, el 71% demostró su eficacia como intervención de enfermería alternativa para el dolor postoperatorio.

Debido a la gran preocupación de como los medicamentos utilizados para el dolor puedan afectar en forma adversa, tanto a la madre y el bebé, los protocolos de dolor se suelen infrautilizar, exponiendo a la paciente a cierta intensidad del dolor, lo que podría afectar su capacidad y competencia para con el recién nacido. Sin embargo, las terapias alternativas complementarias (CAM) pueden proporcionar una opción beneficiosa y de apoyo a los procedimientos médicos posteriores a la cesárea (18).

En 2018 Leo J (19), realizó una revisión narrativa en 21 ensayos clínicos, los mismos que exploraban solo intervenciones realizadas con música sobre el dolor postoperatorio. La mayoría de los estudios muestran una reducción de la percepción del dolor posterior a la cirugía del paciente. En el 38% de los ensayos se observa una reducción importante de las molestias. En otro 38% de los ensayos, la cantidad de molestias se redujo de forma no significativa. Además, en el 24% de los casos, no hubo diferencias entre el grupo de control y el grupo que recibió la asistencia musical.

Las terapias complementarias que se han venido utilizando, tales como la acupuntura, terapia de masaje, homeopatía, uso de intervenciones musicales, musicoterapia, termoterapia, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (ENET), entre otras; son un complemento alternativo al tratamiento médico farmacológico (20).

En el ámbito del manejo del dolor, se suele recurrir a una amplia gama de opciones farmacológicas analgésicas y enfoques multimodales. Sin embargo, a menudo se descarta la inclusión de terapias alternativas, como la intervención musical, como parte de esta estrategia. Esto plantea la necesidad de explorar y considerar enfoques complementarios que puedan brindar beneficios adicionales en la gestión del dolor. La incorporación de terapias como la música puede ser un área prometedora para mejorar la experiencia del paciente y complementar los enfoques convencionales en el manejo del dolor.

El hospital II de EsSalud Chocope es un importante hospital que atiende a toda la población y a todo el valle de Chicama, y como hospital de categoría II, también es un hospital referencial desde hospitales de menor categoría, cercanos a Chocope. El servicio de maternidad cuenta actualmente con 11 camas disponibles para la atención de las pacientes postparto; existe cierto grado de turgurización y riesgo de adquirir enfermedades infecto-contagiosas. Las patologías por la que se realizan las cesáreas son, la hipertensión gestacional con pre eclampsia, eclampsia, cesáreas anteriores, multiparidad, rotura prematura de membrana, entre otros.

En el documento “Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 - Nacional y Departamental”, se indicó que el 37.8% de los nacimientos registrados a nivel nacional en los cinco años previos a la encuesta fueron por cesárea. Esta cifra supone un incremento de 1.2 puntos porcentuales en comparación con el 36.6% reportado en 2022. Desde el año 2018, se ha observado una tendencia continua al alza en los nacimientos por cesárea. (21,22).

Según el área de residencia, el porcentaje de nacimientos por cesárea es significativamente mayor en las zonas urbanas en comparación con las zonas rurales, con una diferencia de 22.6 puntos porcentuales a favor del área urbana. En los últimos años, ha habido una tendencia al aumento de los nacimientos por cesárea en ambas áreas. Actualmente, el 43.6% de los

nacimientos en el área urbana y el 21% en el área rural son por cesárea. En el año 2023, en la región de La Libertad, Perú, el porcentaje de nacimientos por cesárea se situó entre el 40% y el 49% y Según cifras preliminares a diciembre de 2023, la oficina de prestaciones y recursos de salud por redes y establecimientos de salud del Centro Obstétrico-Cesáreas reportó que el Hospital II Chocope en el año 2023 se atendieron 517 partos, de los cuales 298 fueron por cesárea, representando el 57.64% del total (21,23).

La relación entre la música y el alivio del dolor ha sido objeto de investigación científica. La música tiene el ritmo, la melodía y la armonía y aunque los gustos musicales varían de una persona a otra, existen ciertas características en la música que tienden a ser más efectivas para calmar el dolor. La música con ritmo lento, las melodías suaves, las de instrumentación suave, los sonidos naturales; son las elegibles. Hay subgéneros musicales recomendados, música clásica, música instrumental suave, música de meditación y sonidos naturales, música suave en el idioma nativo y/o el idioma preferido, entre otras. Así mismo, brindar opciones musicales que se ajusten a las preferencias individuales puede potenciar los efectos beneficiosos de la música como una herramienta para calmar el dolor ya cambio a mas(24,25).

b. Formulación del Problema.

¿Cuál es el efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II Chocope de EsSalud en el 2022?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general.

- Evaluar el efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea en mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD 2022.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Comparar el nivel de intensidad del dolor a las 24 horas post cesárea, antes y después de una intervención musical en mujeres

atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD 2022 y que manifiesten dolor leve o leve-moderado, ha moderado o moderado grave.

- Comparar el nivel de intensidad del dolor a las 24 horas post cesárea y a las 24.30 horas en mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD 2022 y que manifiesten dolor leve o leve-moderado, ha moderado o moderado grave.
- Comparar las fluctuaciones de los parámetros fisiológicos de frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial, a las 24 horas post cesárea, antes y después de una intervención musical en mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD 2022 y que manifiesten dolor leve o leve-moderado, ha moderado o moderado grave.
- Comparar las fluctuaciones de los parámetros fisiológicos de frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial, a las 24 horas post cesárea y a las 24.30 horas, en mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD 2022 y que manifiesten dolor leve o leve-moderado, ha moderado o moderado grave.
- Caracterización de algunas variables demográficas, maternas y perinatales, tales como la edad, grado de estudios, ocupación, estado civil, procedencia, número de cesáreas previas, periodo intergenésico y número de hijos de las pacientes.

1.3. Justificación de la investigación

Este trabajo de investigación buscó despertar el interés del profesional de enfermería por la aplicación en su práctica profesional de una herramienta nueva y alternativa como es el uso de la música a través de una intervención musical al paciente con dolor agudo post-cesárea. Esto se llevó a cabo como una práctica novedosa a pesar de que ya en el Perú existían políticas de apoyo al crecimiento de la investigación que permiten combinar la medicina convencional, complementaria y alternativa con la medicina académica. La realidad es que seguimos muy por detrás de otras naciones en su puesta en práctica y de su aplicación.

Desde el enfoque de enfermería, y siendo la música un idioma universal, quisimos desarrollar este trabajo de investigación, incentivados por la contribución y la trascendencia que ello podría conllevar en el cuidado de la salud de nuestros pacientes. Los resultados fueron de utilidad para el personal de salud, especialmente para nuestra propia profesión de enfermería, quienes pudieron utilizar la intervención musical y/o la musicoterapia y más, como una herramienta alternativa complementaria, no farmacológica, económica, no invasiva y sin efectos secundarios, para aliviar y disminuir la intensidad del dolor agudo en mujeres puérperas de parto por cesárea, entre otros.

Dentro del aporte teórico, se investigó la literatura existente para comprender cómo la música influyó en la experiencia del dolor y cómo se involucraron los mecanismos neurofisiológicos y psicológicos relevantes. Se exploró cómo la música pudo actuar como un estímulo distractor, desviando la atención del paciente del dolor y reduciendo su percepción subjetiva del mismo.

Dentro del aporte metodológico, se utilizó un diseño cuasiexperimental de diseño de grupo control no equivalente (pre test y post test) para implementar la intervención musical como factor causal en un grupo de pacientes post-cesárea y compararlo con un grupo de control sin intervención musical. Esto permitió evaluar de manera precisa la efectividad de la música en el manejo del dolor, controlando variables y obteniendo conclusiones más sólidas sobre los beneficios de esta intervención. Esto también permite que otros investigadores repliquen y adapten este estudio en investigaciones futuras.

Dentro del aporte práctico, se esperaba que la intervención musical tuviera un efecto significativo en la reducción del dolor post-cesárea. Este enfoque se implementó como una estrategia complementaria no invasiva en el manejo del dolor en el entorno hospitalario. Esto resultó en un mejor cuidado y bienestar de las mujeres que se sometieron a este procedimiento. La identificación de los datos demográficos, maternos y perinatales

recopilados sobre las características de los pacientes proporcionó información relevante para la planificación de la atención obstétrica y la identificación de posibles factores de riesgo.

II. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco teórico

Como cualquier operación importante, la cesárea conlleva riesgos para la madre y el recién nacido, tanto físicos como psicológicos (26). La mayoría de las mujeres que han tenido un parto por cesárea permanecerán en el hospital entre dos y tres días después del parto, tanto para descansar, reforzar el vínculo entre ella y su recién nacido, recibir ayuda con la lactancia y los cuidados del recién nacido, como para hacer frente a las grandes exigencias que supone cuidar de sí mismas y de su bebé (27).

La enfermería es una disciplina que abarca un amplio espectro de conocimientos y habilidades, que van desde el cuidado directo de los pacientes hasta la gestión de la salud y la promoción de estilos de vida saludables. Además, las teorías de enfermería proporcionan un marco conceptual sólido que guía la toma de decisiones clínicas, la planificación de la atención y la evaluación de los resultados. Estas teorías se basan en la investigación y la evidencia científica, y ayudan a las enfermeras a comprender mejor las necesidades individuales de los pacientes, así como a identificar estrategias efectivas de intervención y cuidado. “La Enfermería es una ciencia humana práctica, una actividad sistematizada que parte de una explicación lógica, racional y fundamentada. Cuenta con un sistema de teorías que se aplican a la práctica” (28).

Correa DP (29), ilustra acerca de la teórica en enfermería, la investigadora Benner PS. Esta investigadora destaca la manera como una enfermera se hace de novicia a experta en su ramo, a través de la experiencia. En sus trabajos teóricos en enfermería, ella deja fundado las bases de como se logra el desarrollo del conocimiento a través de dos saberes; el saber practico y el saber teórico. Dentro del conocimiento práctico el profesional de enfermería aprende una habilidad antes de

descubrir su explicación teórica, incluso puede ampliar el conocimiento teórico. Por lo tanto, la práctica profesional es un objeto de estudio y un medio de aprendizaje. Sin embargo, puesto que la teoría se deriva de la práctica y posteriormente es innovada e incrementada por la teoría, ambas van de la mano y producen acciones de conocimiento sinérgicas y acumulativas.

Esta teoría filosófica impulsa a nuestra profesión de enfermería a realizar estudios con aplicaciones prácticas, entre otros. Este estudio tiene una trascendencia práctica y conlleva a la aplicación de una intervención musical como una herramienta alternativa complementaria en el manejo del grado de malestar y dolor tras la intervención quirúrgica. El paciente siempre será el motor de los cuidados, el mayor actor dentro del proceso de enfermería; y es a partir de la identificación de sus necesidades que se elaboran, se adaptan y se determinan los cuidados de nuestra profesión; siendo esa misión, nuestra identificación personal, humana y profesional, a través del presente estudio.

“El alivio del dolor es un derecho universal de los seres humanos estipulado en la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas desde el año 2000” (30). En 1979, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (31), definió el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño”. Asimismo, en el año 2020 la misma asociación propuso una nueva definición, “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”.

La gestión del dolor postoperatorio es un desafío clave en la cirugía moderna. Un manejo adecuado no solo alivia el sufrimiento del paciente, sino que también reduce la morbimortalidad y los costos hospitalarios, aumentando la satisfacción del paciente. Estrategias efectivas, como la analgesia multimodal y el tratamiento personalizado, son esenciales para mejorar los resultados clínicos y acelerar la recuperación. La formación

continua de los profesionales de la salud es crucial para garantizar una atención integral y de alta calidad (32).

La consecuencia de un episodio quirúrgico es el dolor agudo postoperatorio, resultado de las propias manipulaciones del acto quirúrgico, ya sea por las tracciones, las secciones de los tejidos y posteriormente por la liberación de sustancias algógenas, como el potasio, prostaglandinas, leucotrienos, histamina, sustancia P, etc. las que se liberan a la sangre, cuando se produce una lesión o traumatismo directo sobre un tejido que causa daño en las células, estas sustancias activan o sensibilizan los nociceptores o receptores del dolor. Una vez activados, los nociceptores transmiten la señal de dolor hacia el sistema nervioso central a través de la médula espinal (33).

El dolor agudo postoperatorio es una vivencia personal, subjetiva y de muchas dimensiones; su protocolo de tratamiento suele ser multidisciplinario, complejo y global. Clínicamente, el dolor posquirúrgico se manifiesta como una sensación aguda, predecible, de aparición súbita y de corta duración, que resulta de la agresión directa o indirecta causada por la cirugía, así como de la estimulación nociceptiva de los receptores del dolor, que se activan en respuesta a estímulos químicos, mecánicos o térmicos por encima del umbral del sistema. Este dolor posquirúrgico agudo se distingue por alcanzar su máxima intensidad en las primeras 24 horas y remitir gradualmente después (34).

El dolor tras una intervención quirúrgica se produce por dos procesos diferentes. Por la liberación de sustancias algógenas que son capaces de activar y sensibilizar los receptores del dolor, o nociceptores, que tienen un umbral de activación elevado, así como por la lesión directa de las fibras nerviosas del cuerpo afectadas por la operación. La inflamación provocada por el tratamiento favorece y ayuda a la sensación de dolor cuando se produce la estimulación directa de estas terminaciones nerviosas, aumentando su sensibilidad periférica y disminuyendo su umbral de activación (35).

En la evaluación del dolor, se utilizan escalas de medición observacionales basadas en la valoración de la conducta del paciente. Sin embargo, si el paciente puede proporcionar información subjetiva a través de expresiones vocales o escritas, se utilizan técnicas subjetivas con indicadores más precisos. Estas escalas de medición, llamadas unidimensionales, como la escala analógica visual, la escala analógica numérica y la escala analógica verbal, se centran principalmente en evaluar la intensidad del dolor. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas medidas unidimensionales son más adecuadas para la evaluación del dolor agudo, ya que no abordan la naturaleza multidimensional del dolor como lo hacen las medidas subjetivas multidimensionales. En última instancia, La información del paciente es el indicador más confiable del dolor (34,35).

La forma más práctica de medir el dolor clínico es pedir al paciente que valore su nivel de malestar mediante escalas analógicas. Estas escalas deben ser validadas, precisas, sensibles, económicas y tener un bajo nivel de variabilidad interpersonal para proporcionar información exacta y garantizar que los pacientes de este tipo reciban una atención segura. Debido a su fiabilidad, sencillez de aplicación por parte del paciente y por su validez, la escala unidimensional EVA es la preferida por todos. Sin embargo, es fundamental utilizar otras técnicas alternativas, como la escala de Campbell, la escala de croquis facial de Wong-Baker, la EVS (escala verbal-numérica), etc., en pacientes ancianos, con enfermedades neurológicas y, sobre todo, en niños (36).

La escala visual análoga (EVA) tuvo su origen en la psicología, al principio fue utilizada en los estados de ánimo de pacientes. En 1976, Scott y Huskisson (29), la aplicaron en la Algología, en estudios del dolor. Donde a pesar de ser una escala subjetiva, con ella el dolor podía ser medido de forma objetiva. Tiene la gran ventaja sobre otras de que los hallazgos de la EVA pueden interpretarse como de distribución normal por razones de investigación. Tiene sensibilidad intrapersonal, lo que significa que el dolor del mismo paciente se reevalúa en distintos momentos o intervalos (37).

Medimos la intensidad del dolor de forma analógica, utilizando la escala visual analógica (de ahí las siglas EVA). El paciente escribe su dolor marcando con un bolígrafo en una línea de 10 centímetros, que luego se cuantifica con una regla milimétrica y se asigna un valor numérico a la sensación de dolor del paciente, La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. El dolor se calificará en una escala de 0 a 10, en la que 0 representa ausencia de dolor y 10 representa una agonía insoportable o insondable. Cuando la medida es inferior a 4 centímetros, el dolor se considera leve o leve-moderado; cuando está entre 4 y 6 centímetros, el dolor se considera de moderado a moderado-grave; y cuando es superior a 6 centímetros, el dolor es de grave a insoportable (38).

El tratamiento adecuado del dolor postoperatorio en la cesárea es esencial, previene complicaciones y promueve una pronta recuperación. Ello permite a las mujeres iniciar una lactancia materna temprana y un cuidado óptimo a su bebé. La administración de morfina intratecal en dosis de 50-100 mcg es altamente recomendada, ya que proporcionar una analgesia de calidad y con bajo riesgo de complicaciones. La estrategia de analgesia multimodal, basada en las preferencias del equipo médico y los recursos disponibles, se considera el enfoque más recomendable. Después del alta hospitalaria, se aconseja a los pacientes tomar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y paracetamol por vía oral para mantener el control del dolor. Estas medidas contribuyen a garantizar una experiencia postoperatoria óptima y una transición exitosa hacia la maternidad (39).

El uso de analgesia multimodal, analgesia regional y analgesia epidural destaca entre las sugerencias para el tratamiento del dolor postoperatorio agudo. Para habilitar el método PCA [*analgesia controlada por el paciente*], es mejor elegir la vía oral frente a la intravenosa. Se aconseja reducir la cantidad de opioides postoperatorios utilizados y valorar el uso de recomendaciones multimodales (40).

Las terapias no farmacológicas son otras maneras de aliviar el dolor sin medicamentos y su uso se está incrementando cada vez más. La OMS ha aconsejado incorporar la medicina alternativa complementaria nativa (MAC) a los sistemas nacionales de salud. El uso de la medicina alternativa complementaria se está extendiendo por todo el mundo. Aunque no suelen estar plenamente integradas en el sistema sanitario dominante, se conciben como un conjunto de prácticas sanitarias de bajo coste, bajo riesgo (si se utilizan correctamente), holísticas, humanitarias y centradas en el paciente. También tienen mejores efectos terapéuticos y paliativos en enfermedades crónicas y terminales (41).

Las terapias modernas contra el dolor incorporan diversos enfoques terapéuticos, como iniciativas educativas, psicológicas y físicas, con el uso de analgésicos recomendados específicamente para el paciente. Se están realizando muchos estudios sobre terapias musicales y musicoterapia como tratamientos coadyuvantes del dolor en todo el mundo y a todos los niveles académicos. El cerebro procesa tanto la música como el dolor a través de muchas de las mismas vías neurológicas, por lo que puede decirse que el envío de señales de dolor y la apreciación de una melodía musical compiten por la atención. La música ayuda a aliviar tanto el dolor agudo como el crónico (42).

Tanto las sensaciones de placer como el efecto que tiene la música en nuestro cerebro, estimulan la liberación del torrente de neurotransmisores. Una música que nos agrada causa la liberación de opioides naturales, endorfinas, entre otras, las cuales estimulan a las sensaciones placenteras que se manifiesten (43).

Para escuchar música son necesarios complejos procesos neuroanatómicos y neurofisiológicos en los que rara vez pensamos. El sistema límbico y el tronco encefálico, que son regiones vinculadas a la respuesta emocional y a las recompensas, generan una sensación placentera liberando y modulando los niveles de serotonina, epinefrina, dopamina, oxitocina y prolactina, y pueden inducir constantemente

sensaciones de placer. La música involucra a todo el cerebro, activando el mismo centro eufórico que activan las drogas, la comida o el sexo (44,45).

La música reduce la percepción del dolor al tiempo que inhibe los neurotransmisores que causan tensión y ansiedad. También ayuda a procesar otros sentimientos como el pavor, la pena y el resentimiento (46). En la Universidad Médica de Taiwán, la música se ha utilizado como medicina coadyuvante en 236 partos y numerosos procedimientos posquirúrgicos (44).

La música y el sonido son componentes de un todo. Ambos tienen rasgos o características que los hacen únicos. El sonido humanamente audible (entre 20Hz y 20,000Hz) es un fenómeno formado por ondas sonoras y acústicas que se crean cuando las oscilaciones de la presión del aire se transforman en ondas mecánicas en el oído humano y son percibidas por el cerebro. La música es una forma de arte que se inspira en este fenómeno. Nuestro cerebro maneja la información auditiva y motora a través de redes neuronales, y la música se percibe e interpreta mediante diversos procesos cognitivos (47).

La musicoterapia y/o el uso de una intervención musical son dos tratamientos de medicina alternativa complementaria (MAC) para el dolor agudo postoperatorio. Según la Asociación Americana de Musicoterapia, la musicoterapia y las intervenciones musicales pueden mejorar la memoria, la comunicación, fomentar la rehabilitación física, manejar la tensión, aliviar el dolor, etc. (48).

El objetivo de la musicoterapia, según la Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales (AEMP) (49), es ayudar a la(s) persona(s) con la(s) que se trabaja, utilizando la música y/o sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) con el fin de promover y/o restablecer la salud, mejorar la calidad de vida de esa(s) persona(s) y propiciar cambios significativos en ella(s).

En el uso de la musicoterapia, siempre existen tres componentes necesarios. Un cliente, la música y un terapeuta (42). Por lo tanto, existe una diferencia entre una intervención de musicoterapia y lo que se denomina una intervención musical o realizada con música; En la musicoterapia las intervenciones son dirigidas por un musicoterapeuta profesional y calificado, mientras en las intervenciones musicales solo se requieren un estímulo musical y una respuesta por parte de la persona intervenida. Estos conceptos son relevantes ya que en la aplicación de una intervención musical o de música medicinal, no se necesita un musicoterapeuta; por lo tanto, un aplicador, la misma persona o las enfermeras en caso de pacientes, pueden realizar esa sesión alternativa complementaria (19).

El sonido es una onda mecánica que viaja longitudinalmente y se desplaza a través de un medio elástico, [*no en el vacío*]. Cuando cambia la presión del aire, se crean ondas sonoras y acústicas. Al pasar por el oído humano, estas ondas se transforman en ondas mecánicas que nuestro cerebro convierte en sonido perceptible. Nuestra gama de frecuencias auditivas va de 20 Hz a 20 kHz, por lo que para que algo nos resulte perceptible como sonido, sus ondas deben vibrar a una velocidad de al menos 20 veces por segundo (50).

Cuando los sonidos musicales se transmiten con una determinada frecuencia a través del aire, haciendo vibrar las partículas de este medio elástico a esa misma frecuencia, este efecto incide y puede hacer que otro cuerpo vibre a la misma frecuencia. A este fenómeno físico se le denomina resonancia. La resonancia es un término utilizado para describir un suceso físico en el que dos cuerpos resuenan a la misma frecuencia y uno de ellos vibra en respuesta a las frecuencias del otro. La capacidad de un objeto para vibrar se denomina resonancia. Y una onda determinada, perceptible o no, hace que los objetos vibren igualmente. Cada cuerpo o trozo de sustancia sólida resuena a una frecuencia determinada. Lo mismo ocurre con nuestro organismo humano (51).

Mediante un proceso físico que podría asemejarse a la resonancia, en el que sonidos de origen diverso se modifican para alcanzar la misma cadencia o ritmo, la música puede alterarnos o calmarnos. A través de la vibración del sonido se puede lograr parámetros fisiológicos más estables y ser una alternativa en el manejo de la intensidad del dolor. El dolor agudo, sobre todo el persistente, el dolor crónico, que es el que dura más de 12 semanas, puede aliviarse escuchando música (52).

El tempo de sonido óptimo para la relajación se sitúa entre 60 y 80 pulsaciones por minuto (BPM), lo que coincide con el rango de pulsaciones por minuto que experimenta el corazón de una persona media. Según la ciencia, Weightless, una canción de 8 minutos interpretada con guitarra, teclado y ruidos informáticos a un tempo constante de 60 BPM, es la música más relajante que existe. Carece de melodías repetidas, lo que impide al público anticipar sonidos y ayuda a la mente a relajarse. Investigadores de la *Mind Lab Institution* afirman que la música reduce los niveles de estrés, el pulso, la presión arterial y los niveles de cortisol (53).

Los sonidos de la naturaleza son aquellos que provienen del entorno natural, como el canto de los pájaros, el sonido de las olas del mar, el viento entre los árboles, el crujido de hojas secas bajo los pies y el rugido de una cascada. Estos sonidos nos conectan con la belleza y armonía de la naturaleza, generando sensaciones de calma y paz. Estudios han demostrado que estos sonidos naturales tienen beneficios para la salud, reduciendo el estrés y mejorando el estado de ánimo. Escuchar estos sonidos puede brindarnos una sensación de relajación y conexión con la naturaleza.

Según Buxton R et al. (54), explica que los sonidos naturales confieren sentido del espacio, conectan a las personas con la naturaleza y cada vez hay más evidencia que sugiere que los sonidos naturales son importantes para la salud y el bienestar humanos. En su estudio examina la evidencia de los beneficios para la salud de los paisajes sonoros naturales. Los resultados afirman que los sonidos naturales mejoran la salud, aumentan el afecto

positivo, mejor estado de ánimo y capacidad cognitiva, así como reducen el estrés y la molestia con disminución del dolor, la frecuencia cardíaca y la presión arterial; asimismo demuestran que los sonidos del agua son más efectivos para mejorar el estado de ánimo y la capacidad para procesar información, mientras que el sonido producido por las aves se relaciona directamente con el alivio del estrés y la molestia.

El personal médico encargado de atender a pacientes de parto por cesárea con dolor postoperatorio agudo, encarnan un reto serio. Los analgésicos tienen un impacto en el binomio materno fetal, por tanto, es necesario considerar sus beneficios y sus efectos para así proporcionar los elementos que brinden a las pacientes y a su neonato un manejo seguro, oportuno y eficaz. La cesárea es la intervención quirúrgica ginecológica por medio de la cual se extrae al feto y los anejos (placenta y bolsa amniótica) a través de una incisión en la pared abdominal y el útero de la paciente. En general, puede realizarse bajo anestesia regional (la más conocida es la epidural) o general, ambas administradas en quirófano en un entorno aséptico (55).

Se ha demostrado que los parámetros estandarizados para determinar si una mujer necesita una cesárea y el momento adecuado del procedimiento quirúrgico, disminuyen la heterogeneidad interpersonal y la morbilidad materna y neonatal asociada al procedimiento. Las cesáreas que están contraindicadas en gestantes con patología materna o fetal deben ser programadas antes del inicio del parto, la indicación puede ser desde la atención prenatal o estando la paciente hospitalizada, este tipo de cesárea se conoce como cesárea electiva. Las cesáreas electivas se deberían programar a partir de la 39 semana de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad respiratoria fetal entre otros (56, 57).

Las cesáreas de emergencia son aquellas que se eligen sin previo aviso por la presencia de una patología de aparición súbita que no permite un tiempo de espera superior a 30 minutos entre el momento de la indicación y el inicio de la intervención sin dejar de cumplir los requisitos de ingreso en

quirófano. No se conocen contraindicaciones para el proceso porque su finalidad es salvar la vida del paciente o de su producto (53).

El dolor es crucial en el sistema homeostático. El sistema nociceptivo trabaja en conjunto con el sistema nervioso autónomo, el inmune y el neuroendocrino para activar respuestas adaptativas. El SNC genera respuestas eferentes motoras, bioquímicas, neuroendocrinas y conductuales con el fin de mantener el equilibrio homeostático y promover la supervivencia del organismo. El dolor impacta al individuo de manera sensitiva, emocional y conductual y de forma integral. Un manejo inadecuado del dolor agudo puede llevar a alteraciones fisiológicas y causar efectos adversos en múltiples órganos y sistemas (58).

El dolor es un fuerte desencadenante de la respuesta al estrés. Este desarrolla una respuesta metabólica mediada por un aumento en las concentraciones de hormonas neuroendocrinas y citocinas circulantes. Los niveles en sangre de estos mediadores están relacionados con la magnitud de la cirugía y los resultados del paciente. Varios estudios sugieren una relación causal entre la intensidad del estrés y la morbilidad quirúrgica. La activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) debido al estrés quirúrgico y al dolor incrementa notablemente la incidencia de isquemia e infarto perioperatorio. Por ejemplo, el dolor causado por la cirugía activa los eferentes simpáticos, estimulando la fuerza y la frecuencia de las contracciones cardíacas, lo que eleva la frecuencia cardíaca (FC) y la presión arterial (PA) entre otros parámetros fisiológicos (59).

El postoperatorio, es el período que transcurre desde el final de una operación hasta la completa recuperación del paciente o su recuperación parcial con posibles secuelas. El postoperatorio inmediato corresponde a las primeras 24 horas tras la cirugía. Esta etapa es crítica ya que el organismo se encuentra atravesando una serie de cambios debidos al estrés quirúrgico. Estos se relacionan principalmente con variaciones en algunas hormonas, que pueden llevar al desarrollo de retención de líquidos y enlentecimiento de la función intestinal. se controlan y monitorean los signos vitales, como

frecuencia cardiaca, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y frecuencia respiratoria entre otros. Estos parámetros indican el equilibrio del organismo y actúan como una señal de advertencia para identificar posibles disfunciones (60).

En la práctica médica moderna, los pacientes son vigilados para detectar alteraciones en diversos parámetros fisiológicos como temperatura, frecuencia cardiaca, presión arterial y frecuencia respiratoria entre otros. Esto permite un aviso anticipado del deterioro inminente de uno o más sistemas orgánicos. El objetivo es que el clínico tome acciones apropiadas de manera oportuna para prevenir o disminuir trastornos funcionales. Además, la vigilancia fisiológica continua (monitoreo) se utiliza no solo como una medida preventiva, sino también para ajustar y adaptar intervenciones terapéuticas, como el tratamiento con líquidos o la administración de fármacos vasoactivos o inotrópicos por vía intravenosa. La capacidad de estimar parámetros fisiológicos clínicamente importantes del estado de los tejidos y órganos, y usar este conocimiento para mejorar los resultados en los pacientes, representa el santo grial de la medicina de cuidados intensivos (61).

En el presente estudio, se llevó a cabo una caracterización de variables demográficas, maternas y perinatales tales como la edad, grado de estudios, ocupación, estado civil, procedencia, número de cesáreas previas, periodo intergenésico y número de hijos de las pacientes. Esta caracterización, aunque no se integró directamente en el análisis de las variables principales, cumple varios propósitos esenciales dentro de la comprensión del contexto del estudio, el control de posibles factores confusos, y la preparación para investigaciones futuras. Proporciona una base sólida para interpretar los resultados y para diseñar estudios adicionales que exploren en mayor profundidad la relación entre estas variables y la efectividad de las intervenciones para el manejo del dolor.

2.2. Antecedentes del estudio

Kakde A et al. (62), 2023. Singapur. Su investigación se centró en evaluar el impacto de la música perioperatoria en la ansiedad, el dolor agudo y la catastrofización del dolor en pacientes sometidas a una cesárea electiva; Se examinaron 108 mujeres embarazadas. Escucharon música de su elección. Se recopilaron datos de características basales de los pacientes, puntuaciones de ansiedad (EAV-A), dolor y la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS), así como preferencias musicales. Se evaluó las puntuaciones de dolor en la UPA poco después de la cirugía. Las puntuaciones de dolor no mostraron diferencias significativas entre los grupos experimental y de control tanto antes ($p = 0.968$) como después de la cirugía ($p = 0.947$). Sin embargo, se concluyó que la música perioperatoria se asoció con una reducción de la ansiedad y la catastrofización del dolor tras la cesárea.

Khaity A et al. (63), 2022. Sudan. Exploraron el efecto de la intervención musical en la ansiedad, el dolor y los signos vitales en pacientes sometidas a cesárea. El análisis abarcó 13 ensayos controlados aleatorios, con un total de 1513 sujetos. Los resultados revelaron que la música superaba al control en la reducción tanto de la ansiedad general ($p < 0.0001$) como del dolor postoperatorio ($p < 0.0001$), además de mostrar un efecto positivo en la presión arterial diastólica ($p = 0.04$). Aunque no se observaron diferencias significativas en la presión arterial sistólica ($p = 0.09$) ni en la frecuencia cardíaca ($p = 0.12$), la música demostró ser una herramienta efectiva para mitigar la ansiedad y el dolor en mujeres sometidas a cesárea. El uso de música durante una cesárea se relacionó con una disminución de la presión arterial diastólica y la frecuencia cardíaca. Se concluyó que puede ser beneficioso emocionalmente y para la estabilidad fisiológica de las pacientes.

Ochoa S et al. (64), 2022. Ecuador. Examinaron los efectos de la musicoterapia en pacientes de la UCI. La muestra incluyó 33 pacientes, y se evaluaron parámetros fisiológicos antes y después de la sesión de musicoterapia. Escucharon música con canciones de ritmos afines a la edad de los pacientes, de tempo lento, entre 60 a 100 beats/minuto. Antes de la

intervención, el 21.21% presentaba presión arterial (PA) elevada, reduciéndose significativamente después ($p = 0.0015$). La frecuencia cardíaca (FC) mostró taquicardia en el 42.4%, disminuyendo significativamente ($p = 0.000001$), y el 63.6% registró taquipnea, reduciéndose después de la musicoterapia ($p < 0.05$). La intervención redujo la PAS, PAD, FC y FR, especialmente en pacientes con valores elevados, y también disminuyó la agitación en pacientes críticos.

Melo D et al. (65), 2022. México, investigaron el efecto de la musicoterapia en los signos vitales y el dolor postoperatorio en 80 pacientes hospitalizados. Se dividieron en grupo control y grupo de intervención, y se les hizo escuchar música tipo zen, utilizando registros de signos vitales y la escala análoga del dolor. Las mediciones pre y post en el grupo intervenido mostraron significancia estadística en la frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial media ($p=0.000$). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimental y control en la frecuencia cardíaca ($p=0.72$), frecuencia respiratoria ($p=0.92$), presión arterial media ($p=0.70$) y escala de dolor ($p=0.475$). Los resultados indican un efecto beneficioso de la musicoterapia en los signos vitales y el dolor posoperatorio, resaltando su importancia en la atención hospitalaria integral.

Hernández FM et al (66). 2022, Cuba. Se investigó el impacto de la musicoterapia en la reducción de la presión arterial en 100 pacientes con cifras moderadamente altas, divididos en grupos control y experimental. Se emplearon piezas musicales relajantes, principalmente música clásica y de ambiente, y se registraron los signos vitales. Ambos grupos mostraron predominio de presión arterial sistólica elevada, con un 20% y 16% para cifras entre 120-139 mmHg, y un 58% y 66% para cifras entre 140-159 mmHg, respectivamente. Luego de la intervención, la mayoría de los pacientes redujeron su presión arterial sistólica, con un 64% y 38% para cifras entre 120-139 mmHg, y un 16% y 50% para cifras entre 140-159 mmHg, respectivamente. La musicoterapia redujo más la presión arterial en pacientes con cifras moderadamente altas que en aquellos que no la recibieron.

Masoud AT et al. (67), 2020. Egipto. Realizaron un estudio de metanálisis cuyo objetivo fue examinar el efecto de la música en la percepción del dolor y en los parámetros fisiológicos en mujeres programadas para cesárea electiva. Se escucharon muchos tipos de música, clásica, china, guitarra, religiosa, meditación, Etc. Se incluyó ocho ensayos controlados aleatorios con un total de 818 mujeres. Los datos recopilados y analizados favorecieron significativamente al grupo que escuchaba música en términos de puntuaciones de dolor y ansiedad ($p < 0.001$). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en la frecuencia cardíaca ni en la presión arterial sistólica y diastólica entre los grupos. El estudio demostró que la música redujo el dolor y la ansiedad en mujeres sometidas a cesárea electiva.

Toker E et al. (68), 2020. Turquía. Realizaron una investigación cuyo objetivo pretendió determinar los efectos de la musicoterapia sobre los niveles de dolor y ansiedad posparto en mujeres que dieron a luz mediante cesárea. Se escuchó música clásica turca. El estudio evaluó la participación de 126 mujeres y reportaron utilizar una escala analógica visual sobre el dolor y el Inventario de ansiedad rasgo-estado (STAI TX-1). Demostraron que, en comparación con el grupo de control, los grupos de intervención experimentaron menos dolor y ansiedad ($p < 0,001$). Llegaron a la conclusión de que la musicoterapia puede ayudar eficazmente a las personas con molestias, dolor, preocupación y ansiedad.

Lin CL et al. (69), 2020. Taiwán. Investigaron un estudio de metanálisis sobre los efectos de la intervención musical y la musicoterapia en el dolor postoperatorio ortopédico. Se analizaron nueve ensayos controlados aleatorios utilizando RevMan versión 5.3. Los resultados mostraron una significativa reducción del dolor tanto en la intervención musical ($p = 0,02$) como en la musicoterapia ($p = 0,02$), destacando diferencias significativas en la música elegida por los participantes ($P = 0,002$ para intervención musical; $P = 0,02$ para musicoterapia). Además, la musicoterapia demostró una mejora significativa en la ansiedad de los

pacientes ($P = 0,005$). Aunque hubo diferencias sutiles en parámetros fisiológicos, necesidad de opiáceos y duración de la estancia, los autores concluyeron que la música, especialmente la seleccionada por los pacientes, puede ser efectiva para aliviar el dolor postoperatorio.

Camones KF (70), 2023. Huanuco - Perú. Realizó un estudio con el objetivo de determinar el efecto de la musicoterapia como coadyuvante en la disminución del dolor en la fase activa del trabajo de parto en gestantes; contó con una muestra de 50 gestantes en un trabajo de parto dividido en un grupo experimental y un grupo de control. Como instrumentos, la Escala de Campbell y la Escala Visual Analógica. Los resultados mostraron que el 44% de las gestantes prefirió la música clásica, mientras que el 56% prefirió la música latinoamericana. según la escala de Campbell, el 100% (25) de las gestantes que recibieron musicoterapia manifestaron un dolor “Leve-Moderado” y con la Escala Visual Análoga, el 100% (25) manifestaron un dolor de “Suave”. La musicoterapia mostró una importancia destacada al aumentar la tolerancia al dolor y reducir el tiempo de la fase activa del parto.

Chirito FA (71). 2022, Huacho - Perú. efectuó el estudio Intervención de enfermería en el manejo del dolor en pacientes post operados, tuvo un diseño básico de nivel descriptivo transversal, con enfoque cuantitativo y no experimental. La población del estudio estuvo compuesta por 50 pacientes postoperados. Los resultados revelaron que un 86% de los pacientes consideraron que la intervención no farmacológica en el manejo del dolor estaba ausente, mientras que un 14% opinó que estuvo presente. En general, se concluyó que la intervención de enfermería en el manejo del dolor se basó principalmente en el uso de medicación, sin utilizar otras emergencias alternativas para el dolor después de la cirugía en ninguno de los pacientes.

Ccasihuí NS (72). 2022, Lima - Perú. Se realizó un estudio documental retrospectivo revisando 30 artículos científicos de 2017 a 2022. La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía traumatológica experimentaron dolor moderado a severo en las primeras 24 horas, disminuyendo a leve durante

la hospitalización. Se utilizaron técnicas de valoración del dolor como la Escala Visual Análoga (EVA), Escala Verbal Numérica (EVN), Escala Verbal Simple (EVS), y se implementó manejo del dolor no farmacológico. Según la literatura revisada, el manejo del dolor no farmacológico por parte de las enfermeras se enfoca en diferentes estrategias, incluyendo la aplicación de calor/frío (35%), cambios posturales (25%), musicoterapia (15%), técnicas de relajación (10%), masaje terapéutico (8%) y rezar (7%). Se concluyó que las estrategias de manejo del dolor no farmacológico ayudan a aliviar el dolor.

Rodríguez Y et al. (73), 2021. Perú. En su investigación realizada en Lima, tuvo como objetivo describir las características clínicas y factores sociodemográficos asociados a COVID-19 en gestantes de un hospital materno infantil de Lima. Se incluyeron a 200 mujeres, dentro de los principales resultados sociodemográficos, el 84% de las mujeres tenían entre 18 a 34 años. El 52,5% vivía en Lima, el 79% trabajaba como ama de casa, el 71,9% alcanzó un nivel de estudio secundario y el 60% era conviviente. Concluyeron que las gestantes con el estado civil conviviente tienen menor riesgo de enfermarse de COVID-19 .

Soto EE (74). 2020, Perú. En un estudio realizado en Perú, determinó los factores sociodemográficos y obstétricos asociados al parto por cesárea en mujeres primíparas. Para ello, analizó la base de datos de la ENDES 2018, utilizando una muestra de 19824 mujeres. Se utilizó STATA versión 12.0 para el análisis. La mayoría de las mujeres tenían menos de 25 años al dar a luz (75,2%), con educación secundaria completa/incompleta predominante (44,1%), y provenían de áreas urbanas (75,1%). La frecuencia de cesáreas aumentó con la edad materna, desde 28,7% en mujeres menores de 25 años hasta 80,9% en mujeres de 35 a 49 años ($p < 0,001$). En resumen, la prevalencia de parto por cesárea en mujeres primíparas en Perú es alta.

Viera JV (75). 2020, Piura. En su trabajo de investigación tuvo el objetivo de determinar el perfil clínico - epidemiológico de cesáreas realizadas en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura. donde desarrollo una investigación descriptiva, retrospectiva, que incluyó 363 pacientes. Los resultados mas relevantes fueron que la mayor proporción de edades se consigna entre 20 a 35 años (74,7%), el 88,4% es ama de casa sin trabajo, poco más de la tercera parte (35,3%) tiene secundaria completa y el 23,7% cuenta con primaria, la mayoría (33,1%) contó con periodo intergenésico normal, asimismo, según paridad, el 29,2% fue primípara y 27,5% nulípara.

Nizama LE (76). 2020, Perú. En su trabajo de investigación nominado Factores asociados en usuarias de parto institucional con covid 19, Hospital Santa Rosa II-2 junio a noviembre del 2020. Halló resultados que según factores sociodemográficos predomina el 46.9% de usuarias menores de 25 años, 96.5% fueron amas de casa sin trabajo remunerado, 37.8 % de nivel secundaria y 72% proceden de la zona urbana (69). Se concluyó que no se encontró una relación significativa entre los factores sociodemográficos y obstétricos, ya que los p-valores fueron mayores que 0,05.

2.3. Marco conceptual

Intervención musical

Es la utilización de la música como estímulo auditivo pasivo para alcanzar objetivos específicos en el ámbito médico, principalmente para el manejo del dolor postoperatorio, disminución de la ansiedad y el estrés, mejora del estado de ánimo y la satisfacción del paciente. La música se puede reproducir a través de diversos dispositivos, como reproductores de música digital, auriculares, altavoces o incluso almohadas musicales(19)

Intervención de enfermería.

Se refiere a las acciones y medidas que los profesionales de enfermería llevan a cabo para promover, mantener o restaurar la salud de los pacientes o individuos. Estas intervenciones se basan en la evaluación de las necesidades de cuidado de cada paciente y se implementan como

parte del plan de atención de enfermería. Es Cualquier acción realizada por un profesional de enfermería para promover el resultado esperado del paciente que se basa en el conocimiento y el juicio clínico. La persona, la familia y la sociedad son los destinatarios de los cuidados directos e indirectos (77,78).

Dolor agudo

Dolor previsible, de reciente comienzo, de corta duración, resultante de la estimulación nociceptiva de los distintos tejidos y órganos provocada por la agresión directa o indirecta causada por la operación quirúrgica. Su característica más notable es que alcanza su máxima intensidad en las primeras 24 horas, para ir disminuyendo gradualmente después. (34).

Cesárea

La cesárea es la intervención quirúrgica ginecológica por medio de la cual se extrae al feto y los anejos (placenta y bolsa amniótica) a través de una incisión en la pared abdominal y el útero de la paciente. Se realiza en un quirófano en un ambiente aséptico y bajo anestesia, la misma que dependerá de la valoración del equipo anestésico, pero, en líneas generales, puede ser regional (la más conocida es la epidural) o general (54).

Escala visual analógica del dolor (EVA).

Es una herramienta de medición utilizada para evaluar y cuantificar la intensidad o magnitud de una experiencia o síntoma subjetivo, como el dolor, la ansiedad, la fatiga, la depresión, entre otros; esta herramienta proporciona la máxima reproducibilidad entre observadores y ayuda a evaluar y medir la intensidad de determinadas sensaciones y sentimientos, como la intensidad del dolor notificada por el paciente (38).

Frecuencia cardíaca

La frecuencia cardíaca es el número de latidos del corazón por minuto. En un adulto saludable, un rango normal se sitúa entre 60 y 100 latidos por minuto. Una frecuencia cardíaca superior a 100 latidos por minuto se clasifica

como taquicardia, mientras que una frecuencia inferior a 60 latidos por minuto se denomina bradicardia (79).

Frecuencia respiratoria

La frecuencia respiratoria es el número de respiraciones por minuto. En adultos sanos, el rango normal es de 12 a 20. Valores superiores a 20, llamados taquipnea, pueden indicar infecciones pulmonares o insuficiencia cardíaca. Valores inferiores a 12, conocidos como bradipnea, pueden ser un signo de depresión respiratoria (79).

Presión arterial

La presión arterial (PA) es la fuerza que la sangre ejerce contra las paredes de las arterias durante el ciclo cardíaco. Se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se compone de dos valores: la presión sistólica, que representa la presión máxima cuando el corazón se contrae y bombea sangre. Se considera normal cuando se encuentra dentro del rango de 110 a 140 mmHg., y la presión diastólica, que indica la presión mínima cuando el corazón está en reposo entre latidos. Se considera normal cuando se encuentra dentro del rango de 70 a 90 mmHg. La PA es un indicador crítico de la salud cardiovascular y se clasifica en normal, elevada, e hipertensión de diferentes etapas (79).

Edad

La edad es el período que abarca desde el nacimiento hasta el momento de referencia, dividiendo la vida humana en diferentes etapas, como la infancia, juventud, edad adulta y vejez. Cada una de estas etapas tiene características distintivas y rasgos comunes en el desarrollo humano. La edad nos permite comprender y clasificar las experiencias y necesidades cambiantes a medida que avanzamos en la vida, brindando una perspectiva de los diferentes momentos evolutivos en la existencia humana (80).

Nivel de educación

El nivel educativo se refiere a los conocimientos, habilidades y competencias adquiridos por una persona durante su proceso de formación.

Es el resultado del desarrollo y la adquisición de aprendizajes a lo largo de la educación formal, y se utiliza para evaluar el grado de preparación y capacitación de un individuo. “Los niveles son períodos graduales del proceso educativo articulados dentro de las etapas educativas y comprende el nivel: inicial, primaria y secundaria” (81).

Estado civil.

El estado civil se refiere al estado legal en el que se encuentra una persona en relación con su vida matrimonial o conyugal. “El Estado civil se refiere a la situación de las personas determinadas por sus relaciones de parentesco y convivencia de acuerdos a las diversas formas de unión conyugal. A partir del cual se establecen ciertos derechos y deberes validados por el entorno social” (82).

Ocupación

Se refiere al trabajo o actividad que una persona realiza para obtener un sustento económico o contribuir a la sociedad. La ocupación implica la participación en un empleo, profesión, Oficio o actividad laboral, ya sea remunerada o no. Es el “Conjunto de trabajos cuyas principales tareas y funciones se caracterizan por un alto grado de similitud” (83).

Centro poblado urbano o área urbana

“Es aquel lugar que tiene como mínimo 100 viviendas agrupadas contiguamente formando manzanas y calles. Se considera como centro poblado urbano a todas las capitales distritales aun cuando no reúnan la condición indicada. Un centro poblado urbano, por lo general, está conformado por uno o más núcleos urbanos” (84).

Centro poblado rural o área rural

Un centro poblado rural o área rural se refiere a un asentamiento humano ubicado fuera de los límites de las áreas urbanas o ciudades principales. “Es aquel lugar que no tiene más de 100 viviendas contiguas formando manzanas y calles ni es capital de distrito; o que, teniendo más de

100 viviendas, estas se encuentran semidispersas o totalmente dispersas” (84).

Número de cesáreas previas

La cesárea previa se refiere al número de veces que una mujer ha dado a luz a través de una cesárea en embarazos anteriores. “La cesárea previa implica que la mujer posee una cicatriz en el útero y que por tanto al no estar “intacto” debe ser cuidado de forma especial durante el parto con el fin de minimizar los riesgos de sufrir una rotura de útero durante el proceso de parto” (85).

Periodo intergenésico

El periodo intergenésico se refiere al tiempo transcurrido entre dos embarazos consecutivos en una misma mujer. Este periodo es un factor importante a considerar en la planificación familiar. “Se considera periodo intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo” (86).

Número de hijos de las pacientes.

Se refiere a la cantidad de hijos que ha tenido una mujer. Es una medida que indica la cantidad de embarazos y nacimientos que ha tenido una mujer a lo largo de su vida. “Se refiere al número de hijos de las mujeres que han tenido en algún momento de su vida alguno nacido vivo, incluyendo los hijos que luego fallecieron” (87).

Fluctuación de los signos vitales.

Se refiere a las variaciones normales que ocurren en los indicadores fisiológicos del cuerpo humano, como la temperatura, la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y el nivel de saturación de oxígeno. “Los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, indicando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente. Cualquier alteración de los

valores normales, orienta hacia un mal funcionamiento orgánico y por ende se debe sospechar de un estado mórbido” (88).

2.4. Sistema de hipótesis

2.4.1. H_i : Las pacientes sometidas a cesárea perciben una reducción de la intensidad del dolor agudo postquirúrgico después de recibir una intervención musical en el Hospital II de Chocope EsSALUD en el 2022.

2.4.2. H_0 : Las pacientes sometidas a cesárea no perciben una reducción de la intensidad del dolor agudo postquirúrgico después de recibir una intervención musical en el Hospital II de Chocope EsSALUD en el 2022.

2.5. Variables e indicadores. Operacionalización de Variables.

2.5.1. Tipos de variables. Operacionalización de Variables: Efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea en el Hospital II Chocope EsSalud 2022

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	indicador	Índice
Variable independiente: Intervención musical Escala: Cualitativa nominal dicotómica	Manipulación de la música para evaluar sus efectos en variables de respuesta en participantes.	Intervención musical en Gineco-Obstetricia: 6 minutos de sonidos naturales y 14 minutos de la canción "Weightless" a 60-80 bpm con audífonos.	Rol de enfermería en la intervención musical receptiva programada.	Recibió la intervención musical	No Si
Variable dependiente Intensidad del dolor Escala: ordinal	Magnitud o severidad de la experiencia dolorosa percibida por un individuo.	Es el registro obtenido en la escala visual analógica (EVA) para valorar el nivel de intensidad del dolor referido a la enfermera por parte de la paciente	Intensidad del dolor	Leve o leve-moderado Moderado a moderado-grave	0 a < 4 cm De 4-6 cm

<p>Variable dependiente: Frecuencia cardiaca Escala: Ordinal</p>	<p>Número de veces que el corazón late por minuto.</p>	<p>Se medirá la frecuencia cardíaca en reposo tomando el pulso en la muñeca o usando un pulsímetro, en ambos grupos: control y experimental.</p>	<p>Frecuencia cardiaca en adultos : Entre 60 y 100 latidos por minuto.</p>	<p>Valor numérico de la frecuencia cardíaca Bradicardia: Frecuencia cardiaca menor a 60 latidos por minuto. Normal: Frecuencia cardiaca en el rango de 60 a 100 latidos por minuto. Taquicardia: Frecuencia cardiaca mayor a 100 latidos por minuto.</p>	<p>Valor del número de latidos por minuto</p>
<p>Frecuencia respiratoria Escala: Ordinal</p>	<p>Número de veces que una persona respira por minuto.</p>	<p>Número de ciclos respiratorios por minuto según el evaluador.</p>	<p>Frecuencia respiratoria en adultos: 12 a 20 respiraciones por minuto</p>	<p>Número de respiraciones por minuto Bradipnea: Cualquier valor por debajo de 12 respiraciones por minuto. Rango normal: Entre 12 y 20 respiraciones por minuto. Taquipnea: Cualquier valor por encima de 20 respiraciones por minuto.</p>	<p>Valor del número de respiraciones por minuto</p>

<p>Presión arterial sistólica (PAS) Escala: ordinal</p>	<p>Presión máxima que la sangre ejerce en las arterias durante el latido cardíaco.</p>	<p>Método para medir la PAS con esfigmomanómetro o dispositivo similar en mmHg.</p>	<p>La PAS se expresa en mmHg como un número entero que representa la presión.</p>	<p>Lectura directa con un tensiómetro del número de la de la presión arterial sistólica: Hipotensión: Valores por debajo de 90 mmHg. Rango normal: Entre 90 y 120 mmHg. Hipertensión etapa 1: Entre 120 y 129 mmHg. Hipertensión etapa 2: 130 mmHg o más.</p>	<p>Valor del número de la presión arterial sistólica</p>
<p>Presión arterial diastólica (PAD) Escala: ordinal</p>	<p>Presión mínima de la sangre en las arterias cuando el corazón está en reposo.</p>	<p>Metodología específica utilizada para medir la PAD. Será medida utilizando un esfigmomanómetro de mercurio o dispositivo similar, registrando los valores en milímetros de mercurio (mmHg).</p>	<p>La PAD se expresa como un número entero, que representa la presión en mmHg.</p>	<p>Lectura directa con un tensiómetro del número de la de la presión arterial diastólica: Hipotensión: Valores por debajo de 60 mmHg. Rango normal: Entre 60 y 80 mmHg. Hipertensión etapa 1: Entre 80 y 89 mmHg. Hipertensión etapa 2: 90 mmHg o más.</p>	<p>Valor del número de la presión arterial diastólica</p>

Variable descriptiva: Demograficas, maternas y perinatales. Edad Escala: Ordinal	Cantidad de tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Los datos se recopilarán mediante cuestionario y registros administrativos, y se registrarán para el estudio.	Edad cronológica.	Edad en años.	a. Menores de 18 años b. Entre 20 y 25 años c. Entre 26 y 30 años d. Entre 31 y 40 años e. Mayores de 40 años
Nivel de educación Escala: Ordinal	Grado de formación académica que ha alcanzado un individuo a lo largo de su vida.	Los datos se recopilarán mediante cuestionario y registros administrativos, y se registrarán para el estudio.	Grado de formación académica	Grado de educación alcanzado	a. Inicial b. Primaria c. Secundaria d. Superior no universitaria e. Universitaria
Estado civil Escala: Nominal Politómica	Condición jurídica que describe la situación personal de un individuo en relación con su vínculo	Los datos se recopilarán mediante cuestionario y registros administrativos, y se registrarán para el estudio.	Aspectos específicos del estado civil que se considerarán	Autodeclaración del individuo	a: Soltera b: Casada c: Viuda d: Divorciada e. Separada de hecho

	matrimonial o de pareja.		en la investigación.		f: Conviviente
Ocupación Escala: Ordinal Nominal dicotómica	Trabajo o actividad principal que realiza una persona para obtener ingresos o sustento.	Los datos se recopilarán mediante cuestionario y registros administrativos, y se registrarán para el estudio.	Aspectos específicos de la ocupación	Trabajo	a. Con trabajo remunerado b. Sin trabajo remunerado Procedencia del área urbana o rural Escala: Nominal dicotómica
Procedencia del área urbana o rural Escala: Nominal dicotómica	Lugar de residencia habitual de una persona, clasificando si reside en un área urbana o en un área rural.	Los datos se recopilarán mediante cuestionario y registros administrativos, y se registrarán para el estudio.	Aspectos específicos de la procedencia del área urbana o rural.	Lugar de residencia actual	a. Urbano b. Rural

<p>Número de cesáreas previas Escala: Ordinal</p>	<p>Cantidad de partos por cesárea que una mujer ha tenido durante su vida reproductiva</p>	<p>Los datos se recopilarán mediante cuestionario y registros administrativos, y se registrarán para el estudio.</p>	<p>La cantidad exacta de cesáreas que la mujer ha tenido.</p>	<p>Número de cesáreas previas</p>	<p>a. 1 cesárea b. 2 cesáreas c. 3 cesáreas d. Más de 3 cesáreas e. Cero cesáreas</p>
<p>Periodo intergenésico Escala: Ordinal</p>	<p>Intervalo de tiempo que transcurre entre el nacimiento de un hijo y el siguiente.</p>	<p>Los datos se recopilarán mediante cuestionario y registros administrativos, y se registrarán para el estudio.</p>	<p>tiempo que transcurre entre el nacimiento de un hijo y el nacimiento del siguiente.</p>	<p>Tiempo promedio que transcurre entre el nacimiento de un hijo y el nacimiento del siguiente, en años y/o meses</p>	<p>a) Menores de 1 año y 6 meses b) Entre 1 año y 6 meses y 2 años c) Entre mas de 2 años y 5 años d) Mayores de 5 años</p>

<p>Número de hijos Escala: ordinal</p>	<p>Cantidad de descendientes que una persona ha tenido a lo largo de su vida reproductiva.</p>	<p>Los datos se recopilarán mediante cuestionario y registros administrativos, y se registrarán para el estudio.</p>	<p>Número total de hijos</p>	<p>Autodeclaración de la persona</p>	<p>a. Uno b. Dos c. Tres d. Cuatro o más e. Ninguno</p>
--	--	--	------------------------------	--------------------------------------	---

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación

Se realizó un estudio de investigación enfocado en el contexto de la práctica de la Enfermería. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, el cual orientó la recolección de información de la realidad para medirla y presentarla como medidas estadísticas estandarizadas. Se empleó un diseño cuasi experimental, ya que los sujetos de estudio no se seleccionaron de forma aleatoria. El diseño fue de grupo control no equivalente (pre test y post test), lo que permitió evaluar el efecto de la intervención en el tiempo. El estudio también fue descriptivo, ya que se encargó de describir situaciones y acontecimientos, organizar la recolección y análisis de datos, y decidir qué pruebas estadísticas se aplicaron. Por último, el estudio fue prospectivo y de corte transversal. Esto significa que las mediciones se realizaron en un momento determinado y mostraron la información tal y como se obtuvo de la realidad (89).

3.2. Población y muestra de estudio

3.2.1. Población diana o universo:

Mujeres sometidas a cesárea, ingresadas en el Hospital II Chocope de EsSalud, Chocope La Libertad, Panamericana Norte Km. 604, al servicio de Gineco obstetricia.

La cantidad de cesáreas registradas durante el año 2022 en el Hospital II Chocope de EsSalud. La Libertad, fue de 316 pacientes en total, con un promedio de 26.33 cesáreas por mes; en el año 2023, se realizaron 298 cesáreas en total, con un promedio de 24.83 cesáreas por mes. Datos sacados del libro de registro de cesáreas de servicio de Gineco obstetricia y de Estadística Institucional, Essalud en cifras (23).

Criterios de inclusión

- Postparto por cesárea con mayoría de edad que firmen el consentimiento de aprobación informado de participación.
- Postparto por cesárea primaria.

- Postparto por cesárea iterativa.
- Postparto por cesárea post operado inmediato (24 horas post cirugía).
- Postparto por cesárea en condición de emergencia, urgencia y en el curso del trabajo de parto que termine en cesárea.
- Orientadas en tiempo, espacio y persona.
- Lean y/o entiendan el idioma español

Criterios de exclusión

- Postparto por cesárea que presenten una intensidad de dolor > a 6 según la escala de EVA.
- Postparto con diagnóstico de hipoacusia, sordera.
- Postparto con diagnóstico de trastornos psiquiátricos.
- Postparto vaginal.
- Paciente programada para cesárea que terminaron en parto vaginal.

3.2.2. Muestra

La población muestral del estudio se obtuvo utilizando la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, la cantidad de participantes se eligió en función de factores prácticos y logísticos, de la disponibilidad de recursos sobre todo de tiempo y la accesibilidad de los participantes. El tamaño de la muestra dependió de la viabilidad práctica del estudio más que de fórmulas estadísticas precisas para la representación general.

En nuestro estudio se evaluó un efecto específico (la intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea y los parámetros fisiológicos); Se consideró un tamaño de muestra de 60 pacientes (30 en el grupo control y 30 en el grupo experimental), número razonable para obtener una estimación inicial de los efectos y analizar diferencias entre grupos. Aunque 60 pacientes no representan un muestreo probabilístico completo, la muestra puede proporcionar información valiosa sobre la intervención musical en este

contexto específico. Los resultados pueden no ser generalizables a toda la población de pacientes post-cesárea, pero sí pueden ofrecer indicios sobre la efectividad de la intervención.

Se completó la entrevista de los 60 pacientes del estudio en un periodo de 6 meses, desde octubre del 2023 a marzo del 2024, lo que incluyó el reporte del análisis estadístico por parte del estadista.

3.3. Diseño de investigación

3.3.1. Diseño de contrastación

El estudio fue una estructura de investigación cuasiexperimental de diseño de grupo control no equivalente (pretest y posttest), el diseño de grupos no equivalentes pre test-posttest es un producto de la colaboración de varios investigadores, con aportes significativos de Campbell, Stanley, Cook, Reichardt, Glass y otros. A pesar de las críticas que ha recibido, este diseño sigue siendo una herramienta útil para la investigación cuasiexperimental. Los autores Cook y Campbell en 1979 presentaron la primera obra dedicada íntegramente a los diseños cuasiexperimentales (90). Llamado diseño con preprueba-posprueba y grupo de control por Hernández Sampieri (91).

El estudio se llevó a cabo con dos grupos de 30 pacientes cada uno: un grupo experimental y un grupo control. Las participantes fueron mujeres que se sometieron a una cesárea. En el grupo experimental, se aplicó una intervención musical, compuesta por 6 minutos de sonidos naturales seguidos de 14 minutos de la canción "Weightless" a 60-80 bpm, escuchada mediante audífonos al volumen preferido por cada paciente, 24 horas después de la cesárea.

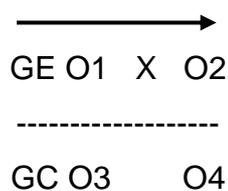
En el grupo experimental, se evaluaron la intensidad del dolor y los parámetros fisiológicos de las pacientes en dos momentos: primero, antes de la intervención musical, a las 24 horas post-cesárea (pretest), y segundo, después de la intervención musical, a las 24 horas y 30 minutos (posttest). En el grupo de control, no se aplicó la

intervención musical. Sin embargo, al igual que en el grupo experimental, se midió la intensidad del dolor y los parámetros fisiológicos en dos momentos: primero, a las 24 horas post-cesárea, y segundo, a las 24 horas y 30 minutos post-cesárea.

La intensidad del dolor se midió utilizando la escala visual analógica (EVA) en ambos grupos y en ambos momentos de la medición. Además, se evaluaron tres parámetros fisiológicos en ambos grupos: la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial (tanto sistólica como diastólica). Para estas mediciones objetivas, se utilizaron un tensiómetro y un pulsioxímetro como instrumentos de medición.

Este diseño permitió la manipulación del factor causal que es una intervención musical (variable independiente) para determinar un posterior efecto en el nivel de intensidad del dolor agudo post cesárea (variable dependiente) y en los parámetros fisiológicos (variable dependiente). Se asignaron a los pacientes en forma no aleatoria y por conveniencia.

La Gráfica de contraste de hipótesis corresponde a la siguiente ilustración:



GE: Grupo experimental.

GC: Grupo control.

----: Conformación de los grupos de estudio

X: Intervención musical.

O1: Observación a las 24 horas del parto por cesárea.

O2: Observación a las 24.30 horas después de la intervención

O3: Observación a las 24 horas del parto por cesárea.

O4: Observación a las 24.30 horas del parto por cesárea.

→: Trayectoria de la investigación (longitudinal prospectivo).

La gráfica corresponde a un diseño cuasi-experimental pretest-postest con grupo de control no equivalente, descrito por Donald T. Campbell y Julian C. Stanley en su libro *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research* (1963) (92).

El área de estudio se desarrolló en el Hospital II Chocope de EsSalud, Chocope La Libertad, Panamericana Norte Km. 604.

3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

Se utilizó la escala analógica visual (EVA) como instrumento y el método de la entrevista, como criterio subjetivo para determinar el nivel de intensidad del dolor en pacientes sometidas a cesárea. Para los criterios objetivos, la medición de los parámetros fisiológicos, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica, se utilizó como instrumento el tensiómetro y pulsioxímetro respectivamente. Para conocer información estadística descriptiva de referencia y caracterizar los datos demográficos, maternos y perinatales se hizo uso de un cuestionario de recolección de datos (anexo 2).

La escala visual analógica (EVA), fue introducida en 1976 y validada por Scott y Huskisson, cuyo valor fue: $VC= 8.65 > VT= 1.64$ (adecuado), y una confiabilidad del 0.94 considerado como alta confiabilidad; cuya validez y fiabilidad también ha sido demostrada en numerosos estudios (93-96). Es una escala que destaca por su alta sensibilidad y validez de medición en comparación con otras escalas, ya que puede calibrar con mayor precisión intensidades que van de leves a severas. EVA es un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible, siendo útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones.

La EVA consiste en una línea de 10 cm que representa el espectro continuo de la experiencia dolorosa, donde los participantes marcarán su

nivel de dolor. En cada extremo se escribe, “no dolor” y “el peor dolor imaginable” en el otro, sin ninguna otra descripción a lo largo de la línea. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros. Será leve a moderado leve < 4 cm, moderado a moderado-grave de 4-6 cm y severa a dolor inimaginable si es > de 6 cm.

Se realizaron gestiones administrativas previas para obtener la autorización requerida de la Dirección del Hospital II Chocope EsSALUD, para llevar a cabo esta investigación. (Anexo N°6, Anexo N°10).

Se entrevistó a las pacientes y se les solicitó su consentimiento voluntario para participar en el estudio. Veinticuatro horas después del parto por cesárea, se midió la intensidad del dolor con la escala visual analógica (EVA) y se registraron los parámetros fisiológicos: frecuencia cardiaca, respiratoria y presión arterial. En el grupo experimental, se aplicó una intervención musical de 6 minutos de sonidos naturales y 14 minutos de la canción "Weightless" a 60-80 bpm, escuchada a través de auriculares a un volumen elegido por la paciente. A las 24 horas y 30 minutos, se volvieron a medir el dolor y los parámetros fisiológicos, registrando todos los datos. En el grupo control, se realizaron las mismas mediciones sin la intervención musical (anexo 2).

Se controló la validez y confiabilidad de los datos a través de la capacitación del personal encargado de aplicar la entrevista y la revisión de los datos para detectar posibles errores o inconsistencias. El instrumento fue validado a través del juicio de expertos con conocimiento del tema (anexo N°3-5), y se siguieron todas las recomendaciones dadas por los especialistas para la aplicación del instrumento. Se realizó una prueba piloto a 20 pacientes, 10 como grupo experimental y 10 como grupo control, durante el periodo de agosto-septiembre del 2022. De acuerdo a los datos obtenidos, se solicitó la asesoría de un estadista el cual verificó la consistencia interna entre las variables evidenciando una confiabilidad aceptable (anexo 9).

Las medidas de los niveles de intensidad de dolor y parámetros fisiológicos según los criterios subjetivos y objetivos, así como la información estadística descriptiva de referencia de los datos demográficos, maternos y perinatales, fueron registrados y almacenados en una base de datos informatizada para su procesamiento y presentación subsiguiente mediante tablas. Se adjuntaron al informe de tesis los instrumentos utilizados como anexos correspondientes.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

La información registrada en los instrumentos se incorporó a una hoja de cálculo (Excel). Posteriormente, se solicitó el análisis de los datos estadísticos a un profesional del ramo, el mismo que analizó los datos mediante el programa IBM SPSS STATISTICS v. 27. Según la metodología y la naturaleza del presente estudio, se utilizaron estadígrafos convenientes y medidas estadísticas que permitieron analizar, procesar y presentar datos de manera eficiente y efectiva.

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (Anexo 7), se considera una prueba no paramétrica porque no requiere que las variables tengan una distribución normal (la mayoría de los datos se agrupan alrededor de la media (μ)). Esto la hace útil en situaciones donde las variables son categóricas, no tienen una distribución normal y el tamaño de la muestra es pequeño. La prueba de Chi-cuadrado emerge como una herramienta valiosa para comprender y analizar la relación entre dos variables categóricas. El procedimiento estadístico de Chi-Cuadrado, junto con la comparación de sus resultados con un valor crítico de la distribución Chi-Cuadrado, capacita al investigador para determinar si los conteos observados en las celdas difieren significativamente de los esperados. (97,98).

Se realizaron los análisis estadísticos según los objetivos:

La prueba Chi-cuadrado de Pearson fue la prueba más adecuada para este estudio y se utilizó para determinar si existe una asociación significativa entre la intervención musical, la intensidad del dolor y los parámetros fisiológicos entre los dos grupos independientes; es decir, se

realizó un estudio para determinar si la intervención musical tiene un efecto significativo en la intensidad del dolor en pacientes del grupo experimental, mujeres que recibieron la intervención musical, como en pacientes del Grupo control, Mujeres que no recibieron la intervención musical (determinación de la independencia o dependencia entre las dos variables). Se analizaron los datos estadísticamente, tanto a las 24 horas, pre intervención musical y a las 24 horas 30 minutos, post intervención musical.

Asimismo, se realizó un análisis estadístico descriptivo de frecuencia en ambos grupos independientes, el grupo que recibió la intervención musical, como el grupo que no recibió la intervención musical, con el objeto de caracterizar las variables demográficas, maternas y perinatales. Esta técnica estadística se utilizó para resumir y describir la distribución de una variable en un conjunto de datos tales como la edad, grado de estudios, ocupación, estado civil, procedencia, número de cesáreas previas, periodo intergenésico y número de hijos de las pacientes. Es decir, el número de veces que aparece cada valor de la variable y fue expresado en porcentaje. Posteriormente se aplicó la prueba Chi-cuadrado de Pearson para determinar si existía una asociación significativa entre las variables descriptivas demográficas, maternas y perinatales en ambos grupos.

La prueba de McNemar (Anexo 7) se emplea como un método estadístico no paramétrico para contrastar dos variables categóricas dicotómicas, usualmente en un escenario de emparejamiento entre sujetos o mediciones repetidas en el mismo grupo. Es comúnmente empleada en estudios longitudinales o en situaciones donde se comparan dos mediciones repetidas en el mismo grupo de individuos. Su propósito radica en determinar si existe una discrepancia significativa entre estas variables. Se evalúa a través del valor p asociado al estadístico de McNemar, siendo comúnmente aceptado un umbral de significancia de 0.05. Un valor p menor a este umbral sugiere que la diferencia observada entre las variables es improbable que sea el resultado del azar. En resumen, indica que la disparidad entre las variables no es meramente fortuita, sino que posee un respaldo estadístico relevante (97, 99-101).

La prueba de McNemar fue la prueba más adecuada y se utilizó para determinar si existió una asociación significativa entre la intervención musical y la intensidad del dolor dentro del grupo experimental. Mediante esta prueba se comparó las variables dolor leve o leve-moderado, ha moderado o moderado grave tanto a las 24 horas post cesárea y a las 24.30 horas de forma independiente tanto en el grupo experimental como del grupo control y se determinó si se encontró un cambio en los datos de las variables de pretest a posttest mediante una diferencia significativa ($p < 0.05$). (anexo 7)

La prueba de homogeneidad marginal representa una ampliación de la prueba de McNemar, permitiendo la comparación de respuestas multinomiales en contraposición a las respuestas binarias. Esto implica la capacidad de analizar variables categóricas con más de dos categorías en diseños pareados. Esta extensión resulta especialmente útil en contextos de investigación donde se busca contrastar los cambios de respuesta causados por intervenciones experimentales, como en diseños antes-después o pretest-posttest. La prueba de homogeneidad marginal contrasta los cambios de respuesta en las distintas categorías de las variables bajo estudio. Esto facilita la detección de diferencias significativas entre las distribuciones de respuesta antes y después de una intervención, proporcionando así una evaluación de la efectividad de dicha intervención (100).

La prueba de Homogeneidad marginal (HM), fue la prueba más adecuada y se utilizó para determinar si existió una asociación significativa significativa entre la intervención musical y las fluctuaciones de los parámetros fisiológicos frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica y diastólica dentro del grupo experimental, tanto a las 24 horas post cesárea y a las 24.30 horas y de forma independiente tanto en el grupo experimental como del grupo control y se determinó si se encontró un cambio en los datos de las variables de pretest a posttest mediante una diferencia significativa ($p < 0.05$). (Anexo N° 7)

3.6. Consideraciones éticas

A continuación, se exponen nuestros principios éticos de enfermería, en los que se basó el desarrollo del presente trabajo:

Autonomía. Los pacientes que participaron en el estudio expresaron su deseo de participar en la investigación de forma voluntaria, sin limitaciones, ni represión, y con la libertad de abandonar el estudio cuando lo desearan. Con total libertad, aceptaron firmar el consentimiento informado (101).

Beneficencia. Dado que nuestro trabajo pretendió ofrecer una alternativa sin dolor en beneficio de los pacientes y ser benigno por naturaleza, los pacientes participantes recibieron una atención de excelencia y magnificencia por nuestra parte (101).

Justicia. El tratamiento de los participantes en el estudio fue imparcial, equitativo y sin distinciones de ningún tipo (101).

No maleficencia. El principio de no maleficencia fue considerado el más importante en el estudio, lo que significa que cualquier acto médico pretendió en primer lugar no hacer daño alguno, de manera directa o indirecta (102).

Veracidad. A través de la interacción con nuestras pacientes, la verdad y no el engaño, la transparencia y no la mentira, esa fue siempre nuestra línea puntual del desarrollo del estudio (94).

IV. RESULTADOS.

4.1. Análisis e interpretación de resultados

En este apartado se presentan los resultados del estudio, incluyendo su análisis e interpretación.

Tabla IV-1. Análisis estadístico de la asociación significativa entre la intervención musical e intensidad del dolor a las 24 horas postcesárea en los grupos experimental y control.

Pretest a las 24 horas		Grupo				p
		Experimental		Control		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Intensidad del dolor	Leve a leve-moderado	13	43.3	17	56.7	0.302
	Moderado a moderado-grave	17	56.7	13	43.3	
	Total	30	100.0	30	100.0	

X² de Pearson, p < 0,05 significativo

Tabla IV-2. Análisis estadístico de la asociación significativa entre la intervención musical e intensidad del dolor a las 24.30 horas postcesárea en los grupos experimental y control.

Postest a las 24.30 horas		Grupo				p
		Experimental		Control		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Intensidad del dolor	Leve a leve-moderado	24	80.0	17	56.7	0.052
	Moderado a moderado-grave	6	20.0	13	43.3	
	Total	30	100.0	30	100.0	

X² de Pearson, p<0,05 significativo

El presente análisis estadístico de las Tablas IV-1 y IV-2 tuvo como objetivo evaluar el efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea en mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD durante el año 2022. Utilizando un diseño cuasi-experimental con grupo control no equivalente, se compararon los niveles de dolor antes y después de la intervención musical en un grupo de 60 pacientes, dividido en dos grupos de 30 cada uno. Los resultados preliminares sugieren una

tendencia a la reducción del dolor en el grupo experimental, indicando un posible beneficio de la intervención musical en la gestión del dolor postoperatorio.

Tabla IV-1. Al analizar la intensidad del dolor a las 24 horas post cesárea, inicialmente no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos antes de la intervención musical ($p = 0.302$). En el grupo experimental, el 43.3% de las mujeres manifestaron dolor leve a leve-moderado, mientras que el 56.7% experimentaron dolor moderado a moderado-grave. Por otro lado, en el grupo control, el 56.7% reportó dolor leve a leve-moderado y el 43.3% reportó dolor moderado a moderado-grave.

Tabla IV-2. Al analizar la intensidad del dolor a las 24.30 horas post cesárea, aunque la diferencia entre los grupos no alcanzó una asociación de significancia estadística, se observó una tendencia hacia una disminución en la proporción de mujeres que experimentaban dolor moderado a moderado-grave en el grupo experimental post intervención musical (20.0%) en comparación con el grupo control (43.3%) ($p = 0.052$). En el grupo experimental, el 80% de las mujeres manifestaron dolor leve a leve-moderado. La falta de significancia estadística en estos resultados ($p = 0.052$) puede ser consecuencia directa del tamaño de muestra pequeño. Un tamaño de muestra mayor podría haber revelado diferencias significativas más claras entre los grupos. Dada la influencia del diseño de investigación de grupo control no equivalente y el tamaño de muestra, es importante considerar estos factores al interpretar los resultados del estudio. A pesar de las limitaciones, los hallazgos preliminares sugieren un posible efecto beneficioso de la intervención musical, lo que justifica estudios adicionales con diseños más robustos y tamaños de muestra más grandes para confirmar y ampliar estos resultados.

Tabla IV-3. Análisis estadístico de la asociación significativa entre la intervención musical y las variables parámetros fisiológicos a las 24 horas postcesárea en los grupos experimental y control.

Pre test a las 24 horas		Grupo				p
		Experimental		Control		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Frecuencia cardiaca	Bradicardia	0	0.0	0	0.0	No es posible
	Normal	30	100.0	30	100.0	
	Taquicardia	0	0.0	0	0.0	
Frecuencia respiratoria	Bradipnea	0	0.0	0	0.0	0.166
	Rango normal	23	76.7	27	90.0	
	Taquipnea	7	23.3	3	10.0	
Presión arterial sistólica	Hipotensión	0	0.0	0	0.0	0.385
	Rango normal	19	63.3	23	76.7	
	Hipertensión etapa 1	1	3.3	0	0.0	
Presión arterial diastólica	Hipertensión etapa 2	10	33.3	7	23.3	0.572
	Hipotensión	0	0.0	1	3.3	
	Rango normal	28	93.3	28	93.3	
Total		30	100.0	30	100.0	

X² de Pearson, p < 0,05 significativo

Tabla IV-4. Análisis estadístico de la asociación significativa entre la intervención musical y las variables parámetros fisiológicos a las 24.30 horas postcesárea en los grupos experimental y control.

Post test a las 24.30 horas		Grupo				p
		Experimental		Control		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Frecuencia cardiaca	Bradicardia	0	0.0	0	0.0	No es posible
	Normal	30	100.0	30	100.0	
	Taquicardia	0	0.0	0	0.0	
Frecuencia respiratoria	Bradipnea	0	0.0	0	0.0	1.000
	Rango normal	29	96.7	29	96.7	
	Taquipnea	1	3.3	1	3.3	
Presión arterial sistólica	Hipotensión	0	0.0	0	0.0	0.036
	Rango normal	30	100.0	24	80.0	
	Hipertensión etapa 1	0	0.0	2	6.7	
Presión arterial diastólica	Hipertensión etapa 2	0	0.0	4	13.3	0.389
	Hipotensión	1	3.3	0	0.0	
	Rango normal	29	96.7	28	93.3	
Total		30	100.0	30	100.0	

X² de Pearson, p < 0,05 significativo

Aunque el objetivo principal del estudio fue evaluar el efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea, se

consideró valioso evaluar también los parámetros fisiológicos asociados ya que los datos estadísticos permitían hacer esta valoración.

Tabla IV-3. Al analizar las fluctuaciones de los parámetros fisiológicos, en la frecuencia cardíaca se observó que todos los participantes presentaron una frecuencia cardíaca normal (100%) a las 24 horas post cesárea en ambos grupos. Por tanto, no se pudo calcular una prueba de significancia estadística debido a la falta de variabilidad en esa categoría.

En la frecuencia respiratoria no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos a las 24 horas post cesárea ($p = 0.166$). En el grupo experimental, el 76.7% de las mujeres presentaron una frecuencia respiratoria dentro del rango normal, mientras que el 23.3% experimentó taquipnea. Por otro lado, en el grupo control, el 90.0% presentó una frecuencia respiratoria dentro del rango normal y el 10.0% experimentó taquipnea.

En la presión arterial sistólica, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos a las 24 horas post cesárea ($p = 0.385$). En el grupo experimental, la mayoría de las mujeres presentaron una presión arterial sistólica dentro del rango normal (63.3%), seguido por un porcentaje considerable que mostró hipertensión en etapa 2 (33.3%). Hubo un caso de hipertensión en etapa 1 (3.3%). Por otro lado, en el grupo control, una proporción ligeramente mayor de mujeres presentó una presión arterial sistólica dentro del rango normal (76.7%), seguido por un porcentaje menor con hipertensión en etapa 2 (23.3%).

En la presión arterial diastólica, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos a las 24 horas post cesárea ($p = 0.572$). En el grupo experimental, la gran mayoría de las mujeres presentaron una presión arterial diastólica dentro del rango normal (93.3%). Hubo un caso de hipertensión en etapa 1 y 1 caso en etapa 2, respectivamente (3.3%). En el grupo control, se observó una distribución similar, con la mayoría de las mujeres mostrando una presión arterial

diastólica dentro del rango normal (93.3%). Se registró un caso de hipotensión y un caso de hipertensión etapa 2 respectivamente (3.3%).

Tabla IV-4. En la frecuencia cardíaca no se pudo calcular una prueba de significancia estadística debido a la falta de variabilidad en esa categoría. Al análisis todos los participantes presentaron una frecuencia cardíaca normal (100%) a las 24. 30 horas post cesárea en ambos grupos.

En la frecuencia respiratoria no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos después de la intervención musical ($p = 1.000$). En ambos grupos, la gran mayoría de las mujeres presentaron una frecuencia respiratoria dentro del rango normal (96.7%), con solo un pequeño porcentaje experimentando taquipnea (3.3%). Aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia respiratoria entre los grupos después de la intervención musical, es importante destacar que la mayoría de las mujeres en ambos grupos mantuvieron una frecuencia respiratoria dentro del rango normal.

En la presión arterial sistólica se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos después de la intervención musical ($p = 0.036$). Este dato indicó que existe una relación significativa entre la intervención musical y los niveles de presión arterial sistólica observados en el estudio. Un valor de p menor que 0.05 sugiere que la probabilidad de que esta asociación sea al azar es baja. En este contexto, una asociación estadísticamente significativa podría implicar que la intervención musical influyera de manera notable en los niveles de presión arterial sistólica después de las 24.30 horas, lo que podría tener implicaciones clínicas importantes.

En el grupo experimental, todas las mujeres presentaron una presión arterial sistólica dentro del rango normal (100.0%), mientras que ninguna mostró hipertensión en etapa 1 o etapa 2. En el grupo control, el 80.0% de las mujeres mantuvieron una presión arterial sistólica dentro del rango

normal, pero se observó un aumento en la prevalencia de hipertensión en etapa 1 (6.7%) y una variación en etapa 2 (13.3%).

En la presión arterial diastólica no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos después de la intervención musical ($p = 0.389$). En ambos grupos, la mayoría de las mujeres mantuvieron una presión arterial diastólica dentro del rango normal (96.7% en el grupo experimental y 93.3% en el grupo control). Se registró un caso de hipotensión (3.3%); 1 caso de hipertensión en etapa 1 y 1 caso de hipertensión en etapa 2 respectivamente (3.3%), en el grupo sin intervención musical.

Tabla IV-5. Caracterización de las variables demográficas, maternas y perinatales de las mujeres atendidas en el Hospital II

Chocope de EsSALUD 2023. La Libertad, Perú

Variables demográficas, maternas y perinatales	Grupo								p	
	Promedio intensidad 24 horas	Experimental Promedio Intensidad 24.30 horas	Frecuencia	%	Promedio Intensidad 24 horas	Control Promedio Intensidad 24.30 horas	Frecuencia	%		
Edad (años)	20-25	2.70	1.10	4	13.3	4.26	4.23	4	13.3	0.626
	26-30	3.88	2.70	9	30.0	3.35	3.61	7	23.3	
	31-40	3.79	2.60	14	46.7	3.09	3.27	18	60.0	
	> 40	4.23	2.9	3	10.0	5.70	5.60	1	3.3	
Nivel de educación	Primaria	3.3	2.26	3	10.0	0.61	0.71	2	6.7	0.715
	Secundaria	3.59	2.29	18	60.0	3.57	3.15	15	50.0	
	Superior no universitaria	4.33	3.61	7	23.3	3.74	3.75	11	36.7	
	superior universitaria	3.50	1.80	2	6.7	5.4	5.7	2	6.7	
Ocupación	Con trabajo	3.81	2.78	9	30.0	3.90	3.95	12	40.0	0.417
	Sin trabajo	3.43	2.39	21	70.0	3.44	3.29	18	60.0	
Estado civil	Casada	3.68	2.04	13	43.3	3.71	3.98	9	30.0	0.470
	Conviviente	3.28	2.64	16	53.3	3.25	3.24	19	63.3	
Procedencia	Soltera	5.8	5.00	1	3.3	2.85	2.25	2	6.7	0.010
	Rural	3.78	2.21	10	33.3	0.75	0.61	2	6.7	
N° de cesáreas previas	Urbana	3.72	2.63	20	66.7	3.61	3.49	28	93.3	0.943
	0	3.91	2.64	15	50.0	3.97	4.1	15	50.0	
	1	3.33	2.45	10	33.3	3.59	3.34	9	30.0	
	2	3.82	2.60	4	13.3	3.65	3.47	4	13.3	
Periodo intergenésico (años)	3	0.70	0.50	1	3.3	1.8	1.9	2	6.7	0.306
	0	3.59	1.89	7	23.3	4.3	4.52	3	10.0	
	1,6 a 2	2.00	1.90	1	3.3	3.18	3.35	4	13.3	
	> 2 a 5	3.79	2.46	11	36.7	3.49	3.5	10	33.3	
Número de hijos	> 5	3.88	2.87	11	36.7	3.31	3.24	13	43.3	0.618
	1	3.80	1.85	7	23.3	4.53	4.78	9	30.0	
	2	4.18	2.97	14	46.7	3.0	3.05	9	30.0	
	3	2.34	1.77	7	23.3	2.39	2.59	9	30.0	
Total	4 a más	4.70	2.85	2	6.7	4.0	3.83	3	10.0	
Total		3.59	2.85	30	100.	3.39	3.43	30	100.	

X² de Pearson, p < 0,05 significativo. Leve a moderado leve = <4. Moderado a moderado grave= 4 – 6.

Tabla IV-5. Esta tabla responde a uno de los objetivos específicos del estudio: caracterizar las variables demográficas, maternas y perinatales de las mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD en 2023 y verificar la comparabilidad entre los grupos experimental y control. Esta caracterización, aunque no se integró directamente en el análisis de las variables principales, es crucial para asegurar que las diferencias observadas en los resultados no se deban a variaciones en las características de las pacientes. Estas variables fueron expresadas en frecuencia y porcentaje para los grupos experimental y control. Al analizar estas variables, se observan ciertas tendencias relevantes, aunque las diferencias entre los grupos no alcanzaron una asociación de significancia estadística ($p > 0.05$), excepto en la variable procedencia ($p = 0.010$).

Dentro de las variables sociodemográficas, las mujeres en el rango de edad de 31-40 años representan la mayoría tanto en el grupo experimental (46.7%) como en el grupo de control (60.0%). La mayoría de las mujeres tienen nivel de educación secundaria en ambos grupos; 60.0% en el grupo experimental y 50.0% en el grupo de control. La mayoría de las mujeres en ambos grupos no tienen trabajo remunerado; 70.0% en el grupo experimental y 60.0% en el grupo de control. La mayoría de las mujeres en ambos grupos son convivientes: 53.3% en el grupo experimental y 63.3% en el grupo de control. Hay una diferencia notable en la procedencia; el 66.7% de las mujeres en el grupo experimental son urbanas, mientras que solo el 33.3% son rurales. En contraste, en el grupo de control, el 93.3% de las mujeres son urbanas y solo el 6.7% son rurales.

Dentro de las variables maternas y perinatales, no parece haber diferencias significativas entre los grupos en cuanto al número de cesáreas previas; el 50% en ambos grupos, fueron mujeres que no habían tenido alguna cesárea previa. Las mujeres con un periodo intergenésico de más de 5 años representan una proporción significativa en ambos grupos; 36.7% en el grupo experimental y 43.3% en el grupo de control. La mayoría de las mujeres en ambos grupos tienen 2 hijos: 46.7% en el grupo experimental y 30.0% en el grupo de control. Estos factores podrían influir en la salud

materna y perinatal y deberían ser considerados en el contexto de una gestación saludable.

El análisis estadístico de las siguientes tablas (6-15) se realizó con el propósito de dar respuesta a los otros objetivos específicos de esta investigación. Este análisis es esencial para entender cómo la intervención musical puede influir en la intensidad del dolor y en los parámetros fisiológicos de las pacientes post cesárea.

Tabla IV-6. Análisis estadístico de la asociación significativa en el nivel de la intensidad del dolor a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control.

Intensidad del dolor a las 24 horas sin intervención	Intensidad del dolor a las 24. 30 horas sin intervención		
	Leve a leve-moderado	Moderado a moderado-grave	Total
Leve a leve-moderado	15	2	17
Moderado a moderado-grave	2	11	13
Total	17	13	30

McNemar = 0 p = 1,000

Tabla IV-7. Análisis estadístico de la asociación significativa en el nivel de la intensidad del dolor a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental

Intensidad del dolor a las 24 horas sin intervención musical	Intensidad del dolor a las 24. 30 horas con intervención musical		
	Leve a leve-moderado	Moderado a moderado-grave	Total
Leve a leve-moderado	13	0	13
Moderado a moderado-grave	11	6	17
Total	24	6	30

McNemar = 3,317 p = 0,001

En las tablas IV-6 y IV-7 se presenta el análisis estadístico de la asociación significativa entre la variable intensidad del dolor a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en los grupos control y experimental

respectivamente. Para el grupo control (Tabla IV-6), se utilizó la prueba de McNemar y se analizó la asociación significativa entre las categorías de la variable intensidad del dolor dentro del mismo grupo, tanto a las 24 horas como a las 24.30 horas. El valor de McNemar hallado fue 0, lo que indicó que no hubo cambio significativo en la distribución de la frecuencia en la intensidad del dolor. El valor de p estimado fue de 1,000, lo que sugiere que no se identificó una asociación significativa.

En contraste, en el grupo experimental (Tabla IV-7), El valor de McNemar fue de 3,317, lo que señala un cambio significativo en la frecuencia de distribución de la intensidad del dolor. El valor de p estimado fue $p = 0,001$, lo que indicó una asociación significativa entre las categorías de intensidad del dolor.

Al comparar los resultados de ambas tablas, se evidencia una notable disparidad en los efectos de las intervenciones aplicadas en ambos grupos. Mientras que, en el grupo experimental, donde se implementó la intervención musical, se observó un cambio significativo en la intensidad del dolor postoperatorio, en el grupo control no se detectó una alteración significativa en la distribución del dolor, dado que en este grupo no se aplicó alguna intervención musical. Estos hallazgos sugieren que la música podría ser considerada como parte de una intervención de enfermería prometedora para mitigar la intensidad del dolor en el periodo postoperatorio de pacientes sometidas a cesárea.

Tabla IV-8. Análisis estadístico de la asociación significativa de la frecuencia cardíaca a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control

Frecuencia cardíaca a las 24 horas sin intervención musical	Frecuencia cardíaca a las 24.30 horas sin intervención musical			
	Bradicardia	Normal	Taquicardia	Total
Bradicardia	0	0	0	0
Normal	0	30	0	30
Taquicardia	0	0	0	0
Total	0	30	0	30

No es posible determinar

Tabla IV-9. Análisis estadístico de la asociación significativa en la frecuencia cardíaca a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental

Frecuencia cardíaca a las 24 horas sin intervención musical	Frecuencia cardíaca a las 24.30 horas con intervención musical			
	Bradicardia	Normal	Taquicardia	Total
Bradicardia	0	0	0	0
Normal	0	30	0	30
Taquicardia	0	0	0	0
Total	0	30	0	30

No es posible determinar

En la Tabla IV-8. Se muestra el análisis estadístico de la asociación significativa de la frecuencia cardíaca a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control. Se observan tres categorías de frecuencia cardíaca: bradicardia, normal y taquicardia. Sin embargo, no se registraron casos de bradicardia ni taquicardia antes ni después de la intervención en este grupo. La frecuencia cardíaca de todos los pacientes en el grupo control se mantuvo dentro del rango normal tanto antes como después de la intervención, con un total de 30 pacientes en cada categoría.

En la Tabla IV-9. se presenta el análisis estadístico de la asociación significativa en la frecuencia cardíaca a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental. Similar al grupo control, no se registraron casos de bradicardia ni taquicardia en este grupo antes ni después de la intervención. La frecuencia cardíaca de todos los pacientes en el grupo experimental se mantuvo dentro del rango normal, tanto antes como después de la intervención, con un total de 30 pacientes en cada categoría.

La falta de variabilidad en una categoría específica impide realizar un análisis estadístico significativo, ya que no hay datos suficientes para calcular una prueba de significancia. En este caso, al no haber ningún caso de bradicardia ni taquicardia tanto antes como después de la intervención en ninguno de los grupos, no se pueden realizar pruebas estadísticas para determinar si existe una asociación significativa entre la frecuencia cardíaca en relación con esas categorías específicas. Por lo tanto, se indica que No es posible determinar una asociación significativa en la tabla debido a esta falta de variabilidad en esas categorías.

Tabla IV-10. Análisis estadístico de la asociación significativa de la frecuencia respiratoria a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control

Frecuencia respiratoria a las 24 horas sin intervención musical	Frecuencia respiratoria a las 24.30 horas sin intervención musical			
	Bradipnea	Rango normal	Taquipnea	Total
Bradipnea	0	0	0	0
Rango normal	0	27	0	27
Taquipnea	0	2	1	3
Total	0	29	1	30

Prueba de HM = 1,414 p = 0,157

Tabla IV-11. Análisis estadístico de la asociación significativa de la frecuencia respiratoria a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental

Frecuencia respiratoria a las 24 horas sin intervención musical	Frecuencia respiratoria a las 24.30 horas con intervención musical			
	Bradipnea	Rango normal	Taquipnea	Total
Bradipnea	0	0	0	0
Rango normal	0	23	0	23
Taquipnea	0	6	1	7
Total	0	29	1	30

Prueba de HM = 2,449 p = 0,014

La Tabla IV-10. presenta el análisis detallado de la frecuencia respiratoria en el grupo control, realizado a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea, sin la aplicación de alguna intervención musical. Las frecuencias respiratorias fueron categorizadas como bradipnea, rango normal y taquipnea. A las 24 horas post cesárea, se observó que ningún paciente exhibió bradipnea, mientras que 27 pacientes mantuvieron una frecuencia respiratoria en el rango normal y 3 pacientes mostraron taquipnea. Esta

distribución se mantuvo similar a las 24.30 horas post cesárea, con 29 pacientes en el rango normal y 1 pacientes con taquipnea.

La aplicación de la prueba de homologación marginal (HM) resultó en un valor estadístico de 1,414, con un valor p de 0,157. Estos resultados indican que no se encontró una asociación significativa entre las categorías de frecuencia respiratoria antes y después de la cesárea en el grupo control.

La Tabla IV-11. ofrece un análisis minucioso de la frecuencia respiratoria en el grupo experimental, realizado a las 24 horas y 24.30 horas postcesárea, se aplicó una intervención musical durante este intervalo de tiempo. A las 24 horas post cesárea, ningún paciente presentó bradipnea, 23 pacientes mantuvieron una frecuencia respiratoria en el rango normal y 7 pacientes mostraron taquipnea. Tras la intervención musical, a las 24.30 horas post cesárea, se observó que la gran mayoría de los pacientes (29) mantuvieron una frecuencia respiratoria en el rango normal, mientras que solo 1 paciente aún mostraba taquipnea.

El análisis de homologación marginal (HM) en el grupo experimental reveló un valor estadístico de 2,449, con un valor p de 0,014. Estos resultados indican una asociación significativa entre las categorías de frecuencia respiratoria antes y después de la intervención musical en este grupo experimental.

Estas tablas brindan una perspectiva detallada de la evolución de la frecuencia respiratoria en ambos grupos, destacando el potencial impacto de la intervención musical en el grupo experimental, mientras que en el grupo control no se observaron cambios significativos en la distribución de la frecuencia respiratoria.

Tabla IV-12. Análisis estadístico de la asociación significativa de la presión arterial sistólica a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control

Presión arterial sistólica a las 24 horas sin intervención musical	Presión arterial sistólica a las 24.30 horas sin intervención musical				Total
	Hipotensión	Rango normal	Hipertensión etapa 1	Hipertensión etapa 2	
Hipotensión	0	0	0	0	0
Rango normal	0	22	0	1	23
Hipertensión etapa 1	0	0	0	0	0
Hipertensión etapa 2	0	2	2	3	7
Total	0	24	2	4	30

Prueba de HM = -1,069 p =0,289 :

Tabla IV-13. Análisis estadístico de la asociación significativa de la presión arterial sistólica a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental

Presión arterial sistólica a las 24 horas sin intervención musical	Presión arterial sistólica a las 24.30 horas con intervención musical				Total
	Hipotensión	Rango normal	Hipertensión etapa 1	Hipertensión etapa 2	
Hipotensión	0	0	0	0	0
Rango normal	0	19	0	0	19
Hipertensión etapa 1	0	1	0	0	1
Hipertensión etapa 2	0	10	0	0	10
Total	0	30	0	0	30

Prueba de HM = -3,280 p = 0,001

En la tabla IV-12. Se presenta el análisis estadístico de la presión arterial sistólica en el grupo control, realizado a las 24 horas y 24.30 horas postcesárea, sin intervención musical. La presión arterial se clasificó en hipotensión, rango normal, hipertensión etapa 1 e hipertensión etapa 2. A las

24 horas post cesárea, no se registraron casos de hipotensión ni hipertensión etapa 1, mientras que la mayoría de los pacientes (23) mantuvieron una presión arterial en el rango normal y un número de pacientes (7) presentaron hipertensión etapa 2. A las 24.30 horas post cesárea, se observó que la distribución de la presión arterial se mantuvo similar, con la mayoría de los pacientes (24) en el rango normal, en hipertensión etapa 1 (2 pacientes) y en los casos de hipertensión etapa 2 (4 pacientes).

La prueba de homologación marginal (HM) arrojó un valor estadístico de -1,069 con un valor p de 0,289, lo que indica que no se encontró una asociación significativa entre las categorías de presión arterial sistólica antes y después de la intervención en el grupo control.

En la tabla IV-13. En esta tabla se presenta el análisis estadístico de la presión arterial sistólica en el grupo experimental, realizado a las 24 horas y 24.30 horas después de la cesárea, con la implementación de una intervención musical entre las mediciones. A las 24 horas post cesárea, la mayoría (19 pacientes) mantuvieron una presión arterial en el rango normal, mientras que un pequeño número de pacientes presentaron hipertensión etapa 1 (1 paciente) y hipertensión etapa 2 (10 pacientes). Tras la intervención musical, a las 24.30 horas post cesárea, la distribución de la presión arterial mostró una disminución significativa en los casos de hipertensión etapa 1 y etapa 2, con todos los pacientes (30) manteniendo una presión arterial en el rango normal.

La prueba de homologación marginal (HM) en el grupo experimental reveló un valor estadístico de -3,280 con un valor p de 0,001, lo que indica una asociación significativa entre las categorías de presión arterial sistólica antes y después de la intervención musical en este grupo experimental. Estos hallazgos sugieren que la intervención musical podría ejercer un efecto beneficioso en la estabilización de la presión arterial sistólica posterior a una intervención quirúrgica de cesárea. Este resultado respalda la viabilidad de considerar la música como un componente efectivo dentro de las estrategias de atención postoperatoria.

Tabla IV-14. Análisis estadístico de la asociación significativa de la presión arterial diastólica a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control

Presión arterial diastólica a las 24 horas sin intervención musical	Presión arterial diastólica a las 24 horas sin intervención musical				
	Hipotensión	Rango normal	Hipertensión etapa 1	Hipertensión etapa 2	Total
Hipotensión	0	0	0	0	0
Rango normal	0	22	0	1	23
Hipertensión etapa 1	0	0	0	0	0
Hipertensión etapa 2	0	2	2	3	7
Total	0	24	2	4	30

Prueba de HM = 1,414 p = 0,157

Tabla IV-15. Análisis estadístico de la asociación significativa de la presión arterial diastólica a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental

Presión arterial diastólica a las 24 horas sin intervención musical	Presión arterial diastólica a las 24.30 horas con intervención musical				
	Hipotensión	Rango normal	Hipertensión etapa 1	Hipertensión etapa 2	Total
Hipotensión	0	0	0	0	0
Rango normal	1	27	0	0	28
Hipertensión etapa 1	0	1	0	0	1
Hipertensión etapa 2	0	1	0	0	1
Total	1	29	0	0	30

Prueba de HM = -1,633 p = 0,102

La tabla IV-14. muestra el análisis de la presión arterial diastólica en el grupo control a las 24 horas y 24.30 horas postcesárea, sin intervención

musical. La mayoría de los pacientes mantuvieron una presión arterial diastólica en el rango normal en ambas mediciones. Se observaron algunos casos de hipertensión etapa 2, pero no se encontraron asociaciones significativas entre las categorías de presión arterial diastólica antes y después de la intervención en este grupo ($p = 0,157$).

La tabla IV-15. presenta el análisis de la presión arterial diastólica en el grupo experimental a las 24 horas y 24.30 horas postcesárea, con intervención musical entre las mediciones. La mayoría de los pacientes mantuvieron una presión arterial diastólica en el rango normal a las 24 horas postcesárea, aunque se registraron algunos casos de hipotensión e hipertensión etapa 1. Sin embargo, a las 24.30 horas postcesárea, se observó una mejora en la presión arterial diastólica, con la mayoría de los pacientes aún en el rango normal. Aunque la prueba de homologación marginal (HM) mostró un valor estadístico de -1,633, indicando una posible tendencia, este resultado no alcanzó significancia estadística ($p = 0,102$). La intervención musical no es concluyente en la presión arterial diastólica en este grupo experimental.

4.2. Docimasia de hipótesis

Redacción de la hipótesis

Hi: Las pacientes sometidas a cesárea perciben una reducción de la intensidad del dolor agudo postquirúrgico después de recibir una intervención musical en el Hospital II de Chocope EsSALUD en el 2022.

H0: Las pacientes sometidas a cesárea no perciben una reducción de la intensidad del dolor agudo postquirúrgico después de recibir una intervención musical en el Hospital II de Chocope EsSALUD en el 2022.

Elección de la prueba estadística

Estudio con dos grupos, experimental y control; prueba no paramétrica Chi-cuadrado de Pearson, utilizada para comprender y analizar la relación entre dos variables categóricas.

Lectura de p valor

El valor p en la prueba de Chi-cuadrado indica la probabilidad de obtener un resultado al menos tan extremo como el observado en los datos si la hipótesis nula es verdadera. En otras palabras, un valor p pequeño sugiere que hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula y concluir que existe una asociación significativa entre las variables, mientras que un valor p grande sugiere que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula y que cualquier asociación observada podría deberse al azar.

En general, si el valor p es menor que un nivel de significancia predeterminado (comúnmente 0.05), se considera que la asociación entre las variables es estadísticamente significativa. Si el valor p es mayor que 0.05, se concluye que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula y que no se puede afirmar que haya una asociación significativa entre las variables.

Tabla IV-16. Análisis estadístico de la asociación significativa entre la intervención musical y la variable dependiente de intensidad del dolor a las 24.30 horas postcesárea en los grupos experimental y control.

Post intervención musical a las 24.30 horas		Grupo				p
		Experimental		Control		
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Intensidad del dolor	Leve a leve-moderado	24	80.0	17	56.7	0.052
	Moderado a moderado-grave	6	20.0	13	43.3	
	Total	30	100.0	30	100.0	

X² de Pearson p < 0,05 significativo

DECISIÓN ESTADÍSTICA: Como el valor de p, de la prueba Chi-cuadrado de Pearson de la asociación entre las variables en comparación, intervención musical y la intensidad del dolor de las pacientes post cesareadas resultó p= 0.052 mayor a 0.05 (p<0.05) se acepta la hipótesis nula.

V. DISCUSION

El objetivo general de este estudio fue evaluar la eficacia de la intervención musical para reducir la intensidad del dolor agudo post-cesárea en mujeres del Hospital II Chocope de EsSALUD, en La Libertad. Este enfoque se alinea con la Teoría del Entorno de Florence Nightingale, quien subrayó el papel crucial del entorno en la promoción de la salud y la recuperación del paciente. Nightingale observó que la música podía influir positivamente en el bienestar de los pacientes al aliviar el dolor y mejorar el estado de ánimo, tal como se describe en su obra "Notas de Enfermería", donde las enfermeras utilizaban la voz y la melodía para crear un entorno propicio para la recuperación. En consonancia con esta teoría, la intervención musical en este estudio se implementa para modificar el entorno de las pacientes post-cesárea, con el fin de crear un ambiente óptimo (103, 1104).

Se espera que esta modificación del entorno contribuya a una mejor gestión del dolor y facilite el proceso de recuperación, integrando así el concepto de Nightingale sobre cómo el entorno puede ser adaptado para mejorar la experiencia de recuperación de las pacientes. Integrar música en el entorno post-cesárea busca crear un ambiente calmado y relajado y propicio, promoviendo así un proceso de recuperación más efectivo.

En la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una intervención se define como "cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente" (77). Dentro de las intervenciones de enfermería, la NIC incluye la Terapia Musical, que se define como "la utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico en la conducta, los sentimientos o el estado fisiológico del paciente" (77,103). En otras palabras, la Terapia Musical es una intervención profesional que utiliza la música como herramienta para lograr objetivos específicos en la salud del paciente.

En el campo de la enfermería, hay un creciente interés por identificar intervenciones que reduzcan el dolor y aumenten el bienestar de los pacientes durante el postoperatorio. Estas intervenciones no solo mejoran la calidad de vida del paciente, sino que también pueden acelerar su recuperación y disminuir el riesgo de complicaciones. La gestión eficaz del dolor postoperatorio es crucial para evitar el sufrimiento innecesario y fomentar una experiencia de cuidado más positiva. Por lo tanto, implementar estas estrategias debería ser una prioridad fundamental en la práctica de enfermería. Fomentar la investigación y la formación en este ámbito es esencial para desarrollar y aplicar métodos innovadores y efectivos en el manejo del dolor postoperatorio.

En los resultados obtenidos en la Tabla IV-1, se evaluó la asociación estadística entre la intervención musical y la intensidad del dolor en los grupos control y experimental, medidos a las 24 horas postparto sin intervención musical. El análisis no reveló una asociación estadísticamente significativa entre los grupos en cuanto a la intensidad del dolor ($p = 0.302$).

De manera similar, en la Tabla IV-3, se examinó la asociación entre la intervención musical y los parámetros fisiológicos a las 24 horas postcesárea en ambos grupos. Los resultados indicaron que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos en los parámetros fisiológicos: frecuencia respiratoria ($p = 0.166$), presión arterial sistólica ($p = 0.385$) y presión arterial diastólica ($p = 0.572$). La frecuencia cardíaca no pudo ser evaluada.

Los datos fueron analizados mediante la prueba no paramétrica Chi cuadrado de Pearson. Estos resultados sugieren que, sin la intervención musical, ambos grupos presentan niveles similares de dolor y parámetros fisiológicos a las 24 horas postparto. Este hallazgo es coherente con la expectativa de que, en ausencia de la intervención musical, ambos grupos actúan como grupos control comparables, lo cual explica la falta de diferencias significativas entre ellos.

En la Tabla 2, se replicó la evaluación realizada en la Tabla IV-1, con la diferencia de que al grupo experimental se le administró una intervención musical, y los datos pertinentes se recopilaron a las 24.30 horas. En esta tabla, se observa que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos en cuanto a la variable de intensidad del dolor ($p = 0.052$). No obstante, se evidenció una tendencia hacia una disminución en la proporción de mujeres que experimentaban dolor moderado a moderado-grave en el grupo experimental tras la intervención musical. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, la cual indica que no existe una relación significativa entre la intervención musical y la intensidad del dolor agudo postcesárea.

Asimismo, en la Tabla IV-4, se evaluaron los parámetros fisiológicos de frecuencia cardíaca (no evaluable), frecuencia respiratoria ($p = 1$), y presión arterial diastólica ($p = 0.389$), sin identificar asociaciones estadísticamente significativas entre los grupos. Sin embargo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos en cuanto a la presión arterial sistólica después de la intervención musical ($p = 0.036$). Este hallazgo sugiere una relación significativa entre la intervención musical y los niveles de presión arterial sistólica observados en el estudio, con un valor de p inferior a 0.05 indicando que la probabilidad de que esta asociación sea al azar es baja. En este contexto, una asociación estadísticamente significativa podría indicar que la intervención musical tuvo un efecto notable en los niveles de presión arterial sistólica a las 24.30 horas, lo cual podría tener importantes implicaciones clínicas.

Este hallazgo resuena con la teoría de Benner P (29), que subraya el papel crítico de las enfermeras en la identificación y seguimiento de cambios en el estado de los pacientes. En el contexto de este estudio, la intervención musical no solo proporciona un enfoque terapéutico adicional, sino que también permite a las enfermeras, como cuidadoras expertas, detectar y documentar de manera más efectiva las respuestas fisiológicas de las pacientes post-cesárea. Al integrar la intervención musical en el entorno de cuidado, las enfermeras pueden utilizar su experiencia para interpretar estos

cambios y ajustar el manejo del dolor y otros aspectos del cuidado, optimizando así la recuperación de las pacientes.

Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Kakde A et al. (62), 2023. Singapur. A pesar de la reducción significativa de la catastrofización del dolor, la audición de la música no se asoció con una reducción significativa de las puntuaciones de dolor agudo. Las puntuaciones de dolor no mostraron diferencias significativas entre los grupos experimental y de control tanto antes ($p = 0.968$) como después de la cirugía ($p = 0.947$). Cabe resaltar que se midieron las puntuaciones de dolor en la Unidad de Postanestesia (UPA) poco después de la cirugía. Es probable que los efectos residuales de la anestesia raquídea hayan contribuido a las bajas puntuaciones de dolor observadas en ambos grupos, tanto en el experimental como en el control. A diferencia los datos de nuestro estudio fueron tomados a las 24 horas postcesarea.

Sin embargo estos resultados contrastaron con los de un metanálisis realizado por Masoud AT et al. (67), 2020. Egipto, donde se observó una disminución significativa en términos de puntuaciones de dolor y ansiedad ($p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en la frecuencia cardíaca ni en la presión arterial sistólica y diastólica entre los grupos a diferencia de una relación significativa entre la intervención musical y los niveles de presión arterial sistólica observados en nuestro estudio.

Asimismo Khaity A et al. (63) 2022, Sudan. En su estudio de metanálisis que investigó si la intervención musical tiene un efecto beneficioso sobre la ansiedad preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria, el dolor y los signos vitales en mujeres con cesárea. Mostró que la música era superior al control en términos de puntuación general de ansiedad ($p < 0.0001$), dolor postoperatorio ($p < 0.0001$) y el efecto general de la presión arterial diastólica ($p = 0.04$). El efecto general no favoreció a ninguno de los dos grupos en términos de presión arterial sistólica ($p = 0.09$), y frecuencia cardíaca ($p = 0.12$).

Los hallazgos del ensayo controlado aleatorizado llevado a cabo por Toker et al. (68), 2020. Turquía. Mostraron resultados prometedores para la intervención musical. Se evidenció una reducción notable en las puntuaciones de ansiedad y los niveles de dolor en los grupos que recibieron la intervención musical en comparación con el grupo control, con un valor de p menor a 0,001. Estos resultados contrastan con los hallazgos obtenidos en nuestro estudio.

Por su parte Lin CL et al. (69), 2020. Taiwán. Estudiaron los efectos de la intervención musical y la musicoterapia en el dolor postoperatorio ortopédico. Los resultados mostraron una reducción significativa del dolor con ambas intervenciones ($p = 0,02$), con diferencias notables en la música seleccionada por los pacientes ($P = 0,002$ para intervención musical; $P = 0,02$ para musicoterapia). Además, la musicoterapia se asoció con una mejora significativa en la ansiedad de los pacientes ($P = 0,005$). Aunque hubo diferencias sutiles en parámetros fisiológicos, necesidad de opiáceos y duración de la estancia.

El análisis de la efectividad de la música en el control del dolor postcesárea muestra resultados diversos. Aunque algunos estudios encuentran asociaciones significativas entre la música y la reducción del dolor, como la disminución de la presión arterial sistólica, otros no muestran tales asociaciones. A pesar de las discrepancias en los resultados, algunos estudios sugieren un impacto positivo más consistente de la música en la ansiedad, el dolor y los signos vitales. La variabilidad en los resultados puede atribuirse a diferencias en la metodología, la población estudiada y la implementación de la intervención musical. Por lo tanto, se destaca la necesidad de una investigación más exhaustiva y rigurosa para comprender mejor los mecanismos subyacentes y optimizar el uso de la música como herramienta terapéutica en el contexto de la cesárea y más allá.

La exhaustiva caracterización de las variables demográficas, maternas y perinatales realizada en este estudio se alinea con la Teoría del Entorno de Nightingale F (103,104), que subraya la importancia de entender

el entorno del paciente para ofrecer cuidados de calidad. Nightingale destacó que el cuidado debe basarse en datos precisos y un conocimiento profundo del perfil del paciente. En este estudio, la caracterización de las mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD permite una evaluación más precisa de sus necesidades y del impacto de la intervención musical en la reducción del dolor post-cesárea. Al controlar las variables que podrían influir en la intensidad del dolor, esta caracterización asegura que la comparación entre los grupos sea válida, alineándose con el enfoque de Nightingale sobre la adaptación del entorno para mejorar los resultados y la precisión en la atención.

En la Tabla IV-5 se presentan las características sociodemográficas, de las participantes en el estudio, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, respectivamente. Se destaca que la mayoría de las mujeres pertenecen al grupo de edad de 31 a 40 años (46.7% y 60%, respectivamente). Asimismo, la educación secundaria es predominante en ambos grupos (60.0% y 50.0%). En cuanto al empleo remunerado, la mayoría de las mujeres en ambos grupos no lo tienen (70.0% y 60.0%, respectivamente). Respecto al estado civil, la mayoría convive con pareja en ambos grupos (53.3% y 63.3%, respectivamente). Es importante destacar una diferencia significativa en cuanto a la procedencia; mientras que el 66.7% de las mujeres en el grupo experimental son urbanas, solo el 33.3% proviene de áreas rurales. En contraposición, en el grupo de control, el 93.3% de las mujeres son urbanas y únicamente el 6.7% proviene de zonas rurales.

Al comparar los resultados con los hallazgos de los estudios de Rodríguez Y et al. (73), 2021. Perú. Así como el estudio de Soto EE (74). 2020, Perú. Se pueden observar diferencias y similitudes que arrojan luz sobre las características sociodemográficas de las mujeres en distintos contextos y estudios en Perú.

En la Tabla IV-5 se destaca una distribución de edades en las participantes, donde la mayoría se encuentra en el grupo de 31 a 40 años tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Esto contrasta con

el estudio de Rodríguez, donde el rango de edad predominante es de 18 a 34 años. Por otro lado, el estudio de Soto, muestra que la edad más frecuente al momento del parto es menor a 25 años, evidenciando una divergencia en la distribución de edades entre los tres estudios lo cual puede ser explicada por la temática de cada uno de ellos.

En cuanto al nivel educativo, se observa que la educación secundaria es predominante en los tres estudios; esta similitud sugiere una tendencia generalizada en la población estudiada hacia este nivel educativo. En relación con el lugar de residencia, se muestra la mayoría de las mujeres del grupo experimental son urbanas, mientras que en el grupo de control predominan las mujeres urbanas en su totalidad. Por su parte, el estudio de Soto, también presenta una muestra mayoritariamente urbana, lo que sugiere una tendencia hacia la concentración urbana en los estudios sociodemográficos en Perú. Esta discrepancia resalta la importancia de considerar la representatividad geográfica en los estudios.

En cuanto al estado civil, se muestra que la mayoría de las mujeres conviven con pareja en ambos grupos, lo cual concuerda con los resultados del estudio de Rodríguez, donde también se observa una proporción considerable de mujeres convivientes. En el estudio de Rodríguez, se menciona que el 79% de las mujeres trabajaban como amas de casa sin empleo remunerado. Esto coincide con los hallazgos del estudio, donde se observa que la mayoría de las mujeres en ambos grupos no tienen empleo remunerado (70.0% en el grupo experimental y 60.0% en el grupo control). La alta proporción de mujeres sin empleo remunerado en ambos estudios sugiere que este puede ser un factor relevante a considerar al comparar las características sociodemográficas y sus posibles implicaciones en la salud y otros aspectos evaluados en los estudios.

En el estudio de Viera JV (75) en 2020, realizado en Piura, se pueden identificar diferencias y similitudes en las características sociodemográficas de las mujeres en comparación con el presente estudio. En la Tabla IV-5, se destaca que la mayoría de las mujeres pertenecen al grupo de edad de 31 a

40 años tanto en el grupo experimental como en el grupo control, mientras que en el estudio anterior de Viera, la mayor proporción de edades se encuentra entre 20 y 35 años. Sin embargo, ambos muestran una concentración en mujeres jóvenes y de mediana edad. La educación secundaria es predominante en ambos estudios. Asimismo, la mayoría de las mujeres en ambos estudios no tienen un empleo remunerado (70.0% y 60.0% respectivamente) y 88.4%. Lo que refleja una alta tasa de mujeres sin empleo remunerado que podría estar relacionada con el contexto socioeconómico de las participantes.

Por otro lado, en el estudio de Nizama LE (76). 2020, Piura - Perú. Se observa que la mayoría de las usuarias son menores de 25 años (46.9%), lo que contrasta con el grupo de edad predominante en nuestro estudio. Sin embargo, hay coincidencias en otros aspectos tales como, el alto porcentaje de amas de casa sin trabajo remunerado (96.5%), el nivel educativo predominantemente de secundaria (37.8%), y la procedencia mayoritaria de zonas urbanas (72%).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el informe "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020", la fecundidad se destaca como una variable demográfica fundamental para analizar la evolución del crecimiento poblacional. Se observa una tendencia descendente en la fecundidad en el Perú. En los entornos urbanos, la fecundidad alcanza su punto máximo en el grupo de mujeres de 25 a 29 años, seguido por los grupos de 30 a 34 años, 20 a 24 años y de 35 a 39 años, respectivamente. Por el contrario, en las zonas rurales, la fecundidad presenta su nivel más alto en las mujeres de 20 a 24 años de edad (105).

Se pueden identificar diferencias y similitudes en las características sociodemográficas de las mujeres en distintos contextos y estudios en Perú, lo que resalta la importancia de considerar la diversidad de poblaciones y contextos al interpretar los resultados de investigaciones sociodemográficas. Este enfoque integral permite una interpretación más precisa y

contextualizada de los datos, informando políticas y programas de salud más efectivos y equitativos.

Dentro de las variables maternas y perinatales, no parece haber diferencias significativas entre los grupos en cuanto al número de cesáreas previas; el 50% en ambos grupos, fueron mujeres que no habían tenido alguna cesárea previa. Las mujeres con un periodo intergenésico de más de 5 años representan una proporción significativa en ambos grupos; 36.7% en el grupo experimental y 43.3% en el grupo de control. La mayoría de las mujeres en ambos grupos tienen 2 hijos: 46.7% en el grupo experimental y 30.0% en el grupo de control.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el Documento Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020 (105). Ambos conjuntos de datos indican que la mayoría de las mujeres tienen dos hijos. Este hallazgo es consistente tanto en el trabajo de investigación como en la Tasa Global de Fecundidad (TGF) estimada por el INEI para el país en el año 2020. Asimismo en el periodo intergenésico, tanto del estudio, como los datos del INEI muestran que un porcentaje significativo de mujeres tiene un periodo intergenésico de más de 5 años. Este dato destaca la importancia de considerar el espaciamiento entre los nacimientos en la planificación familiar y la salud materna.

No se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto al número de cesáreas previas, el período intergenésico y el número de hijos, con la mayoría de las mujeres en ambos grupos teniendo dos hijos y un período intergenésico de más de 5 años. Estos hallazgos reflejan la importancia de la Teoría de los Cuidados Culturales de Leininger M (106), que destaca la necesidad de comprender las creencias y prácticas culturales para ofrecer una atención efectiva y satisfactoria. Al considerar estos factores culturales comunes en la caracterización de las pacientes, el estudio subraya la relevancia de adaptar el cuidado a las características individuales de las mujeres para mejorar la calidad de la atención post-cesárea.

Al analizar las variables maternas y perinatales, es importante considerar el contexto cultural de las mujeres. En este caso, la mayoría de las mujeres tienen dos hijos, lo que puede estar relacionado con las normas culturales sobre el tamaño ideal de la familia. El período intergenésico de más de 5 años también puede estar influenciado por factores culturales. Algunas culturas pueden tener prácticas de espaciamiento de los nacimientos, como la lactancia materna prolongada o la abstinencia sexual posparto. Las enfermeras, al comprender las características culturales de las mujeres, pueden brindar cuidados de enfermería más personalizados y sensibles a sus necesidades.

Cabe resaltar, que en los en los resultados obtenidos en la tabla IV-1 al IV-4; en donde se presenta un análisis estadístico de la asociación significativa entre las variables categóricas intervención musical, intensidad del dolor y parámetros fisiológicos a las 24 horas y 24.30 horas postcesárea entre los grupos control y experimental, se compararon las proporciones entre los dos grupos experimental y control y se evaluó con la prueba de Chi-cuadrado.

En las tablas IV-6 y IV-7. La prueba de McNemar se empleó para comparar las proporciones de dos variables categóricas medidas en dos momentos diferentes en el mismo grupo. En este caso, se utilizó para comparar la proporción de mujeres con dolor leve a leve-moderado y de moderado a moderado-grave a las 24 horas y 24.30 horas en el grupo control, y también se hizo lo mismo en el grupo experimental.

El análisis comparativo de la intensidad del dolor post-cesárea a las 24 y 24.30 horas en los grupos control y experimental se fundamenta en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem D (104,107). Según esta teoría, la enfermería interviene cuando los pacientes no pueden satisfacer por sí mismos sus necesidades de cuidado para mantener la salud y el bienestar. Evaluar la intensidad del dolor permite identificar déficits en el autocuidado de las pacientes y adaptar las intervenciones necesarias. Este enfoque asegura que el cuidado proporcionado responda adecuadamente a las

variaciones en el dolor, ayudando a establecer objetivos de cuidado más efectivos y personalizados según la evolución de la condición de la paciente.

Se aplicó la prueba de McNemar de forma independiente en cada grupo para determinar si existe una asociación significativa entre las dos mediciones del dolor, es decir, si hay un cambio en la distribución de las frecuencias entre las dos mediciones. En los resultados encontrados en la tabla 6. Se observó que al comparar el nivel de intensidad del dolor a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo control, no se encontró una asociación significativa en la intensidad del dolor ($p = 1,000$). El nivel de intensidad del dolor no cambió significativamente. En la tabla 7. Al comparar el nivel de intensidad del dolor a las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental, se encontró una asociación significativa en la intensidad del dolor ($p = 0,001$). El nivel de intensidad del dolor disminuyó significativamente entre las 24 horas y 24.30 horas post cesárea en el grupo experimental.

Estos resultados coinciden con lo expresado por Camones KF. (63), 2023, Perú. Quienes encontraron según la escala de Campbell, el 100% (25) de las gestantes que recibieron musicoterapia manifestaron un dolor Leve-Moderado y con la Escala Visual Análoga (EVA), el 100% (25) manifestaron un dolor de Suave (25). Frente al estudio que encuentro en la escala visual analoga EVA, el 80% (24) en el nivel de intensidad del dolor leve a leve moderado.

En la tabla IV-8 y IV-9, se observó que la frecuencia cardíaca se mantuvo dentro del rango normal tanto a las 24 horas como a las 24.30 horas después de la cesárea en ambos grupos. Estos hallazgos discrepan con los datos reportados por Ochoa S et al. (57), 2022. Ecuador. Previamente a la musicoterapia, el 42.4% ($n = 14$) de los pacientes mostraron taquicardia, con una frecuencia cardíaca media de 92, la cual disminuyó a 86 tras la intervención. A pesar de que los estudios abordaban poblaciones diferentes, uno enfocado en mujeres sometidas a cesárea y otro en pacientes de UCI,

los resultados sugieren que la musicoterapia puede tener un impacto positivo en la estabilización de la frecuencia cardíaca en ambas poblaciones.

En la tabla IV-10 y IV-11 se presentan datos relacionados con la frecuencia respiratoria, destacando que los cambios en esta variable no resultaron significativos en el grupo control ($p = 0,157$), pero sí lo fueron en el grupo experimental ($p = 0,014$). Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Ochoa S et al. (57) 2022, de Ecuador, donde se observó que el 63.6% ($n = 21$) de los participantes presentaron taquipnea antes de la intervención, con una media de 21 respiraciones por minuto. Posteriormente, se registró una reducción en la frecuencia respiratoria del 95.2% ($n = 20$) de ellos después de la musicoterapia, con una media de 18 respiraciones por minuto, mostrando una significancia estadística ($p < 0,05$).

Así mismo se observó en el estudio de Melo D et al. (58), 2022. México, quienes muestran una asociación estadísticamente significativa en la frecuencia respiratoria cuando se evalúa la variable frecuencia respiratoria en el grupo experimental.

En las Tablas IV-12 y IV-13 se presentan los datos relativos a la presión arterial sistólica. Se destaca que no se registraron cambios significativos en el grupo control ($p = 0,289$), mientras que en el grupo experimental se observaron cambios estadísticamente significativos ($p = 0,001$), indicando una asociación relevante entre las categorías de presión arterial sistólica antes y después de la intervención musical. En el grupo control, el 76.6% se encontraba dentro del rango normal de presión arterial sistólica a las 24 horas, y el 80% a las 24 horas y 30 minutos. Por otro lado, en el grupo experimental, el 63.33% estaba dentro del rango normal a las 24 horas, y el 100% a las 24 horas y 30 minutos. Se evidenció un impacto significativo de la intervención musical en la normalización de la presión arterial sistólica en el grupo experimental, en contraste con la ausencia de cambios significativos en el grupo control.

Los resultados obtenidos están en línea con la investigación de Hernández FM et al (59). 2022, Cuba. Cuyo objetivo fue analizar el impacto

de la musicoterapia en la reducción de la presión arterial en pacientes con cifras tensionales moderadamente altas. En el pretest, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, se observó predominio de presión arterial sistólica elevada, con un porcentaje del 20% y 16% respectivamente para cifras entre 120 y 139 mmHg, y del 58% y 66% respectivamente para cifras entre 140 y 159 mmHg. Sin embargo, tras una hora desde la medición inicial, en el grupo experimental donde se aplicó la terapia farmacológica junto con la musicoterapia, la mayoría de los pacientes lograron reducir su presión arterial sistólica. Se destacó un porcentaje del 64% y 38% respectivamente para cifras entre 120 y 139 mmHg, y del 16% y 50% respectivamente para cifras entre 140 y 159 mmHg.

Los datos presentados en las Tablas IV-14 y IV-15 revelan información crucial sobre la presión arterial diastólica. A pesar de que en el grupo control se observó que la mayoría de los pacientes mantuvieron niveles normales de presión arterial diastólica en ambas mediciones, no se identificó una asociación significativa entre las categorías de presión arterial diastólica antes y después de la intervención en este grupo ($p = 0,157$). De manera similar, en el grupo experimental, aunque la prueba de homologación marginal (HM) mostró un valor estadístico de -1,633, sugiriendo una posible tendencia, este resultado no alcanzó significancia estadística ($p = 0,102$). Por lo tanto, la intervención musical no arroja conclusiones definitivas sobre su impacto en la presión arterial diastólica en este contexto experimental.

Por otro lado, el estudio de metanálisis realizado por Khaity A et al (56). 2022, Sudan. ofrece una perspectiva adicional sobre el tema. Encontraron que la música superaba al control en términos de la puntuación general de la presión arterial diastólica ($p = 0.04$). Esta evidencia respalda la idea de que la música podría tener un efecto beneficioso en la presión arterial diastólica, aunque se necesitan más investigaciones para comprender completamente su impacto y mecanismos subyacentes en diferentes contextos clínicos y poblacionales.

Ochoa S et al (57). 2022, Ecuador. También abordaron el impacto de la musicoterapia en la unidad de cuidados intensivos. Su investigación

destacó una notable disminución en los niveles de presión arterial como resultado de la terapia musical, evidenciando una reducción significativa en el porcentaje de pacientes con presión arterial diastólica elevada. Específicamente, ningún participante exhibió valores superiores a 160/100 mm Hg después de la intervención, y se observó una reducción del 21.21% al 15.15% en la proporción de pacientes con niveles por encima de 140/90 mm Hg. En contraposición, los resultados de mi estudio se enfocaron en el análisis de la presión arterial diastólica en pacientes postcesárea. Aunque en el grupo control se registró que la mayoría de los pacientes mantuvieron niveles normales de presión arterial diastólica en ambas mediciones, no se estableció una asociación significativa entre las categorías de presión arterial diastólica antes y después de la intervención. De manera similar, en el grupo experimental, aunque se identificó una posible tendencia hacia la reducción de la presión arterial diastólica, esta tendencia no alcanzó significancia estadística.

Estas comparaciones resaltan la diversidad de contextos y enfoques en la investigación clínica, subrayando la importancia de considerar múltiples estudios para obtener una comprensión completa y sólida de los efectos de la intervención musical en la presión arterial diastólica en diferentes poblaciones y entornos clínicos.

En comparación con los estudios previos de Chirito FA (64), Ccasihuí NS (65) y Ponce TJ (17), nuestros resultados sugieren que la musicoterapia podría ser una estrategia coadyuvante y prometedora en el manejo del dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. Mientras que Chirito reveló una alta ausencia de intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor, Ccasihuí NS destacó el uso de técnicas como la musicoterapia en cirugía traumatológica y Ponce TJ resaltó su eficacia en la disminución del dolor postoperatorio. Nuestro estudio específicamente examinó el impacto de la intervención musical en mujeres sometidas a cesarea.

Aunque nuestros resultados no mostraron una asociación estadísticamente significativa con la intensidad del dolor, se observó una tendencia hacia una

reducción del dolor agudo postoperatorio con la intervención musical, así como una mejora en los parámetros fisiológicos. Estos hallazgos respaldan la utilidad de explorar enfoques no farmacológicos, como la música, como parte integral del manejo del dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio, aunque no alcanzaron la significancia estadística convencional, nos ofrecen indicios valiosos sobre el potencial de una intervención musical como herramienta complementaria para aliviar el dolor post-cesárea. La tendencia observada hacia una mayor reducción del dolor en el grupo que recibió intervención musical sugiere un efecto positivo en la intensidad del dolor que merece ser explorado en mayor profundidad. Es importante destacar que la ausencia de significancia estadística no equivale a la ausencia de efecto. En este caso, podría deberse a factores como el tamaño de la muestra, la variabilidad individual en la respuesta al dolor o la complejidad de los mecanismos subyacentes al efecto inducido por la música.

La evaluación de los parámetros fisiológicos en este estudio proporciona información relevante sobre el impacto de la intervención musical. Aunque los análisis no revelaron asociaciones estadísticamente significativas en la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial diastólica, se observó una asociación significativa entre la intervención musical y la presión arterial sistólica. Este hallazgo sugiere que la musicoterapia podría influir positivamente en la regulación de la presión arterial post-cesárea, lo que podría tener implicaciones clínicas importantes.

El análisis de las variables demográficas, maternas y perinatales en este estudio revela que, no se identificaron discrepancias estadísticamente relevantes entre los grupos experimental y control en la mayoría de las características. La procedencia de las participantes mostró una variación significativa. La caracterización de estas variables es esencial para asegurar que las diferencias observadas en los resultados principales no estén influenciadas por variaciones en las características de las pacientes. La

presencia de asociaciones significativas en la procedencia y la similitud en otras características sugieren que, a pesar de ciertas diferencias en la composición de los grupos, estos son comparables en la mayoría de los aspectos relevantes. Lo cual es importante para garantizar que cualquier diferencia en los resultados pueda ser atribuida a la intervención y no a diferencias en las características de los grupos.

El análisis de la frecuencia cardíaca post-cesárea muestra que en ambos grupos no se registraron casos de bradicardia ni taquicardia, y que todos los pacientes mantuvieron una frecuencia dentro de los rangos normales. La falta de variabilidad en las categorías extremas impide realizar un análisis estadístico significativo, por lo que, aunque los datos reflejan estabilidad en la frecuencia cardíaca, no se pueden establecer asociaciones significativas.

El análisis de la frecuencia respiratoria post-cesárea en los grupos control y experimental muestra diferencias notables en la evolución de esta variable. En el grupo control, sin intervención musical, no se encontraron cambios significativos en la frecuencia respiratoria, ya que la distribución de las categorías respiratorias se mantuvo sin cambios notables. En contraste, en el grupo experimental, donde se implementó la intervención musical, se observó una mejora significativa en la frecuencia respiratoria, evidenciada por la reducción en los casos de taquipnea tras la intervención. Esta diferencia sugiere que la intervención musical puede tener un impacto positivo en la regulación de la frecuencia respiratoria postoperatoria, mientras que el grupo control no mostró variaciones destacables.

El análisis de la presión arterial sistólica post-cesárea en los grupos control y experimental revela diferencias significativas en la respuesta a la intervención musical. En el grupo control, sin intervención, la distribución de la presión arterial se mantuvo sin cambios significativos en las categorías de presión arterial sistólica. En contraste, el grupo experimental, que recibió la intervención musical, mostró una mejora notable en la estabilidad de la presión arterial sistólica, evidenciada por la reducción en los casos de

hipertensión. Estos resultados sugieren que la intervención musical puede tener un efecto positivo en la regulación de la presión arterial postoperatoria, apoyando su consideración como una estrategia efectiva en el manejo postoperatorio.

El análisis de la presión arterial diastólica en ambos grupos revela que la intervención musical no mostró un impacto estadísticamente significativo en la regulación de esta medida en el grupo experimental.

RECOMENDACIONES

Se recomienda llevar a cabo estudios adicionales con un tamaño de muestra más grande y un diseño experimental más riguroso para confirmar la eficacia de la intervención musical en la reducción de la intensidad del dolor post-cesárea. Un enfoque más detallado permitirá evaluar de manera más precisa el impacto de la musicoterapia y determinar su viabilidad como complemento en el manejo del dolor postoperatorio. Además, se sugiere explorar los mecanismos subyacentes que podrían estar influyendo en los resultados observados, para proporcionar una comprensión más completa de cómo la música puede afectar la percepción del dolor y otros parámetros fisiológicos asociados.

Se recomienda realizar estudios adicionales que exploren más a fondo el impacto de la intervención musical sobre los parámetros fisiológicos post-cesárea, especialmente en relación con la presión arterial sistólica. Aunque algunos parámetros no mostraron diferencias significativas, la asociación significativa observada en la presión arterial sistólica sugiere que la intervención musical podría tener efectos clínicamente relevantes. Se sugiere utilizar un diseño de investigación con un tamaño de muestra mayor y un enfoque más detallado para confirmar estos hallazgos y evaluar la influencia de la musicoterapia en la regulación de los parámetros fisiológicos postoperatorios. Además, es importante considerar la variabilidad individual y los factores contextuales que podrían afectar los resultados, para proporcionar una evaluación más precisa y completa de la eficacia de la intervención musical.

Para mejorar la validez y la interpretación de los resultados, se recomienda realizar una evaluación más detallada de las variables sociodemográficas, maternas y perinatales en futuros estudios. Es crucial considerar la influencia de la procedencia y otras características demográficas al diseñar investigaciones similares, para garantizar que cualquier diferencia observada en los resultados pueda ser atribuida con mayor precisión a la intervención en estudio y no a variaciones en las características de las participantes.

Dado que los datos disponibles no permitieron realizar un análisis significativo debido a la falta de variabilidad en la frecuencia cardíaca, se recomienda revisar el diseño del estudio para incluir medidas adicionales que puedan capturar variabilidad en parámetros cardíacos más amplios. Esto podría implicar la inclusión de un mayor número de casos o la evaluación de otros parámetros relacionados con la frecuencia cardíaca. Asegurar una muestra más diversa y amplia facilitará una evaluación más completa y precisa de las posibles asociaciones significativas en futuros estudios.

Para futuros estudios, se recomienda considerar la inclusión de intervenciones similares a la música en el manejo postoperatorio de pacientes, dado el impacto positivo observado en la frecuencia respiratoria en el grupo experimental. Es aconsejable realizar investigaciones adicionales con muestras más amplias y métodos de medición diversificados para confirmar estos hallazgos y explorar más a fondo los efectos de las intervenciones no farmacológicas en la recuperación postoperatoria.

Se recomienda incorporar la intervención musical en los protocolos de manejo postoperatorio para pacientes sometidos a cesárea, dado el impacto positivo observado en la estabilización de la presión arterial sistólica. Es aconsejable realizar estudios adicionales con muestras más grandes para validar estos hallazgos y evaluar la efectividad de la música en la regulación de la presión arterial en diferentes contextos clínicos.

Para confirmar los beneficios de la musicoterapia en el postparto, es esencial ampliar el tamaño de la muestra y perfeccionar el diseño experimental. Explorar cómo la música afecta diversos parámetros fisiológicos, teniendo en cuenta las diferencias individuales, permitirá validar su eficacia. Personalizar las intervenciones musicales optimizará sus beneficios para cada paciente. Estos esfuerzos podrían allanar el camino hacia el desarrollo de protocolos clínicos innovadores que integren la musicoterapia en el manejo del dolor postparto, ofreciendo un enfoque más humano y efectivo para la recuperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dixon-Woods M, Pronovost PJ. Patient safety and the problem of many hands. *BMJ Qual Saf* [Internet]. Julio 2016 [citado el 22 de junio 2021]; 25(7):485-8. Disponible desde: <https://sci-hub.se/10.1136/bmjqs-2016-005232>
2. Tola JC, Briones JC, Grunauer FA, Zambrano JA. Seguridad del paciente en procesos quirúrgicos. *RECIAMUC* [Internet]. Julio del 2020 [citado el 24 de junio de 2021]; 4(3):90-8. Disponible desde: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/download/502/813?inline=1>
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) [Internet]. Ginebra/Washington: Pan American Health Organization / World Health Organization; c2023. La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria; 10 de abril 2015 [citado el 24 de junio 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
4. Fatusic J, Hudic I, Fatusic Z, Zildzic-Moralic A, Zivkovic M. Cesarean Section Rate Analysis in University Hospital Tuzla - According to Robson's Classification. *Med Arch*. Junio 2016; 70(3):213-6. doi: 10.5455/medarh.2016.70.213-216. Epub 2016 May 31. PMID: 27594749; PMCID: PMC5010056.
5. Ojeda MF. Clue [Internet]. Alemania: Clue de Biowink GmbH; c2023. ¿Por qué la tasa de partos por cesárea es alta en Latinoamérica?; setiembre 2019 [citado el 22 de junio 2021]. Disponible en: <https://helloclue.com/es/articulos/etapas/por-que-la-tasa-de-partos-por-cesarea-es-alta-en-latinoamerica>
6. INEI: Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental [Internet]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; c2022 mayo. [citado el 7 de diciembre 2022]. 393p. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1_838/
7. Villanueva HE, Pauca N, Podestá LE, Carcelén CG, Nuñez ES, Quispe MI. Caracterización de las mujeres mediante variables obstétricas, según Robson. *Revistavive* [Internet]. 19 de octubre 2022 [citado 19 de diciembre 2022]; 5(15):648-59. Disponible en: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/218>
8. Carvalho N, Costa B, Fortunato C, Cavalcante T, Ferreira BS, Varanda L. Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enferm Glob* [Internet]. Octubre

- 2017 [citado el 24 de junio 2021]; 16(4):354. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00354.pdf>
9. Sutton CD, Carvalho B. Optimal Pain Management After Cesarean Delivery. *Anesthesiol Clin*. Marzo 2017 [citado 24 de junio 2021]; 35(1):107-124. doi: 10.1016/j.anclin.2016.09.010. Epub 2016 Dec 12. PMID: 28131114.
 10. UNC: Health Care/Women's care [Internet]. Carolina del Norte: UNC Health; c2023. Managing Pain after Your Cesarean (C-section); 5 de marzo 2018. [actualizada enero 2022; citado el 7 de noviembre 2022]. Disponible desde: <https://www.mombaby.org/wp-content/uploads/2018/03/Pain-management-after-c-section-3.5.18.pdf>
 11. Hirsch L. KidsHealth [Internet]. Florida: The Nemours Foundation; c1995-2022. Cesarean Sections (C-Sections); febrero 2016. [actualizada junio 2022; citado el 7 de noviembre del 2022]. Disponible desde <https://kidshealth.org/en/parents/c-sections.html>
 12. Small C, Laycock H. Acute postoperative pain management. *Br J Surg* [Internet]. Enero del 2020 [citado el 24 de junio 2021]; 107(2): e70-e80. Disponible en: <https://academic.oup.com/bjs/article/107/2/e70/6120927>
 13. Domke P. R, Contreras-Domínguez V, Contreras Chassin-Trubert F, Carbonell-Bellolio P, Domke P. R, Contreras-Domínguez V, et al. Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* [Internet]. 2018 [citado el 24 de junio 2021];83(6):635-42. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000600635
 14. Saíenz AB, Saíenz SB, Erro L. Musicoterapia para el manejo del dolor. *Rev. electrón. PortalesMedicos.com* [Internet]. Mayo 2016 [citado el 25 de junio 2021]; 11(8): 362. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/musicoterapia-manejo-del-dolor/>
 15. Otero C, Ballesteros M, García M, Otero A, García C, Pérez S, et al. La musicoterapia como intervención no farmacológica efectiva. *Int J Dev Educ Psychol* [Internet]. 30 de noviembre 2019 [citado el 19 de marzo 2023]; 2: 107-116. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEAP/article/view/1902>
 16. Gitnuxblog: statistics [Internet]. New york: Gitnux; c2023. The most surprising music therapy statistics and trends in 2023; [citado el 19 de marzo 2023]. Disponible en: <https://blog.gitnux.com/music-therapy-statistics/>
 17. Ponce TJ. Intervenciones de enfermería para disminuir el dolor en pacientes postoperados [tesis de especialidad]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022 [citado 19 de marzo 2023]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/12492/Intervenciones_PonceOrellana_Tatiana.pdf?sequence=3.
 18. Zimpel SA, Torloni MR, Porfírio GJ, Flumignan RL, da Silva EM. Complementary and alternative therapies for post-caesarean pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Sep 1;9(9):CD011216. doi: 10.1002/14651858.CD011216.pub2. PMID: 32871021; PMCID: PMC9701535.
 19. Leo J. Aplicación de la música en el alivio del dolor postoperatorio [Trabajo Fin de Grado]. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid; 2018. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684897/leo_roca_juantfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 20. Rodríguez JL, Galván GP, Pacheco MX, Parcon M. Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería. *AMC* [Internet]. Febrero 2019 [citado el 25 de junio 2021]; 23(1): 53-63. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000100053&lng=es
21. INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 - Nacional y Departamental [Internet]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; Mayo del 2024 [citado el 18 de Julio del 2024] p 166-169. disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
 22. gob.pe : INEI noticias [Internet]. Perú: Plataforma Digital Única del Estado Peruano; c2023. El 37,8% de los nacimientos registrados se dieron mediante cesárea en el año 2023; Mayo del 2024 [citado el 19 de julio 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/960252-el-37-8-de-los-nacimientos-registrados-se-dieron-mediante-cesarea-en-el-ano-2023>
 23. gob.pe : EsSalud [Internet]. Perú: Plataforma Digital Única del Estado Peruano; c2023. Estadística Institucional, Essalud en cifras: Informativo mensual; Diciembre del 2023 [citado el 19 de julio 2024]. Disponible en: <https://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
 24. OMRON: healthcare [Internet]. Mexico: Omron Healthcare, Inc.; 2021. ¿Qué tipo de música es recomendable para relajarse?; setiembre 2020 [citado 20 de julio 2023]. Disponible en: <https://omronhealthcare.la/Blog/contenido/que-tipo-de-musica-es-mejor-para-relajarse>
 25. Howlin C, Rooney B, Stapleton A. The Analgesic Potential of Music for Pain. OSF [internet]. Agosto 2022 [citado 20 de julio 2023]. 17(8): e0271329 disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0271329>
 26. El País [Internet]. Madrid: Ediciones El País, S.L.; c2018 [actualizado el 20 de julio 2018; citado el 17 de julio 2021]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2018/07/20/mamas_papas/1532088096_006901.html
 27. MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); c1997-2022 [actualizado el 21 de noviembre 2022; citado el 29 de noviembre 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000620.htm>
 28. León CA. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2017 [citado el 18 Jul 2021]; 33(4) Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587/301>
 29. Correa DP. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la enfermería [Internet]. En: TEORIAS FILOSOFICAS: Mosaic. España; junio 2013 [actualizada febrero 2016; citado el 7 de noviembre 2022]. Disponible en: <http://teoriasfilosoficasenfermeria.blogspot.com/2013/06/cuidado-sabiduria-clinica-y-etica-en-la.html>
 30. GOB.MX: Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. México: INSP; Día mundial contra el dolor: El alivio es un derecho universal. 17 de octubre 2 019 [actualizado 26 setiembre 2020; citado 9 de noviembre 2022]. Disponible en <https://www.insp.mx/avisos/5097-dia-mundial-dolor-cronico.html>

31. Dolor.com [Internet]. España: Grünenthal Pharma S.A. Nueva definición de dolor según la IASP; 01 de septiembre del 2020 [actualizado 22 ene 2021; citado el 26 de junio 2021]. Disponible en: <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>
32. Gonzales AC, Jiménez A, Rojas EM, Velazco RL, Chaves MA, Coronado SA. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. Rev Mex Anesthesiol [Internet]. Enero-marzo del 2018 [citado el 17 de julio 2021]; 41(1): 7-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma181b.pdf>
33. Dolor.com [Internet]. Madrid: Grünenthal; c2021. ¿Qué es el dolor postoperatorio?; 5 de abril 2016 [actualizado 6 de mayo de 2017; citado el 17 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/dolor-postoperatorio>.
34. Clavero P. ¿Qué necesitamos conocer acerca del dolor agudo postoperatorio?. En: López S, López A, Vázquez A, eds. Claves para optimizar el tratamiento del dolor agudo posoperatorio domiciliario en cirugía ambulatoria [Internet]. España: Inspira network; noviembre del 2017 [citado el 26 de junio de 2021]. p. 05-24. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Blog/Libro%20-%20Dolor%20agudo%20Postoperatorio_completo.pdf
35. Rivera A. Dolor agudo postoperatorio. Rev Mex Anesthesiol [Internet]. 2016 [citado el 26 de junio de 2021]; 39(Suppl 1):174. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161bg.pdf>
36. Camacho L, Pesado J, Rumbo-Prieto JM. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital. Ene Rev. Enferm. [Internet]. Abril 2016 [citado el 19 de julio 2021]; 10(1): 1-10. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100006
37. Antolínez L. Escala visual analógica. Rev Colomb Anesthesiol. 2014;42(3): 233-237. Disponible en: <https://www.calameo.com/read/003311609657d295bd778>
38. Fundación Rene Quinton. Escala de EVA: ¿Qué es y cómo se emplea? [Internet]. España: Fundación Rene Quinton; 23 de abril 2018 [citado el 26 de junio 2021]. Disponible en: <https://www.fundacionrenequinton.org/blog/escala-eva-que-es-y-como-se-emplea/>
39. Domke R, Contreras V, Contreras TF, Carbonell P. Manejo del dolor agudo postoperatorio en operación cesárea. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2018 [citado el 19 de julio 2021]; 83(6): 635-642. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000600635
40. Esteve N, Sansaloni C, Verd M, Ribera H, Mora C. Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. Junio 2017 [citado 19 de julio 2021]; 24(3): 132-139. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462017000300132
41. Polo LA. Conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina complementaria en usuarios adultos mayores con enfermedad crónica. EsSalud. 2018. [tesis de grado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2020. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11696?show=full>
42. Pepper L. El poder sanador de la música. Hemaware: The Bleeding Disorders Magazine [Internet]. New york: The National Hemophilia Foundation (NHF); 7 de

- noviembre 2018 [actualizado el 16 de noviembre 2018; citado el 19 de julio del 2021]. Disponible en: <https://hemaware.org/es/mind-body/el-poder-sanador-de-la-musica>. Accedido el [fecha de acceso].
43. Magán S. Un estudio demuestra que la música provoca el mismo efecto que las drogas en el cerebro. Cadena SER [Internet]. Madrid: Cadena SER; 21 de febrero 2017 [citado el 19 de julio del 2021]. Disponible en: https://cadenaser.com/ser/2017/02/21/ciencia/1487675437_780956.html.
 44. Zamanil L. La neurociencia de la música. Muy Interesante [Internet]. México: Televisa; 30 de mayo 2018 [citado el 19 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.muyinteresante.com.mx/ciencia-tecnologia/areas-cerebro-se-activan-con-musica-reacciones-quimicas/>
 45. RTVE: noticias [Internet]. España: Agencia EFE; La música desata en el cerebro las mismas sustancias placenteras que el sexo; 8 de febrero 2017 [citado el 19 de julio 2021]. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20170208/musica-desata-cerebro-mismas-sustancias-placenteras-sexo/1487798.shtml>
 46. Neuromarketing.la. Efectos de la música en el cerebro [Internet]. Latinoamerica: Neuromarketing.la; abril de 2017 [citado el 19 de julio 2021]. Disponible en: <https://neuromarketing.la/2017/04/efectos-de-la-musica-en-el-cerebro/>
 47. Montalvo JP. El Cerebro y la Música. Rev ecuat neurol [Internet]. 2016 [citado el 19 de julio 2021]; 25(1): 1-3. Disponible en: http://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/cerebro-y-musica/
 48. AMTA: American Music Therapy Association [Internet]. Estados Unidos de América: AMTA; Copyright © 1998-2021. What is Music Therapy? AMTA Official Definition of Music Therapy; 23 de septiembre del 2011[actualización desconocida; citado el 19 de julio 2021]. Disponible en: <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
 49. AEMP: Asociación española de musicoterapeutas profesionales [Internet]. España: AEMP; 2014 [citado el 19 de julio 2021]. Disponible en: <https://musicoterapeutas.wixsite.com/aemp/musicoterapia>
 50. Soporte Multimedia. ¿Qué es el sonido? [Internet]. Lima: Soporte Multimedia; c2020 [citado el 19 de julio del 2021]. Disponible en: <https://soportemultimedia.com/que-es-el-sonido/>
 51. Acústica musical: Ondas estacionarias y resonancia [Internet]. Conceptos básicos sobre el Sonido. 12 de enero 2007. 2020 [citado el 19 de julio 2021]. Disponible en: https://www.lpi.tel.uva.es/~nacho/docencia/ing_ond_1/trabajos_05_06/io2/public_html/sonido.html
 52. Infosalus: investigación [internet]. Madrid: Europa Press; c2022. Escuchar música está relacionado con el alivio del dolor agudo; 8 de agosto 2022. [citado el 5 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-escuchar-musica-relacionado-alivio-dolor-agudo-20220808071347.html>
 53. Arévalo-Flechas L. La música en el manejo del estrés. [Internet]. Estados Unidos: AARP; 30 de marzo 2020 [citado el 19 de julio del 2021]. Disponible en: <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/expertos/Lyda-Arevalo-Flechas/info-2014/musica-manejo-estres-relajarse.html>
 54. Buxton RT, Pearson AL, Allou C, Wittemyer G. A synthesis of health benefits of natural sounds and their distribution in national parks. Proc Natl Acad Sci U S A [Internet]. 2021[citado el 8 de julio del 2023];118(14):e2013097118. Disponible en: <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2013097118>

55. Guillén C. Puleva: Bienestar para disfrutar la vida [Internet]. España: Grupo LACTALIS; c2020. Parto por cesárea; 29 de octubre 2020 [actualizado el 9 de setiembre del 2022; citado el 21 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.lechepuleva.es/embarazo/parto-cesarea>
56. Guevara E, Sánchez A, Luna AM, et al. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología instituto nacional materno perinata. 2a ed. [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; c2018 [actualizado el 11 de mayo 2020; citado el 21 de julio 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
57. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Protocols medicina maternofetal Protocolo: cesárea. Hospital clínic- hospital sant joan de déu- universitat de Barcelona. [Internet]. Barcelona, España: Medicina fetal Barcelona; c2021 [actualizado el 5 de febrero 2021; citado el 22 de julio 2021]. 2 p. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>
58. Sociedad Galega Da Dor. Manual básico de dolor [Internet]. Galicia: Grünenthal 2017 [citado el 17 de julio del 2024]. p. 19, 28. Disponible en: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf
59. Fedelat: Federación latinoamericana de asociaciones para el estudio del dolor [Internet]. Bolivia: Fedelat c2023. Dolor agudo; 2021 [citado el 17 de julio del 2024]. Disponible en: <https://fedelat.com/dolor-agudo/>
60. Significado.com: Significado [Internet]. Brasil: Onmidia Ltda. c2007-2024. Significado de postoperatorio. [citado el 17 de Julio del 2024]. Disponible en: <https://significado.com/postoperatorio/>
61. Acces Medicina: Principios de cirugía, 10e Eds. [Internet]. USA: McGraw Hill; c2023. Vigilancia fisiológica del paciente quirúrgico; 2015 [citado el 17 de julio 2024]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1513§ionid=98624783>
62. Kakde A, Lim MJ, Shen H et al. Efecto de escuchar música sobre la ansiedad perioperatoria el dolor agudo y el catastrofismo del dolor en mujeres sometidas a cesárea electiva: un ensayo controlado aleatorizado. BMC Anesthesiol 23, 109 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12871-023-02060-w>
63. Khaity A, Tarek M, Alabdallat Y, Albakri K, Gabra MD, Ghaith HS. El efecto de la intervención musical sobre la ansiedad y el dolor durante el parto por cesárea: un metanálisis de 1513 pacientes. Int J Med Stud [Internet]. 2022 [citado el 11 de julio de 2023];10: S227. Disponible en: <https://ijms.info/IJMS/article/view/1812>
64. Ochoa S, Mejía SK, Montoya DA. Efectos de la musicoterapia en la unidad de cuidados intensivos. Salud(i)Ciencia [Internet]. 2022 Jun [citado el 12 de diciembre 2023] ; 25(2): 98-101. Disponible en: https://www.siicsalud.com/acise_viaje/ensiicas-profundo.php?id=169761#:~:text=EFECTOS%20DE%20LA%20MUSICOTERA

- PIA%20EN%20LA%20UNIDAD%20DE%20CUIDADOS%20INTENSIVOS,-
Stefany%20Elizabeth%20Ochoa&text=La%20intervenci%C3%B3n%20musical
%20en%20vivo,la%20unidad%20de%20cuidados%20intensivos.
65. Melo D, Páez B, Valdés D, Palafox J. Efecto de la musicoterapia en signos vitales y dolor posoperatorio inmediato. Rev. Sanid. Milit [Internet]. 2024 ene [citado el 1 de marzo del 2024]; 78(1):pp. 1-9. Disponible en : <https://revistasanidadmilitar.org/index.php/rsm/article/view/345>
 66. Hernández FM, Santiesteban BC, Pizarro RJ. Influencia de la musicoterapia en la disminución de cifras tensionales moderadamente altas. Medisur [Internet]. 2022 Dic [citado 20 de junio del 2023]; 20 (6): 1132-1140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000601132
 67. Masoud AT, Samy A, Elshrery AM, Taher E, Abbas AM. The effect of music on pain perception in women scheduled for elective cesarean section: a systematic review and meta-analysis. Proceedings in Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2020 [citado el 25 de 2021];10(1):1-5. Disponible en: <https://pubs.lib.uiowa.edu/pog/article/id/3879/>
 68. Toker E, Demirel G, Doganer A, Karakucuk S. Effects of Turkish Classical Music on Postpartum Pain and Anxiety in Cesarean Deliveries: A Randomized Controlled Trial. Altern Ther Health Med [Internet]. Junio 2021; 27(S1):120-127. PMID: 33245708. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33245708/>
 69. Lin CL, Hwang SL, Jiang P, Hsiung NH. Effect of Music Therapy on Pain After Orthopedic Surgery-A Systematic Review and Meta-Analysis. Pain Pract [Internet]. Abril del 2020 [citado el 15 de noviembre del 2021]; 20(4):422-436. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31785131/>
 70. Camones KF. Efecto de la musicoterapia como coadyuvante en la disminución del dolor en la fase activa del trabajo de parto en gestantes atendidas en el centro de salud acomayo – chinchao. julio – noviembre 2021 [tesis de grado]. Huánuco, Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2023. Disponible en <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/8407>
 71. Chirito FA. Intervención de enfermería en el manejo del dolor en pacientes post operado, Hospital Huacho Huara Oyon Y Sbs, Perú 2021 [tesis de grado]. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2022. Disponible en : <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/108016>
 72. Ccasihuí NS. Valoración de enfermería y manejo del dolor en pacientes postoperados de cirugías traumatológicas [tesis de especialización]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/12505?show=full>
 73. Rodríguez Y, Contreras P, Lozada M. Med Wave. Revista Biomédica Revisada Por Pares [internet]. Agosto del 2021 [citado el 18 de diciembre del 2021]; 21(7). Disponible en : <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/8442.act>
 74. Soto EE. Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de la ENDES 2018 [Tesis de grado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11769/Soto_me.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 75. Viera JV. Perfil clínico - epidemiológico de cesáreas realizadas en el hospital de la amistad Perú corea santa rosa ii - 2 piura, enero 2014 a enero 2018. [Tesis de grado]. Piura, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. Disponible en:

- https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/6032/REP_MEH_U_JOSE.VIERA_PERFIL.CL%CDNICO.EPIDEMIOLOGICO.CES%C1REAS.REALIZADAS.HOSPITAL.AMISTAD.PER%DA.COREA.PIURA.pdf;jsessionid=1E50EC2E7C4B9425F5B11EB6E8D965A8?sequence=1
76. Nizama LE. Factores asociados en usuarias de parto institucional con covid 19, Hospital Santa Rosa II-2 junio a noviembre del 2020. [Tesis de Grado]. Piura, Perú: Universidad Nacional de Piura. 2020. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2808337>
77. Bulechek GM, Butcher HK, McCloske y Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) [Internet]. 6ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L c 2014 [citado el 25 de junio del 2021]. p. xvii, 350. Disponible en: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
78. Enfermería buenos aires [Internet] Argentina: creative commons; c2022. Intervenciones de Enfermería – Taxonomía; 27 de agosto 2020 [actualizado 22 de enero 2021; citado el 25 de junio del 2021]. Disponible en: <https://enfermeriabuenosaires.com/intervenciones-de-enfermeria-taxonomia/>
79. Salud Blog Mafre: Enfermedades [Internet]. España: MAPFRE; c2024. 2024 [citado 19 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/reportajes-enfermedades/constantes-vitales-que-son-y-cuantas->
80. Clínica Universidad de Navarra: Diccionario médico [Internet]. Madrid: Clínica Universidad de Navarra; c2022. Edad [citado el 7 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>
81. Roca A, Guerra S, Maquer G, Ipanaque R. Principales Resultados de la Encuesta Nacional a Instituciones Educativas de Nivel Inicial, Primaria y Secundaria, 2018 [Internet]. Lima: Gráfica Burgos SAC; 16 de noviembre 2019 [citado el 7 de diciembre 2022]. 197 p. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1684/libro.pdf
82. Bayardo M. Perú. Estado civil o conyugal del jefe (a) de hogar y ciclo de vida del hogar. En: Garcia J, director Perú: Tipos y Ciclos de Vida de los Hogares, 2017. Tipos y Ciclos de Vida de los Hogares, 2017 [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2019 [citado el 7 de diciembre 2022]. p. 63-76. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1711/
83. Ilostat: Organización Internacional del Trabajo [Internet]. Suiza: Organización Internacional del Trabajo; c1996-2022. Clasificación Internacional de Ocupaciones (CIUO); 1 de diciembre 2020 [citado el 7 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://ilostat.ilo.org/es/resources/concepts-and-definitions/classification-occupation/>
84. INEI: Sistema de Datos Micro Regionales [Internet]. Perú: Centro de Investigación en Ciencias de Información Geoespacial; c2020. Grado de urbanización; 20 de julio 2021. [citado el 7 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://sdmr.inei.gob.pe/cms/multimedia/home/menuSect-2-23>
85. El parto es nuestro: Información [Internet]. España: Creative commons. Parto vaginal después de cesárea (PVDC). ¿Qué implica tener una cesárea previa de

- cara al parto?; 23 de julio 2012. [citado el 7 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/parto-vaginal-despues-de-cesarea-pvdc>
86. Ayala FD, Morales S, Valdivieso V, Moreno KF. Influencia del periodo intergenésico largo en el riesgo de preeclampsia. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. Junio 2022 [citado el 7 de diciembre 2022]; 11(2): 21-26. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/273/314>
 87. Eustat: Definiciones [Internet]. España: Instituto Vasco de Estadística. c2022. Número de hijos. [citado el 7 de diciembre 2022]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_639/elem_14987/definicion.html#:~:text=Definici%C3%B3n%20N%C3%BAmero%20de%20hijos&text=Se%20refiere%20al%20n%C3%BAmero%20de,los%20hijos%20que%20luego%20fallecieron.
 88. Cervantes MR, Téllez E [Internet]. Mexico: UAEH Biblioteca Digital; c 2015. Competencias en la medición de signos vitales. 19 de junio 2019. [citado el 7 de diciembre 2022]. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/2085>
 89. Cabrejo F, Robles B. Manual de redacción de tesis de posgrado [Internet]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; agosto 2020 [citado el 10 de diciembre 2022]. 219 p. Disponible en: [https://static.upao.info/descargas/4c22d0a600028ae5ef91f2ef69189c57abc0dbf4921990a25dd00b2a0fe788b05e3ebc048dffe021430b5ab33751d53b2e8abeb8019d8ddc4986d4ae1671c232/manual-de-redacciOn-de-tesis-de-posgrado-\(1\).pdf](https://static.upao.info/descargas/4c22d0a600028ae5ef91f2ef69189c57abc0dbf4921990a25dd00b2a0fe788b05e3ebc048dffe021430b5ab33751d53b2e8abeb8019d8ddc4986d4ae1671c232/manual-de-redacciOn-de-tesis-de-posgrado-(1).pdf)
 90. Fernández P, Vallejo G, Livacic PE, Tuero E. Validez Estructurada para una investigación cuasi-experimental de calidad. Se cumplen 50 años de la presentación en sociedad de los diseños cuasi-experimentales. An. Psicol. (internet). Mayo-agosto, 2014 [citado 8 de agosto 2021]; 30(2): 756-771. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16731188039>
 91. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 6ª ed. México: McGraw-Hill / Interamericana; c2014 abril [actualizado 5 mayo del 2020, citado 8 de agosto del 2021]. 145 p. Disponible en: https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
 92. Campbell DT, Stanley JC. Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research [Internet]. USA: Houghton Mifflin Company; c1963, [citado 21 de julio 2024]. 47 p. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/https://www.sfu.ca/~palys/Campbell&Stanley-1959-Exptl&QuasiExptlDesignsForResearch.pdf>
 93. Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? Am J Emerg Med [Internet]. Abril 2018 [citado el 23 de julio 2021]; 36(4):707-714. doi: 10.1016/j.ajem.2018.01.008. Epub 2018 Jan 6. PMID: 29321111.
 94. Vicente MT, Delgado S, Bandrés F, Ramírez MV, Capdevila L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. Enero del 2018 [citado el 23 de julio del 2021]; 25(4): 228-236. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>
 95. González AC. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. [tesis de postgrado de especialización]. Ciudad

- de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2016. Disponible en: https://repositorio.unam.mx/contenidos/correlacion-entre-las-escalas-unidimensionales-utilizadas-en-la-medicion-de-dolor-postoperatorio-453916?c=pkxNV&d=false&q=Adriana&i=2&v=1&t=search_0&as=0
96. Price DD, McGrath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. Pain [Internet]. Septiembre 1983;17(1): 45-56. doi: 10.1016/0304-3959(83)90126-4. PMID: 6226917. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6226917/>
 97. Gamarra G, Wong F, Pujay OE, Rivera TA. Estadística e investigación con aplicación spss [Internet]. Perú. 2015 [citado el 23 de marzo 2024]. p. 168. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/B0031.pdf>
 98. Narvaes M. QuestionPro [Internet]. México: Software para encuestas Questionpro; c2022. Inicio Investigación de mercado. Prueba de chi-cuadrado: ¿Qué es y cómo se realiza?; 2022 [citado el 23 de marzo 2024]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/prueba-de-chi-cuadrado-de-pearson/#:~:text=La%20prueba%20de%20Chi%2Dcuadrado%20es%20una%20excelente%20opci%C3%B3n%20para,las%20celdas%20de%20la%20tabla>
 99. Benites L. Statologos [Internet]. España: Statologos: El sitio web para que aprendas estadística en Stata, R y Phytón; c2024. ¿Qué es la prueba de McNemar?; 2022 [citado el 23 de marzo 2024]. Disponible en: <https://statologos.com/prueba-de-mcnemar/>
 100. IBM: SPSS Statistics. USA: IBM Corporation. c1989, 2021. Seleccionar pruebas (Pruebas no paramétricas para muestras relacionadas); 2021 [citado el 23 de marzo 2024]. Disponible en: <https://www.ibm.com/docs/es/spss-statistics/beta?topic=sslvmb-subs-statistics-mainhelp-ddita-components-nonparametric-tests-idh-idd-npar-related-settings-tests-html>
 101. Ortega E, Ochoa C, Molina M. Pruebas para muestras relacionadas. Variables cualitativas. Evid Pediatr. [Internet]. 2023 [citado el 23 de marzo 2024]; 19:10. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://evidenciasenpediatria.es/files/41-14339-RUTA/EeP_Fund_10_Estadistica_muestras.pdf
 101. INCMNSZ: gobierno de México, [Internet]. México: Biblioteca de Publicaciones Oficiales del Gobierno de la República; c2017. Aspectos éticos en la atención médica; 2019 [citado el 25 de abril del 2023]. Disponible en: <http://incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eticaatencionmedica.html>
 102. Ernstmeyer & Christman. LibreTexts [Internet]. California: The Libretexts libraries; c2023. Principios éticos; 30 de octubre del 2022 [citado el 25 de abril del 2023]. Disponible en: [https://espanol.libretexts.org/Salud/Enfermer%C3%ADa/Enfermer%C3%ADa%3A_Salud_Mental_y_Conceptos_Comunitarios_\(OpenRN\)/05%3A_Consideraciones_legales_y_%C3%A9ticas_en_el_cuidado_de_la_salud_mental/5.02%3A_Principios_%C3%A9ticos#:~:text=Aunque%20hay%20muchos%20principios%20%C3%A9ticos,y%20la%20veracidad%20\(decir%20la](https://espanol.libretexts.org/Salud/Enfermer%C3%ADa/Enfermer%C3%ADa%3A_Salud_Mental_y_Conceptos_Comunitarios_(OpenRN)/05%3A_Consideraciones_legales_y_%C3%A9ticas_en_el_cuidado_de_la_salud_mental/5.02%3A_Principios_%C3%A9ticos#:~:text=Aunque%20hay%20muchos%20principios%20%C3%A9ticos,y%20la%20veracidad%20(decir%20la)
 103. Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. España: PortalesMedicos, SL; ©2024. La musicoterapia como intervención enfermera en el tratamiento del dolor; 2014. [citado el 8 de diciembre del 2021]. Disponible en:

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/musicoterapia-tratamiento-del-dolor/2/>

104. Osakidetza. Manual CTO oposiciones de enfermería [Internet]. 1ª ed. España: CTO Editorial SL; 2018 2021 [citado el 18 de diciembre del 2023]; 10p. disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050](https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050)
105. INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES [Internet]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; Mayo del 2021 [citado el 18 de diciembre del 2023] p 89-95 . disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf)
106. Jimenez M, Cabrera Jorge. Redención del cuidado cultural de Madeleine Leininger para los pueblos originarios víctimas por Covid-19. Ene. [Internet]. 2020 [citado 18 de noviembre del 2024]; 14(3): e14318. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300018
107. Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Dic [citado diciembre del 2023]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009



ANEXOS

ANEXO N°1

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea en el Hospital II Chocope EsSALUD 2022”

Estimada señora: Reciba nuestro cordial saludo y a la vez aprovechar la ocasión para invitarla a participar en esta investigación que trata de determinar el efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea en el Hospital II Chocope de EsSalud, la misma que busca conocer a partir de los resultados de esta investigación, si una intervención musical receptiva coadyuva como una terapia medica alternativa complementaria en la sensación de la intensidad del dolor agudo post cesárea y proyectar el uso de un nuevo recurso en la asistencia profesional. Los resultados de esta investigación serán sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención asegurando la máxima confidencialidad. El estudio a realizar no implica algún tipo de riesgo para la salud y bienestar de su persona.

Declaro tener conocimiento del presente trabajo de investigación y acepto participar en el de forma libre y voluntaria, así como poder retirarme del mismo cuando así lo desee.

.....

Paciente: Testigo:

DNI: DNI:

Firma Investigador / Miembro equipo

Fecha.....

ANEXO 2
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

GRUPO EXPERIMENTAL

INTENSIDAD	A LAS 24 HORAS DESPUES DE UNA CESAREA	A LAS 24:30 HORAS DESPUES DE UNA CESAREA
	HORA:	HORA:
Leve a leve-moderado		
Moderado a moderado- grave		
Grave a insoportable		

**MEDICION DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR A LAS 24 HORAS
Y A LAS 24:30 HORAS DESPUÉS DE UNA CESÁREA
USANDO LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA EVA SIN
INTERVENCIÓN MUSICAL
GRUPO CONTROL**

INTENSIDAD	A LAS 24 HORAS DESPUES DE UNA CESAREA	A LAS 24:30 HORAS DESPUES DE UNA CESAREA
	HORA:	HORA:
Leve a leve-moderado		
Moderado a moderado- grave		
Grave a insoportable		

**HOJA DE REGISTRO DE LOS PARÁMETROS FISIOLÓGICOS A LAS 24
HORAS Y A LAS 24:30 HORAS DESPUÉS DE UNA CESÁREA CON
INTERVENCIÓN MUSICAL
GRUPO EXPERIMENTAL**



ITEMS A MEDIR	DATOS BASALES	A LAS 24 HORAS DESPUES DE UNA CESAREA	A LAS 24:30 HORAS DESPUES DE UNA CESAREA
FRECUENCIA CARDIACA por minuto			
FRECUENCIA RESPIRATORIA por minuto			
PRESIÓN ARTERIAL en mmHg			

HOJA DE REGISTRO DE LOS PARÁMETROS FISIOLÓGICOS A LAS 24 HORAS Y A LAS 24:30 HORAS DESPUÉS DE UNA CESÁREA SIN INTERVENCIÓN MUSICAL

GRUPO CONTROL

ITEMS A MEDIR	DATOS BASALES	A LAS 24 HORAS DESPUES DE UNA CESAREA	A LAS 24:30 HORAS DESPUES DE UNA CESAREA
FRECUENCIA CARDIACA por minuto			
FRECUENCIA RESPIRATORIA por minuto			
PRESIÓN ARTERIAL en mmHg			

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA

DATOS DEMOGRÁFICOS, MATERNOS Y PERINATALES

I. Cuestionario de recolección de datos de información estadística descriptiva de referencia

1.1. Datos sociodemográficos:

Edad: en años

a. < 18 b. Entre 20 a 25 c. Entre 26 a 30 d. entre 31 a 40 e. > 40

Nivel de educación:

Initial b. Primaria c. Secundaria d. Superior no universitaria
e. Universitaria f. Ninguno

Ocupación

a. Con trabajo remunerado b. Sin trabajo

Estado civil

a. Soltera b. Casada c. Viuda d. Divorciada e. Separada de hecho
f. Conviviente

Procedencia:

a. Urbano b. Rural.

1.2. Datos maternos y perinatales de la historia clínica y del libro de partos.

Nº de cesáreas previas:

a. 1 cesárea b. 2 cesáreas c. 3 cesáreas d. Más de 3 cesáreas. e. 0 cesárea

Periodo intergenésico:

Menor de 1 año 6 meses b. Entre 1 año 6 meses y 2 años

c. Mayor de 2 años hasta los 5 años d. Mayor de 5 años e. Ninguno

Número de hijos

a. Uno b. Dos c. Tres d. Cuatro a más e. Ninguno



ANEXO N° 3
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

SOLICITUD DE EMISIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Dr.

Asunto: Solicita emitir opinión de Juicio de Experto.

De mi especial consideración:

Es grato dirigimos a usted para poder saludarla y a la vez hacer de su conocimiento que como Licenciada en Enfermería he tenido el interés y motivación de realizar el trabajo de investigación en el área de Enfermería en Centro Quirúrgico, el mismo que tiene por título: “Efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea en el Hospital II Chocope EsSALUD 2022”, con el propósito de obtener el Título de Enfermera Especialista con Mención en Centro Quirúrgico.

Por ello, nos dirigimos a su persona para solicitarle emita su Juicio de Experto acerca del instrumento: Guía de valoración del dolor según la escala visual analógica EVA en mujeres puérperas de parto por cesárea Hospital Chocope EsSALUD, el mismo que está adjuntado a este documento para su revisión, corrección y formulación de las recomendaciones que usted crea conveniente.

Atentamente,

.....
Lic. María del Rosario Euribe Joaquín

Trujillo, 1 de julio del 2021.

ANEXO N° 4



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 4

JUICIO DE EXPERTOS

Instrumentos: Guía de valoración del dolor según la escala visual analógica EVA
en mujeres puérperas de parto por cesárea Hospital Chocope Essalud

APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESIÓN ESPECIALIDAD	N° COLEGIATURA	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	FIRMA
Randy Robinson Rebaza Azañero	Ginecología y Obstetricia	50763	Hospital Tomas Lafora	 Randy R. Rebaza Azañero GINECOLOGO-OBSTETRICIA C.M.P. 50763
Carlos Napoleón Rivera Espinola	Ginecología y Obstetricia	25099	Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta	 Dr. Carlos Rivera Espinola GINECOLOGO OBSTETRA C.M.P. 25099 - R.M.E. 21785
Evert Ronald Castillo Castro	Ginecología y Obstetricia	53795	Hospital Victor Lazarte Echegaray	 DR. EVERT CASTILLO CASTRO GINECOLOGO-OBSTETRA C.M.P. 53795 - R.M.E. 24756

Fecha: Trujillo,15 de Setiembre de 2021

ANEXO N° 5



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 5

Constancia de Juicio de Expertos

Nombre del experto: Randy Robinson Rebaza Azañero

Especialidad: Ginecología y Obstetricia DNI 41087096

Por la presente hago constar que realice la revisión del instrumento sobre:
Guía de valoración del dolor según la escala visual analógica EVA en mujeres
puérperas de parto por cesárea

Elaborado por la estudiante de la especialidad Lic. María del Rosario Euribe
Joaquín Quien está realizando un trabajo de investigación titulado "EFECTO
DE UNA INTERVENCIÓN MUSICAL EN LA INTENSIDAD DEL DOLOR
AGUDO POST-CESÁREA EN EL HOSPITAL II CHOCOPE ESSALUD 2021"

Una vez realizado las correcciones correspondientes considero que dicho
instrumento es válido para su aplicación.

Trujillo, 03 de Setiembre del 2021


.....
Randy R. Robinson Rebaza Azañero
Especialidad: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Firma: 50763

Nombre: Randy Robinson Rebaza Azañero

DNI: 41087096



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 5

Constancia de Juicio de Expertos

Nombre del experto: Evert Ronald Castillo Castro

Especialidad: Ginecología y Obstetricia

DNI... 02664005

Por la presente hago constar que realice la revisión del instrumento sobre:
Guía de valoración del dolor según la escala visual analógica EVA en mujeres
puérperas de parto por cesárea

Elaborado por la estudiante de la especialidad Lic. María del Rosario Euribe
Joaquín Quien está realizando un trabajo de investigación titulado "EFECTO
DE UNA INTERVENCIÓN MUSICAL EN LA INTENSIDAD DEL DOLOR
AGUDO POST-CESÁREA EN EL HOSPITAL II CHOCOPE ESSALUD 2021"

Una vez realizado las correcciones correspondientes considero que dicho
instrumento es válido para su aplicación.

Trujillo, 15 de setiembre del 2021


DR. EVERT CASTILLO CASTRO
GINECOLOGÍA Y OBSTETRIA
Firma 02664005 - RNE 24756

Nombre: Evert Ronald Castillo Castro

DNI: 02664005

Anexo N° 6



Solicito: Prácticas profesionales en el área de Centro Quirúrgico.

Dr. Antonio Zavaleta Moreno
Director del Hospital II Chocope. Essalud.
Presente. -



Yo, MARIA DEL ROSARIO EURIBE JOAQUIN, identificada con D.N.I. N° 22299613; con domicilio en calle San Martín N° 99. Pacasmayo; actual trabajadora del Hospital I Pacasmayo, como Lic. en Enfermería; y en mi condición de egresada de la especialidad en CENTRO QUIRURGICO, ante usted me presento y con todo respeto expreso lo siguiente:

Que el próximo mes de octubre del año 2023, cuento con licencia por vacaciones, por cuanto tengo disponibilidad de tiempo para poder seguir desarrollando mi aprendizaje profesional y actualizar mi conocimiento en la especialidad de CENTRO QUIRURGICO. Es por este motivo que solicito a su alta Dirección, se me brinde la oportunidad requerida.

Hago propicia la ocasión para expresar los sentimientos de mi mayor consideración y agradecer su especial deferencia a la presente.

Pacasmayo, 25 de setiembre del 2023

Maria Del Rosario Euribe Joaquin
Lic. en Enfermería
C.E.P. 58770
Essalud Red Asist. La Libertad

MARIA DEL ROSARIO EURIBE JOAQUIN

DNI. 22299613



*U.B.
Dmy*

ANEXO N° 7

Chi cuadrada. Fórmula.

$$\chi^2 (df) = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

χ^2 .- Chi cuadrada
df.- grados de libertad
 Σ .- suma de..
O.- eventos observados
E.- eventos esperados

La fórmula de esta prueba es:

$$\chi^2_{MN} = \frac{(|A - D| - 1)^2}{A + D}$$

Donde:

χ^2_{MN} = Valor estadística de McNemar

A = Valor de cambios observados en la medición después en casilla A

D = Valor de cambios observados en la medición después en casilla D.

ANEXO N° 8

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea en el Hospital II Chocope EsSalud 2022

Problema	Objetivos	Variables.	Hipótesis	Marco Metodológico
<p>¿Cuál es el efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea en el Hospital II Chocope EsSalud 2022?</p>	<p>- General. Evaluar el efecto de una intervención musical en la intensidad del dolor agudo post-cesárea en mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD 2022.</p> <p>- Específicos. Comparar el nivel de intensidad del dolor a las 24 horas post cesárea, antes y después de una intervención musical en mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD 2022 y que</p>	<p>Variable Independiente: Intervención musical</p> <p>Variable Dependiente: Nivel de Intensidad del dolor</p>	<p>- H0: Las pacientes sometidas a cesárea no perciben una reducción de la intensidad del dolor agudo postquirúrgico después de recibir una intervención musical en el Hospital II de Chocope EsSALUD en el 2022.</p>	<p>Diseño de contrastación de la hipótesis. El estudio es una estructura de investigación cuasiexperimental de diseño de grupo control no equivalente (pre test y post test), cuyos autores Campbell y Stanley la publicaron en 1963 con un grupo experimental y otro grupo control. (92), o llamado diseño con preprueba-posprueba y grupo de control por el Dr. Roberto Hernández Sampieri (91). La Gráfica de contraste de hipótesis corresponde a la siguiente ilustración:</p>

	<p>manifiesten dolor leve o leve-moderado, ha moderado o moderado grave.</p> <p>Comparar el nivel de intensidad del dolor a las 24 horas post cesárea y a las 24.30 horas en mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD 2022 y que manifiesten dolor leve o leve-moderado, ha moderado o moderado grave.</p> <p>Comparar las fluctuaciones de los parámetros fisiológicos de frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial, a las 24 horas post cesárea, antes y después de una intervención musical en mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD 2022 y que manifiesten dolor leve o leve-</p>		<p>- H1: Las pacientes sometidas a cesárea perciben una reducción de la intensidad del dolor agudo postquirúrgico después de recibir una intervención musical en el Hospital II de Chocope EsSALUD en el 2022</p>	<p>→</p> <p>GE O1 X O2 ----- GC O3 O4</p> <p>GE: Grupo experimental. GC: Grupo control. ---: Conformación de los grupos de estudio X: Intervención musical como terapia complementaria. O1: Observación a las 24 horas del parto por cesárea. O2: Observación a las 24.30 horas después de la intervención O3: Observación a las 24 horas del parto por cesárea. O4: Observación a las 24.30 horas del parto por cesárea. → : Trayectoria de la investigación (longitudinal prospectivo).</p> <p>Muestra: Se ha considerado una muestra de 60 pacientes para el presente proyecto de investigación:</p>
--	--	--	---	---

	<p>moderado, ha moderado o moderado grave.</p> <p>Comparar las fluctuaciones de los parámetros fisiológicos de frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial, a las 24 horas post cesárea y a las 24.30 horas, en mujeres atendidas en el Hospital II Chocope de EsSALUD 2022 y que manifiesten dolor leve o leve-moderado, ha moderado o moderado grave.</p> <p>Identificar los datos demográficos, maternos y perinatales, tales como la edad, grado de estudios, ocupación, estado civil, procedencia, número de cesáreas previas, periodo intergenésico y número de hijos de las pacientes.</p>			<p>Grupo control: 30 pacientes postparto por cesárea. Grupo experimental: 30 pacientes postparto por cesárea.</p> <p>Instrumentos: La técnica para criterios subjetivos: Entrevista El instrumento: La escala visual análoga (EVA). La técnica para criterios objetivos: Medición de parámetros fisiológicos El instrumento: Tensiómetro, pulsioxímetro Análisis de datos y presentación de resultados: Se evaluó la información pertinente con el software estadístico que analizó los datos mediante el programa IBM SPSS STATISTICS v. 27. Para de determinar el significado de aquellas relaciones significativas y obtener como resultado la</p>
--	---	--	--	---

				<p>existencia de una coherencia entre las variables.</p> <p>Se utilizaron estadígrafos convenientes y las medidas estadísticas que correspondan para el análisis, procesamiento y la presentación de datos. se realizó un análisis estadístico descriptivo de frecuencia en ambos grupos independientes. Se aplicó la prueba no paramétrica Chi-cuadrado de Pearson. El nivel de significancia fue de 0,05%. La prueba de McNemar se empleó como un método estadístico no paramétrico para contrastar dos variables categóricas dicotómicas y la prueba de homogeneidad marginal que representa una ampliación de la prueba de McNemar, permitiendo la comparación de respuestas multinomiales en contraposición a las respuestas binarias.</p>
--	--	--	--	---

ANEXO N° 9

CONSTANCIA

Dra. Blanca Flor Robles Pastor

HACE CONSTAR:

Que, la Lic. Enf. María del Rosario Euribe Joaquín, con DNI N° 22299613 ha recibido el servicio de **ASESORÍA ESTADÍSTICA** para el Proyecto de Tesis:

“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN MUSICAL EN LA INTENSIDAD DEL DOLOR AGUDO POST-CESÁREA EN EL HOSPITAL II CHOCOPE ESSALUD 2022”.

Donde la consistencia interna entre las variables intensidad del dolor, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial diastólica y sistólica medidas en el instrumento de recolección de datos obtuvo un coeficiente Alfa = 0.713, evidenciando una confiabilidad aceptable (Alfa>0.70) para medir las variables en la investigación y sus resultados son representación fiel de los datos recolectados en campo.

Se expide la presente constancia para los fines que se estime conveniente.

Trujillo, diciembre del 2022.



Dra. Blanca Flor Robles Pastor
COESPE N° 054

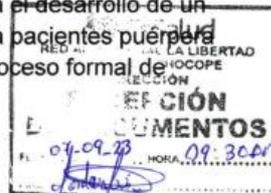
ANEXO N° 10

Autorización para el desarrollo del proyecto de investigación



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN: Para el desarrollo de un proyecto de investigación, entrevistas a pacientes púrpura por cesárea, enmarcados todo en el proceso formal de investigación.

Sr. ANTONIO ZAVALA MORENO
Director del Hospital II Chocope de EsSalud - La Libertad



Yo, María del Rosario Euribe Joaquín, Lic. En enfermería con colegiatura N° 058770, con DNI N°22299613. Servidora de la red asistencial la Libertad, Hospital I Pacasmayo y actual estudiante de la Segunda especialidad de enfermería con especialidad en centro quirúrgico, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Antenor Orrego; ante Usted respetuosamente expone:

Que, siendo requisito indispensable, dentro de normatividad académica de la facultad de ciencias de la salud - UPAO, la necesidad de desarrollar la investigación y sustentación de un trabajo de investigación, como parte del programa curricular de nuestra formación profesional, lo cual permite obtener el título de especialista en centro quirúrgico. Es que me presento ante usted para solicitar se me acepte como estudiante investigador y se me permita desarrollar el proyecto de investigación titulado "EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN MUSICAL EN LA INTENSIDAD DEL DOLOR AGUDO POST-CESÁREA EN EL HOSPITAL II CHOCOPE ESSALUD 2022". El mismo que consistirá en la aplicación de una intervención musical a las pacientes púrpura por cesárea, a las 24 horas de post operada en el servicio de Gineco obstetricia, con el objetivo de evaluar el efecto de la música en el nivel de intensidad del dolor agudo post cesárea y teniendo como expectativa la aplicación de una herramienta alternativa complementaria, no farmacológica, para aliviar y disminuir la intensidad del dolor agudo en nuestras pacientes.

Motivo por el cual me acerco a través de la presente, para con respeto solicitar la autorización para el desarrollo del proyecto de investigación, recolección y/o uso de datos, consulta de documentos, entrevistas a pacientes, enmarcados todo dentro del proceso formal de investigación.

Por tanto:

Agradeciendo desde ya su cordial deferencia y especial apoyo y colaboración, es que se despidе de Ud. Con atención y estima personal.

Trujillo, 7 de setiembre del 2023.

.....
María del Rosario Euribe Joaquín
DNI N°22299613

Anexo: RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0490-2023-D-F-CCSS-UPAO