

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CONOCIMIENTO Y TEMORES DEL PACIENTE QUIRÚRGICO SOBRE
EL PROCESO ANESTÉSICO Y EL ANESTESIOLOGO



JENIFER MISHALL PINZÓN PERALTA

CHIQUMULA, GUATEMALA, AGOSTO, 2020

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CONOCIMIENTO Y TEMORES DEL PACIENTE QUIRÚRGICO SOBRE
EL PROCESO ANESTÉSICO Y EL ANESTESIÓLOGO

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

JENIFER MISHALL PINZÓN PERALTA

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUMULA, GUATEMALA, AGOSTO, 2020

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MEDICO Y CIRUJANO**



RECTOR
M.Sc. Ing. MURPHY OLYMPO PAIZ RECINOS

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Representante de Profesores:	M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Representante de Profesores:	M.Sc. Gildardo Guadalupe Arriola Mairén
Representante de Estudiantes:	A.T. Estefany Rosibel Cerna Aceituno
Representante de Estudiantes:	PEM. Elder Alberto Masters Cerritos
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	M. A. Edwin Rolando Rivera Roque
Coordinador de Carrera:	M.Sc. Ronaldo Armando Retana A.

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente:	Ph.D Rory René Vides Alonzo
Secretario:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé
Vocal:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

Señores:

Miembros Consejo Directivo

Centro Universitario de Oriente

Universidad de San Carlos de Guatemala

Chiquimula, Ciudad.

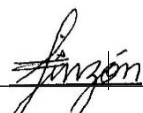
Respetables señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo de graduación Conocimiento y temores del paciente quirúrgico sobre el proceso anestésico y el anesthesiólogo.

Como requisito previo a optar el título profesional de Médica y Cirujana, en el Grado Académico de Licenciado.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

(F)  _____

Jenifer Mishell Pinzón Peralta

Chiquimula, 31 de Marzo de 2020

Chiquimula, 31 de Marzo de 2020

Dr. Rory René Vides Alonzo

Presidente Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación Medicina

Centro Universitario de Oriente

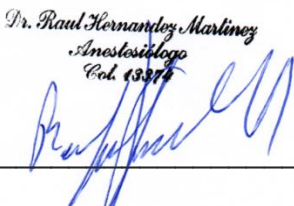
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director:

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la bachiller en ciencias y letra, JENIFER MISHELL PINZÓN PERALTA, con carné universitario: 2012040573, en el trabajo de graduación titulado “Conocimiento y temores del paciente quirúrgico sobre el proceso anestésico y el anestesiólogo.”; me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea, determinar el conocimiento y los temores actuales de los pacientes adultos programados a cirugía en los servicios de Cirugía , Traumatología, Maternidad, Labor y Partos y Ginecoobstetricia en el Hospital Regional de Zacapa, durante el año 2019, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Publico, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciada.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

(F) 
Dr. Raúl Hernández Martínez
Médico Anestesiólogo
Col.13374

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO



Chiquimula, 11 de junio del 2020
Ref. MYC-075-2020

Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente CUNORI

Reciba un cordial saludo de la Coordinación Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente deseándole éxitos y bendiciones en su diaria labor.

Por medio de la presente es para notificarle que la estudiante JENIFER MISHELL PINZÓN PERALTA identificada con el número de carné 201240573 quien ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación denominado "CONOCIMIENTO Y TEMORES DEL PACIENTE QUIRÚRGICO, SOBRE ANESTESIA Y EL ANESTESIOLOGO" realizado en el Hospital Regional de Zacapa, asesorado por el Dr. Raúl Hernández Martínez Médico, Anestesiólogo Col.13374 quien avala el estudio de manera favorable.

Considerando que el estudio cumple con los requisitos establecidos en el Normativo de Trabajo de Graduación de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, se autoriza su aprobación para ser discutido en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana en el grado de Licenciada.

Sin otro particular, atentamente.

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Ronaldo Armenta Albanés
Maestro en Ginecología y Obstetricia

MSc. Ronaldo Armenta Albanés
-Coordinador-
Carrera de Médico y Cirujano-CUNORI

Finca El Zapotillo, zona 5, Chiquimula
PBX. 76730900 - Extensión 1627 Carrera de Médico y Cirujano
www.cunori.edu.gt

Cc/ Archivo-mdo.



Chiquimula, 05 de Junio del 2020
Ref. MYC-04-2020

Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente CUNORI

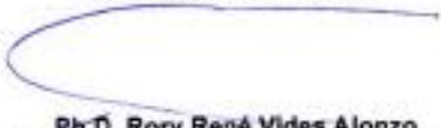
Reciba un cordial saludo de la Coordinación Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente deseándole éxitos y bendiciones en su diaria labor.

Por medio de la presente es para notificarle que la estudiante **JENIFER MISHELL PINZÓN PERALTA** identificada con el número de carné 2012040573 quien ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación denominado **"CONOCIMIENTO Y TEMORES DEL PACIENTE QUIRÚRGICO, SOBRE EL PROCESO ANESTÉSICO Y EL ANESTESIÓLOGO"** realizado en el departamento de Servicios de Cirugía, Traumatología, Maternidad, Labor y Partos y Ginecoobstetricia en el Hospital Regional de Zacapa, Guatemala, el estudio fue asesorado por el Dr. Raúl Hernández Martínez, Anestesiólogo, colegiado 13,374 quien avala el estudio de manera favorable.

Considerando que el estudio cumple con los requisitos establecidos en el Normativo de Trabajo de Graduación de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente CUNORI, se autoriza su aprobación para ser discutido en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana en el grado de Licenciada.

Sin otro particular, atentamente.

"Id y Enseñad a Todos"


Ph.D. Rory René Vides Alonzo
Presidente Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación
Carrera de Médico y Cirujano-CUNORI



D-TG-MyC-060/2020

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante JENIFER MISHALL PINZÓN PERALTA titulado "CONOCIMIENTO Y TEMORES DEL PACIENTE QUIRÚRGICO, SOBRE EL PROCESO ANESTÉSICO Y EL ANESTESIOLOGO", trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICA Y CIRUJANA**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el siete de julio de dos mil veinte.

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cerdón
DIRECTOR
CUNORI -USAC



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES

A MI HERMANO

A MIS FAMILIARES

A MIS CATEDRÁTICOS

A MIS AMIGOS

AL COORDINADOR DE LA CARRERA Y DESTACADO CATEDRÁTICO

M.Sc. Ronaldo Armando Retana Albanés

A LOS REVISORES Y DESTACADOS CATEDRÁTICOS

M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio

M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Ph.D. Rory René Vides Alonzo

A MI ASESOR

Dr. Raúl Hernández Martínez

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

DEDICATORIA

ACTO QUE DEDICO A DIOS: Mi Padre, y mi mejor amigo, por estar conmigo en cada momento de mi vida, por darme fuerza en todo tiempo, gracias por cumplir su voluntad en mi vida, y enseñarme a ver el amor en mi profesión.

A MIS PADRES: infinitas gracias por darme tanto amor, ese amor, desinteresado, incondicional, sin límites. Que sentimiento tan extraordinario es tenerlos como padres. Gracias por su esfuerzo, por sus enseñanzas, por formarme con principios y valores que hoy hacen la mujer que soy. A ustedes que son, mi pilar y ejemplo.

A MI HERMANO: Iván, por siempre estar a mi lado, por su amor y apoyo incondicional, por ser pieza clave en cada uno de mis logros, por ser mi mejor amigo, mi consuelo y un segundo papá.

A MIS ABUELITOS: gracias por sus sabios consejos y por haber creído en mí. gracias por todo ese cariño y apoyo brindado.

A MI FAMILIA: les agradezco infinitamente por todo el apoyo brindado, no solo en estos años de estudio, sino a lo largo de mi vida, a mis tía y tíos: Telma, Vilma, Irma, Victoria, Gladys, Edgar, Obdulio, Odelín, por darme siempre palabras de ánimo, y mostrarme su amor.

A MIS AMIGAS y AMIGOS: Lucía, Karol, Wendy, Alejandra, Dorita, Joselyn, gracias por ser hermanas para mí, por tantos años de amistad sincera, por estar siempre en las buenas y en las malas a lo largo de mi vida, por su ayuda desinteresada, por aceptarme en sus familias, y por qué siempre un mensaje o una llamada suya me dio aliento, José, Luis; gracias por estar siempre dispuestos a ayudarme.

A MI IGLESIA: por su cariño especialmente a mis pastores; Antonio Palencia, y Dorita Citalán, por sus oraciones, sus consejos., a Tito Oliva por tantos años de afecto.

A MIS PRIMOS: por su cariño sincero, por estar siempre pendientes de mí y brindarme su apoyo cada vez que lo necesitaba; gracias Daniel, Wendy, Katy, Gaby, Dianita.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS: Por compartir momentos inolvidables, por brindarme su amistad y por haber estado conmigo en toda la carrera, en especial a Alejandra, Anayancy, Aury, Cesia, Merelin, María René, Jorge, Lenny, Gustavo, Hugo.

A LA FAMILIA SAMAYOA: un agradecimiento muy especial, por abrirme las puertas de su hogar, y hacerme sentir parte de su familia, por darme su ayuda en momentos importantes, y por enseñarme a estar siempre dispuesta a ayudar a los demás.

A MI ASESOR: por darme su ayuda, su tiempo y por sus consejos.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN	I
ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	iii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
a. Antecedentes del problema	1
b. Hallazgos y estudios realizados	4
c. Definición del problema	7
II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	
a. Delimitación teórica	8
b. Delimitación geográfica	8
c. Delimitación institucional	8
d. Delimitación temporal	9
III. OBJETIVOS	10
IV. JUSTIFICACIÓN	11
V. MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I Historia General de la anestesia	12
a. DEFINICIÓN	
CAPÍTULO II. Conocimiento del paciente sobre anestesiología y sobre su anestesiólogo	
a. El conocimiento	15
b. El anestesiólogo	16
c. La evaluación pre anestésica	17

CAPÍTULO III. Temor del paciente sobre anestesia	
a. El temor	17
b. Pánico	18
c. El temor; anestesia y el acto quirúrgico	19
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	
a. Tipo de estudio	21
b. Área de estudio	21
c. Universo y muestra	21
d. Sujeto y objeto de estudio	22
e. Criterios de inclusión	22
f. Criterios de exclusión	22
g. Variables estudiadas	22
h. Operacionalización de variables	23
i. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
j. Procedimientos para la recolección de datos	24
k. Plan de análisis	25
l. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	25
m. Cronograma	26
n. Recursos	27
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	28
VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
IX. CONCLUSIONES	47
X. RECOMENDACIONES	49
XI. PROPUESTA	50
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52- 60
XIII. ANEXOS	61- 62

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO	PÁGINA
1. Orden cronológico de la historia de la anestesia	14
2. Operacionalización de variables	24-25

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRAFICA	PÁGINA
1. Distribución de pacientes programados a cirugía con y sin antecedente quirúrgico	28
2. Administración de anestesia previo a la operación	29
3. Personal que se encarga de administrar la anestesia	30
4. Profesión del anestesiólogo	31
5. Visita del anestesiólogo previo a la operación	32
6. Conocimientos de los tipos de anestesia que existen	33
7. Personal que decide si el paciente puede recibir algún tipo de anestesia	34
8. Información brindada a los pacientes acerca de los efectos secundarios comunes de la anestesia	35
9. Distribución de pacientes con antecedentes quirúrgicos informados, acerca de los efectos secundarios comunes de la anestesia	36
10. Personal encargado que el paciente no sienta dolor antes y después de la operación	37
11. Distribución de pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos según su grado educativo	38
12. Distribución de pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos que presentan o no temor al proceso anestésico y el anestesiólogo	39
13. Distribución de pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos, que presentan temor al proceso anestésico y el anestesiólogo según su procedencia	40
14. Distribución de los principales 5 temores del paciente acerca del proceso anestésico	41
15. Distribución de los temores del paciente acerca del anestesiólogo	42

RESUMEN

CONOCIMIENTO Y TEMORES DEL PACIENTE QUIRÚRGICO, SOBRE ANESTESIA Y EL ANESTESIÓLOGO

Jenifer Mishell Pinzón Peralta¹ M.Sc. Ronaldo Retana Albanés² Ph.D. Rory René Vides Alonzo³ M.Sc. Carlos Arriola³ Dr. Raúl Hernández Martínez⁴ Universidad de San Carlos de Guatemala Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5 Chiquimula tel. 78730300 ext.1027.

Introducción: La anestesia es una de las especialidades médicas más complejas, es causa de temor y preocupación en los pacientes sometidos a cirugía y en la población en general. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal, en 350 pacientes adultos programados a cirugía, en los servicios de Cirugía, Traumatología, Maternidad, Labor y Partos y Ginecoobstetricia en el Hospital Regional de Zacapa, fueron entrevistados sobre los conocimientos y temores de dichos pacientes, acerca del proceso anestésico y el anestesiólogo, durante el preoperatorio. **Resultados y discusión:** De los pacientes sin antecedente quirúrgico, 93% afirmaron que es necesario recibir algún tipo de anestesia previo a una operación, 36% contestaron que el cirujano se encarga de anestesiarse al paciente preoperatoriamente, 49% respondieron que el anestesiólogo es un enfermero. Del grupo con antecedentes quirúrgicos, 90% no sabían qué tipos de anestesia existen, 62% indicaron que el cirujano decide si el paciente puede recibir algún tipo de anestesia preoperatoriamente, de este grupo 76% fueron informados de los efectos comunes de la anestesia, 65% no conocía ningún efecto, el 50%, indicaron que enfermería se encarga de la analgesia en el pre y post operatorio. Del total de pacientes, 52% tenían recibir algún tipo de anestesia, 63% eran del área rural, el principal temor, fue no despertar luego de la cirugía 46%, 8% tenían algún temor sobre el anestesiólogo. **Conclusiones:** La población posee poca información acerca del proceso anestésico y no reconocen al anestesiólogo como un médico, los pacientes del área rural sin antecedentes quirúrgicos presentan más temor a recibir algún tipo de anestesia.

Palabras clave: anestesia, conocimientos, temor, estudio descriptivo.

¹ Investigadora, ² Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano CUNORI, ³ Revisor de tesis, ⁴ Asesor de tesis.

ABSTRACT

KNOWLEDGE AND FEARS OF THE SURGICAL PATIENT, ABOUT ANESTHESIA AND THE ANESTHESIOLOGIST

Jenifer Mishell Pinzón Peralta¹ M.Sc. Ronaldo Retana Albanés² Ph.D. Rory René Vides Alonzo³ M.Sc. Carlos Arriola³ Dr. Raúl Hernández Martínez⁴ University of San Carlos of Guatemala, USAC; Eastern University Center, CUNORI, El Zapotillo farm, zona 5 Chiquimula tel. 78730300 ext.1027.

Introduction: Anesthesia is one of the most complex medical specialties, it is a cause of fear and concern in patients undergoing surgery and in the general population. **Material and methods:** Cross-sectional descriptive study, in 350 adult patients scheduled for surgery, in the services of Surgery, Traumatology, Maternity, Labor and Delivery and Gynecology in the Regional Hospital of Zacapa, they were interviewed about the knowledge and fears of these patients, about of the anesthetic process and the anesthesiologist, during the preoperative period. **Results and discussion:** Of the patients without a surgical history, 93% stated that it is necessary to receive some type of anesthesia prior to an operation, 36% answered that the surgeon is in charge of anesthetizing the patient preoperatively, 49% answered that the anesthesiologist is a nurse. Of the group with a surgical history, 90% did not know what types of anesthesia exist, 62% indicated that the surgeon decides if the patient can receive some type of anesthesia pre-operatively, of this group 76% were informed of the common effects of anesthesia, 65% did not know any effect, 50% indicated that nursing is in charge of analgesia before and after surgery. Of the total number of patients, 52% feared receiving some type of anesthesia, 63% were from rural areas, the main fear was not waking up after surgery 46%, 8% had some fear about the anesthesiologist. **Conclusions:** The population has little information about the anesthetic process and they do not recognize the anesthesiologist as a doctor, rural area patients without surgical history are more afraid of receiving some type of anesthesia.

Key words: anesthesia, knowledge, fear, descriptive study.

¹ Researcher, ² Coordinator of the CUNORI Medical and Surgeon Career, ³ Thesis Reviewer, ⁴ Thesis Advisor.

INTRODUCCIÓN

La práctica de la anestesia ha sido uno de los descubrimientos que revolucionaron la práctica médica y se ha convertido en una figura de vital importancia dentro del quirófano. Gracias a la anestesia se han podido llevar a cabo operaciones de larga duración e intervenciones de gran complejidad.

La Anestesiología, es una especialidad de la cual se conoce poco entre la población en general. Pensar en anestesia siempre causa temor e incertidumbre. El anestesiólogo es un especialista de la medicina que es poco reconocido, desconociendo sus actividades principales aún entre los médicos en formación; esto no cambia para la población general la cual tiene una concepción todavía más alejada de la realidad.

Es muy común la creencia que el anestesiólogo duerme al paciente, luego lo deja en manos del cirujano y se van. Esto demuestra el conocimiento erróneo referente a la importancia de la función del anestesiólogo en el periodo transoperatorio. Todo esto interfiere en la relación médico paciente e, incluso, en el entendimiento de los desenlaces de los procedimientos médicos. Es importante para el especialista en anestesia conocer cuales características psicobiosociales pueden influir y están relacionadas con las actitudes que los pacientes manifiestan hacia él como profesional de medicina y hacia los procedimientos que va a realizar.

Por lo anterior durante los meses de octubre y noviembre del 2019, se realizó un estudio sobre el conocimiento y los temores del proceso anestésico y el anestesiólogo, en 350 pacientes ingresados y programados en los servicios de Cirugía, hombres y mujeres, Traumatología de hombres y mujeres, Maternidad, Labor y Partos y Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Zacapa. La información se obtuvo mediante una boleta de recolección de datos al ingreso a los servicios correspondientes preoperatoriamente. Se inició con la obtención de los datos generales, seguidamente se determinaron los conocimientos y temores acerca de proceso anestésico y el anestesiólogo. Se observó que el 57% no tenían antecedentes quirúrgicos, mientras que el 43% ya habían sido sometidos a una intervención quirúrgica previa. Del total del grupo de pacientes con antecedentes quirúrgicos el 53% no fueron visitados por el anestesiólogo previo a la operación.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. Antecedentes del problema

a.1 Conocimiento y temores

Definición

La Real Academia Española, señala que, el conocimiento es entendimiento, noción o consciencia sobre algo. Así que, puede definirse como la facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (Real Academia Española, 2014).

El conocimiento que se apoya en la experiencia, en la práctica, se inicia con las percepciones sensoriales de las cosas que rodean al ser humano. El conocimiento es el acto consciente e intencional para aprehender las cualidades del objeto o sujeto. Su desarrollo ha ido acorde con la evolución del pensamiento humano (Ramírez, 2009).

El temor es una emoción dolorosa, excitada por la proximidad de un peligro, real o imaginario, y acompañada por un vivo deseo de evitarlo y de escapar de la amenaza. Es un instinto común a todos los hombres, del que nadie está completamente libre.

La conducta del hombre y sus actitudes ante la vida están condicionadas en gran medida por esos temores que brotan de nuestro interior en grados tan diversos que van desde la simple timidez hasta el pánico desatado, pasando por la alarma, el miedo y el terror. Puede explicarse como el sentimiento experimentado concreta e individualmente, que se dirige al otro como objeto y cuya génesis se puede encontrar, de modo más profundo, en una angustia sociocultural (Dammert, 2007).

Anestesia y el anestesiólogo

La Sociedad de Anestesiólogos del Estado de Alabama, define la anestesia como "la práctica de la medicina dedicada al alivio del dolor y al cuidado total del paciente quirúrgico antes, durante y después de la cirugía" (ASSA, 2013).

Desde las primeras experiencias con protóxido de nitrógeno y éter, la especialidad ha ido evolucionando para hacer frente a los nuevos procedimientos quirúrgicos, cada vez más agresivos, haciéndose cargo del tratamiento preoperatorio y postoperatorio del paciente, y del control del dolor de todo tipo (Cuartero y Redondo, s.f.).

Los objetivos actuales de la especialidad son el estudio, docencia, investigación y aplicación clínica de métodos y técnicas para (Galán, Jiménez, Romero, Ruiz, s.f.):

- 1.- Insensibilizar al dolor y controlar la respuesta neuroendocrina a la agresión antes, durante y después de la cirugía, procedimientos obstétricos, exploraciones diagnósticas y traumatismos.
- 2.- Mantener las constantes vitales en cualquiera de las condiciones citadas y en los pacientes donantes de órganos.
- 3.- Tratar pacientes cuyas funciones vitales estén gravemente comprometidas, manteniendo las medidas terapéuticas hasta que se supere la situación de riesgo vital de dichas funciones.
- 4.- Tratamiento del dolor de cualquier etiología, tanto aguda como crónica.
- 5.- La reanimación en el lugar del accidente y la evacuación de accidentados o pacientes en situaciones críticas

Los médicos anestesiólogos tienen varias funciones; su trabajo consiste en algo más que en "dormir a las personas". Su especialidad médica engloba un conjunto de conocimientos científicos y de técnicas propias, en virtud de las cuales está plenamente capacitado para que sean de su competencia varios quehaceres y cometidos, tales como emplear y aplicar métodos y técnicas necesarios para hacer al paciente insensible al dolor

y para protegerlo frente a la agresión psíquica o somática, antes, durante y después de las intervenciones (Silva, 1994).

El anestesiólogo es contemplado actualmente por las diferentes especialidades médicas como el especialista "peri operatorio", esto es, el encargado del cuidado médico del paciente a todo lo largo de su proceso quirúrgico. Ello incluye el estudio y preparación del mismo antes de la intervención (preoperatorio), la supresión del dolor y la vigilancia de las constantes vitales durante la cirugía (intraoperatorio), y la continuación de estos cuidados una vez finalizada la intervención, hasta que el paciente está en condiciones de volver a la sala de hospitalización (postoperatorio), todo ello manteniendo una comunicación permanente con el equipo de cirujanos. Incluso en países europeos desempeñan funciones pre hospitalarias como médicos de emergencias (Bhattarai, Kandel y Adhikari, 2012).

b. Hallazgos y estudios realizados

En el año 2002 se realizó un estudio en la Universidad Basel, Suiza, con el objetivo de determinar el conocimiento que los pacientes programados a cirugía electivas de diferentes especialidades, acerca de la anestesia que sería administrada y sobre el anestesiólogo y su rol como profesional de la salud. El estudio incluyó 685 pacientes, los datos se recopilaron mediante un cuestionario distribuido al final de la visita preoperatoria, que incluía 14 preguntas diferentes que examinaban el papel del anestesta. Sorprendentemente, y en contraste con estudios anteriores, casi todos los pacientes, 99% sabían que el anestesta es un médico calificado. Además, el 75% de los pacientes sabían que el anestesta también realiza actividades fuera del quirófano. Sin embargo, cuando se les preguntó sobre los detalles específicos de estas actividades o sobre cuánto tiempo se tarda en capacitar a un anestesta, los pacientes suizos sabían poco más que los pacientes de otros países. Solo una quinta parte de todos los pacientes estimaron correctamente la duración de la capacitación de posgrado y el 45% consideró que el equipo de anestesia trabajó bajo la supervisión del equipo quirúrgico. Las experiencias anestésicas anteriores, así como el material informativo adicional, como un folleto o una película de video, no mejoraron el conocimiento de los pacientes con respecto a la capacitación o actividades de los anestestas. Debido a los resultados, para mejorar esta importante relación paciente-anestesta, el departamento de anestesia dio inicio a un programa de capacitación en habilidades de comunicación para todos los médicos del mismo (Kindler, Harms y Alber, 2002).

En el Hospital Escuela Mersin, Turquía durante el año 20013 se realizó un estudio, en donde se evaluaron a los pacientes que acudieron a la clínica de anestesia, usando un cuestionario con 21 preguntas. En el estudio, se incluyeron un total de 250 pacientes, con edades entre 16 y 75 años. El cuestionario constaba de dos partes: la primera parte incluía datos demográficos como edad, género, nivel de educación, ocupación; la segunda parte incluía las preguntas sobre la experiencia y el conocimiento de la anestesia. De los 250 pacientes estudiados, 59% eran mujeres y 41% hombres. De estos pacientes, el 37,6% tenía educación secundaria. Como ocupación, el mayor porcentaje correspondió a las amas de casa (33,6%). En la segunda parte del cuestionario, se

demostró que tener una experiencia en anestesia y un alto nivel de educación afecta estadísticamente de manera significativa el nivel de información sobre la anestesia, también se demostró que los pacientes no tienen información adecuada sobre anestesia y anestesistas y debería proporcionársele al público más información sobre la anestesia (Sagün, Birbiçer y Yapici, 2013).

En un estudio realizado en el Hospital General de Mumbai, India, un total de 600 pacientes programados para varias cirugías durante el año 2002 fueron entrevistados en base a un cuestionario en el momento de la visita preoperatoria. Se formularon varias preguntas para evaluar el conocimiento de los pacientes sobre el papel del anestesista, se indagó acerca de varios tipos de anestesia, las preocupaciones, la percepción del paciente. Se estudiaron los cambios postoperatorios con respecto a variables como la edad, el sexo, el nivel educativo y la exposición anterior a la anestesia. Los resultados del estudio muestran una mala percepción general con solo 42% de los pacientes que saben que el anestesista es el que da anestesia y 38% pacientes sabiendo que es médico. La conciencia del paciente sobre los tipos de anestesia y el tipo que iba a recibir también fue pobre (Jathar, Shinde, Patel y Naik, 2002).

Así mismo en el Hospital Escuela de la ciudad de Rochester, Minnesota, se encuestaron a 502 pacientes, en la clínica preoperatoria, indagando en su conocimiento acerca de las descripciones de los puestos y las funciones de los anestesiólogos. La encuesta también incluyó preguntas sobre la información que los pacientes desean antes de la anestesia y la cirugía. Cuatrocientos dieciséis de los 486 (86%) encuestados sabían que un anestesiólogo era un médico especializado en anestesia. Sin embargo, las funciones de los anestesiólogos en todo el sistema hospitalario no eran bien conocidas. Noventa y seis de 475 (20%) pacientes sabían que los anestesiólogos pueden trabajar en clínicas de control del dolor, 80 de 470 (17%) pacientes sabían que los anestesiólogos pueden trabajar en unidades de cuidados intensivos, pero solo 59 de 472 (13%) pacientes sabían que los anestesiólogos pueden transfundir sangre durante la cirugía si es necesario. Los pacientes expresaron interés en recibir una amplia gama de información durante la visita preoperatoria. Un folleto educativo fue el método preferido para proporcionar esta información (García *et al.* 2014).

En América del Sur, en la Ciudad de Bogotá, durante el año 2009 se llevó a cabo una investigación, en la Fundación Santa Fe, en 144 pacientes, en quienes se aplicó un cuestionario antes de la consulta pre anestésica, en el cual se indagaba sobre los principales temores y preocupaciones frente a la práctica anestésica, así como sobre los alcances y la preparación de los médicos anestesiólogos. A diferencia de estudios anteriores, se obtuvieron resultados que muestran un reconocimiento claro a los médicos anestesiólogos como médicos especialistas y su importancia equiparable a la del cirujano; igualmente, se evidenciaron los temores prevalentes son, tener náuseas durante el posoperatorio, seguido por el hecho de sentir dolor durante la intervención y el no poder despertar luego de la cirugía. Sigue siendo muy bajo el temor a recordar algún evento intraoperatorio y sólo a 30% a 35% de los pacientes les preocupa el hecho de que se afecte su lógica y pensamiento debido a la anestesia (Cobos y Chaves, 2009).

En Guatemala se realizó un estudio con 112 pacientes sometidos a procedimientos anestésicos en cirugía electiva en el Hospital de Enfermedades y Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante enero a agosto del año 2012, donde se les aplicó un cuestionario de 31 preguntas: 6 de características biológicas, 6 de características sociales, 8 de características psicológicas, 7 de percepción y 4 de expectativas, se encontró que están relacionados con el miedo a la anestesia, el sexo femenino, la edad más joven, los casados o unidos, y por el contrario, no se encontró relación entre el miedo a la anestesia y los que no han tenido antecedentes quirúrgicos o anestesias previas, con nivel de escolaridad y con religión, los que suelen conversar con otras personas cuando se enfrentan a una nueva situación y el que busca información (Mazariegos, 2015).

c. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La anestesia es una de las especialidades médicas más complejas y de mayor crecimiento en los últimos años, pero así también es causa de temor, ansiedad y preocupación en los pacientes sometidos a cirugía y en la población en general (Gobbo *et al.* 2003).

En los primeros años de la aplicación de anestesia, esta no era administrada por médicos especialistas, como actualmente se hace, por lo que la mortalidad era elevada, esto provocó que la percepción acerca de la anestesia y el anestesista no fuera positiva. En diferentes estudios se ha revelado que la población no tiene suficiente conocimiento acerca del tipo de anestesia que recibe, ni de la formación profesional del anestesista, lo que provoca que la relación médico paciente sea deficiente, y confusa.

Es importante que la población guatemalteca, esclarezca el tabú acerca de la anestesia, para mejorar la satisfacción del paciente y mejorar el reconocimiento del anesthesiologo como médico especialista, por lo que surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es el conocimiento y los temores que poseen los pacientes programados a cirugía, sobre el proceso anestésico y el anesthesiologo en el Hospital Regional de Zacapa?

II. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

a. Delimitación teórica

Estudio tipo descriptivo transversal, en base al conocimiento y temores de los pacientes adultos, programados a cirugía.

b. Delimitación geográfica

Zacapa es un departamento situado en la región Nor-Oriente de la República de Guatemala, limita al norte con los departamentos de Alta Verapaz e Izabal; al Sur con los departamentos de Chiquimula y Jalapa; al Este con el departamento de Izabal y la República de Honduras; y al Oeste con el departamento de El Progreso. Su cabecera departamental es Zacapa, con extensión territorial de 2690 km cuadrados, el idioma predominante es el español (MINECO, 2017).

Según datos de INE (2014) del total de pacientes atendidos en hospitales públicos, el 23.8 % de los pacientes fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos y para el año 2016 en el departamento de Zacapa se atendieron aproximadamente 5,000 cirugías (Informe Nacional de Desarrollo Humano, s.f.).

c. Delimitación institucional

La investigación se realizó en los servicios de Cirugía de hombres y mujeres, Traumatología de hombres y mujeres, Maternidad, Labor y Partos y Ginecoobstetricia, en pacientes adultos programados para procedimientos quirúrgicos, atendidos en Hospital Regional de Zacapa ubicado en 16 avenida zona 3, Zacapa, Guatemala. En donde en el año 2018 se realizaron 4091 procedimientos quirúrgicos en pacientes adultos, distribuidos por servicios de la siguiente forma: Cirugías de Hombres y Mujeres; 1,409, Traumatología de Hombres y mujeres; 736, Maternidad, Labor y Partos; 1,101, Ginecoobstetricia; 845,

d. Delimitación temporal

La investigación se realizó durante los meses de febrero del año 2019 hasta abril del año 2020.

III. OBJETIVOS

1. Objetivo general

Determinar el conocimiento y los temores actuales de los pacientes adultos programados a cirugía, sobre el proceso anestésico y el anestesiólogo, en Hospital Regional de Zacapa, durante el período Febrero a Abril del 2019 y 2020.

2. Objetivos específicos

1. Identificar los conocimientos del paciente programado con o sin antecedente quirúrgico, acerca del proceso anestésico y el anestesiólogo.
2. Establecer el grado educativo de la población en estudio.
3. Establecer la procedencia rural o urbana, de los pacientes que presentan temor al proceso anestésico y el anestesiólogo.
4. Determinar los principales temores del paciente acerca del proceso anestésico y el anestesiólogo.

IV. JUSTIFICACIÓN

Es común que los pacientes recuerden a su cirujano, pero no así su anestesiólogo, ni la importancia que tiene en su cuidado pre, peri y post operatorio.

Entre el gremio médico es claro el rol del anestesiólogo y la función de la anestesia, sin embargo, no es así en la población. Interfiriendo en una adecuada relación médico paciente entre ambos grupos, también entorpece el reconocimiento del anestesiólogo como médico especialista y las diferentes funciones, que desempeña en beneficio del paciente.

En diferentes países del mundo se ha estudiado, el conocimiento y la percepción que tiene el paciente acerca de la anestesia y el anestesiólogo, revelando que aún existe falta de información acerca del tema y que, a pesar del desarrollo de la medicina como ciencia, todavía prevalecen mitos y temores.

En el país de Guatemala se han estudiado los factores que influyen en la percepción del paciente acerca del proceso anestésico y el anestesiólogo, sin embargo no existe un estudio que determine el conocimiento del paciente acerca de la anestesia y el anestesiólogo, teniendo en cuenta que en la región de Oriente, la escolaridad y la cultura es diferente, por lo que se considera importante realizar un estudio descriptivo transversal que determine el conocimiento y los temores que posee la población acerca del proceso anestésico y el anestesiólogo, con el fin de conocer a los pacientes de la región, así brindarles información según sus necesidades, para mejorar la relación entre el anestesiólogo y el paciente mismo.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

5.1. HISTORIA GENERAL DE LA ANESTESIA

a. DEFINICIÓN

Anestesia significa; sin sensación, ya que inicialmente la anestesia buscaba, eliminar las sensaciones dolorosas del paciente.

Con el tiempo se logró comprender, que el dolor era una faceta de la agresión quirúrgica en la que se produce una respuesta pluriorgánica, neuroendocrina.

La especialidad surge de la necesidad de proteger al paciente de la agresión quirúrgica. Desde las primeras experiencias con éter, la especialidad ha ido evolucionando para hacer frente a los nuevos procedimientos quirúrgicos, cada vez más agresivos, haciéndose cargo del tratamiento preoperatorio, perioperatorio y postoperatorio (Aspíroz, Vaquerizo y Mateo, 2004).

A través del tiempo el hombre se ha inquietado y preocupado por mitigar o al menos controlar el dolor físico. En ocasiones con buenos resultados, en otras con menos suerte. Realmente la historia de la anestesia como verdadera ciencia en el sentido estricto de la palabra, se inició con los adelantos de la química, especialmente con el descubrimiento de algunos gases en estado puro. A pesar de que el conocimiento y empleo de algunos métodos empíricos para tratar al dolor, producir inconsciencia se llevaban a cabo en diversas épocas y culturas de la humanidad, la Anestesiología es una de las especialidades médicas que ha tenido una evolución realmente importante en los últimos dos siglos (Martina, 2000).

La anestesia moderna no se descubrió hasta 1846, por lo que el control del dolor quirúrgico fue deficiente y la capacidad para realizar una operación fue limitada debido a la incapacidad del paciente para tolerar el dolor y quedarse quieto (Liondas, 2009). Los primeros métodos utilizados para proporcionar anestesia fueron el uso de los fármacos:

- Opio (amapola)
- Mandrágora (hioscina)
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína (Moreno, Guzmán, 2012).

Los trabajos de Horace Wells marcaron un precedente en la práctica de la anestesiología como una especialidad médica, donde el objetivo primordial era la desaparición del dolor y generar inconsciencia durante eventos quirúrgicos, puesto que la primera demostración pública exitosa de la administración de anestesia es por William Thomas Green Morton el 16 de octubre 1846, la cual se llevó a cabo con toda tranquilidad, por lo que las noticias llegaron rápidamente a Europa, América Latina y al resto del mundo; el éter sulfúrico fue ensayado como anestésico en la mayor parte de las clínicas quirúrgicas más notables en todas las ciudades (Muñoz, 2007).

También se usaron otros métodos para controlar el dolor, tales como:

- La aplicación de frío (embalar una extremidad en hielo)
- Presión sobre los nervios.
- Presión sobre la arteria carótida.
- Hipnotismo y otros métodos psicológicos como el trance.
- Conmoción cerebral
- Sangrado- Hemorragia (que probablemente funcionó a través de la reducción de la conciencia) (Liondas, 2009).

Inicialmente la práctica de anestesia general, se basaba por la administración vía pulmonar de los diferentes anestésicos inhalados, ésta fue la única y mejor manera de producir inconsciencia e insensibilidad, por tal razón este tipo de práctica se estandarizó para el anestesiólogo, como una técnica convencional (Muñoz, 2007).

CUADRO 1. Orden cronológico de la historia de la anestesia

500 ac: Analgesia del opio descrita por Hipócrates.

1544: Se sintetiza el éter.

1596: Se describe el veneno sudamericano en flechas

1628: Harvey describe la circulación.

1665: Primera inyección IV de opio en un perro.

1772: N₂O descubierto

1796: Moore comprime los nervios para producir anestesia local.

1848: Primera muerte anestésica. Hannah Greener, de 15 años, murió tras administración de cloroformo (le habían extirpado una uña)

1853: Invención de la jeringa y aguja hipodérmica.

1860: Cocaína aislada

98: August Bier introdujo la "anestesia espinal".

1917: La máquina anestésica de Boyle, una máquina de N₂O y O₂, se describió por primera vez.

1920: Magill y Rowbotham desarrollaron anestesia endotraqueal

1939-42: Se desarrolló un medidor de oxígeno en el oído y se acuñó el término oxímetro.

1945: La Sociedad Americana de Anestesiistas (ASA) se forma.

1942: Se introducen relajantes musculares.

1951: Se sintetiza el halotano.

1973: Prototipo de oxímetro de pulso utilizado clínicamente.

1984: Se introduce propofol en aceite de soja.

1987: Primer uso clínico de desflurano.

Fuente: (Moreno, 2012)

CAPÍTULO II

CONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE ANESTESIOLOGÍA Y SOBRE SU ANESTESIÓLOGO

a. El conocimiento

Es el proceso mediante el cual la realidad es reflejada y reproducida en el pensamiento humano. Es producto de distintos tipos de experiencias, razonamientos y aprendizajes. Se trata de un concepto complejo, del que se han ocupado numerosas tradiciones de pensamiento a lo largo de la historia (Uriarte, 2009).

Se sabe tradicionalmente que el conocimiento pertenece únicamente al ser humano. Depende de la razón que nos distingue de los animales, que es una forma compleja de adquirir conocimiento del entorno (Beuchot, 2009).

El hecho de que los pacientes se enteren sobre que es la anestesiología y que hacen los anestesiólogos se considera un factor importante para disminuir el estrés pre anestésico, a la vez que favorece la empatía entre el paciente y el anestesiólogo. Las personas tienen lo que pareciera ser un temor nato por la anestesia, y su mayor pavor es la muerte por anestesia. Esta actitud negativa la justifican mediante historias anecdóticas de casos desafortunados que han tenido evoluciones tórpidas, o fatales (Peñalva, Argueta y Perla, 2013).

Es importante establecer una sólida relación anestesiólogo paciente, no solo con la idea de saber más de cada caso, sino con la meta pre establecida de disminuir la posibilidad de una demanda. Cuando los enfermos y sus familiares conocen más sobre la anestesiología y sobre lo que hacen como anestesiólogos, podrán aquilatar su trabajo. Ellos deben de saber que su vida estará en sus manos, y por tan singular motivo deben de confiar en sus habilidades y conocimientos. Los estudios disponibles en la literatura internacional realizados en diversas regiones alrededor del mundo, muestran que con excepción de algunos países, las personas no tienen una idea correcta de que es la

anestesia y que hacen los anestesiólogos, y que existe poca disponibilidad de la opinión pública y de los pacientes por mejorar este conocimiento (Whizar, 2009).

Los métodos elaborados de información para pacientes sobre la anestesia y los anestesiólogos como son los videos, papelería, periódicos, días nacionales, radio, televisión, además de ser costosos, no han demostrado ser efectivos. Debido a la información tan variada que tienen los pacientes sobre la anestesia, Lee y Gin., en el año 2005 sugirieron tomar en cuenta la opinión de los pacientes sobre el tipo de información que a ellos les gustaría recibir y hacer encuestas sobre niveles de satisfacción por los servicios recibidos. Es recomendable tener información multimodal disponible al momento de la evaluación pre anestésica. (Lee y Gin, 2005).

b. El anestesiólogo

Es el fisiólogo de sala de operaciones, porque su principal labor es mantener o retornar al paciente a un estado de homeostasis o de funcionamiento óptimo, durante y después del trauma quirúrgico (Muñoz, 2008).

El anestesiólogo tiene las siguientes funciones por fuera del quirófano (Cobos y Chaves, 2008):

- Valora y optimiza pre-quirúrgicamente a los pacientes con enfermedades agregadas, con el objetivo de disminuir morbilidad y mortalidad perioperatoria
- Participa activamente en el alivio del dolor agudo y crónico
- Maneja pacientes críticos en las unidades de cuidado intensivo, especialmente posquirúrgicos (Muñoz, 2008).

Además, la especialidad tiene segundas especializaciones en: anestesia cardiovascular, neurocirugía, pediatría, obstetricia, dolor y cuidados intensivos

c. La evaluación pre anestésica

Permite conocer los antecedentes del paciente, identificar factores de riesgo modificables y desarrollar un plan anestésico en relación a los hallazgos para disminuir la morbilidad y mortalidad perioperatoria; educar, mejorar la satisfacción y reducir la ansiedad del paciente; evitar retrasos o suspensiones innecesarias; coordinar interconsultas si el paciente lo requiere; y realizar un proceso de consentimiento informado con la firma del mismo. Es responsabilidad del anestesiólogo y considera información de múltiples fuentes: historia clínica, entrevista, registros, examen físico y exámenes. La consulta puede tener un efecto tranquilizador, sobre todo si es la primera anestesia en la vida del paciente. Si la personalidad y el nivel sociocultural lo permiten, el anestesiólogo debe establecer con él una relación de confianza, darle un papel activo y hacerle participar en las decisiones terapéuticas. (Kunze, 2017).

CAPÍTULO III

TEMOR DEL PACIENTE SOBRE ANESTESIA

a. El temor

Es una reacción psíquica que afecta nuestro organismo, inhibiéndolo o provocando reacciones anómalas e inesperadas, que tiene por base la perturbación anímica, que desencadena la emoción estética del miedo, sufrida por un sujeto. El temor es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente o futuro (Barrera, 2010).

Los temores que enfrentan los seres humanos no son los mismos en todos los lugares estos se expresan de acuerdo con las amenazas que experimentan a lo largo de su vida (Ortiz, 2015).

Sin embargo, a pesar de las reacciones que provoca el miedo es necesario como un a voz de alarma ante los peligros existentes, de forma tal, que contribuye a la supervivencia de las especies.

Advertido el organismo reacciona con comportamientos sintomáticos y modificaciones

endocrinas que pueden variar mucho según las personas y las circunstancias: aceleración o reducción de los latidos del corazón, respiración demasiado rápida o lenta, contracción o dilatación de los vasos sanguíneos, híper o hiposecreción de las glándulas; inmovilización o exteriorización violenta; y, al límite, inhibición o al contrario, movimientos violentos incontrolables (Ortiz, 2015).

a.1 Miedo disfuncional: Es la emoción que se produce sin que la integridad personal o la vida esté en peligro, pero con una magnitud desproporcionada, si lo está; cuando se está ante la posibilidad de perder, o se ha perdido, a la persona con cuya compañía se calmaba un miedo disfuncional (Moscone, 2012).

b. Pánico: Sinónimo del Miedo disfuncional, que, como suele utilizarse cuando esa emoción es grupal, resulta adecuado para designar al miedo como 'hecho social' (Moscone, 2012).

El miedo normal se ha distinguido del patológico con base en determinados criterios como; el tiempo de duración e interferencia con el funcionamiento cotidiano, entre otros (Gordillo, Mestas, Arana y Salvador, 2015).

El modelo de Taylor (1998) identificó cuatro subtipos de miedo basándose en estudios de análisis factoriales: social, animales, sangre/lesiones/enfermedad y miedos situacionales (Arrindell *et al.* 1991).

En cuanto a su evaluación se encuentran dos escalas importantes; Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (Fear of Negative Evaluation Scale, FNES) y Escala de Ansiedad y Evitación Social (Social Avoidance and Distress Scale, SADS), ambas escalas fueron diseñadas por Watson y Friend en 1969, la FNES es una escala que se concentra en el cómo las personas se ven afectadas por la evaluación negativa que los individuos a su alrededor hacen sobre ellos. Se hicieron dos versiones de esta, la primera, elaborada por los autores ya mencionados, consta de 30 ítems los cuales tienen solo dos opciones de respuesta, verdadero o falso; la segunda creada por Leary en 1983, es una versión corta, que solo consta de 12 reactivos, estos se contestan en una escala de tipo Likert de cinco puntos (1 = en absoluto es característico en mí, 5 = extremadamente característico en mí) (Inglés *et al.* 2003).

Mientras la FNES se enfoca más en los aspectos cognitivos del individuo, la SADS hace énfasis en como ciertas situaciones de interacción social producen conductas de evitación y ansiedad en una persona. La escala se compone de 28 reactivos, los cuales se dividen en dos partes, 14 ítems se enfocan en la respuesta conductual de evitación y la otra mitad en el malestar que produce a cada individuo, la ansiedad. Cada ítem se responde con verdadero o falso. Ambas escalas fueron creadas al mismo tiempo y son complementarias debido a la medición de elementos centrales en la ansiedad social (García y Vera, 2003).

Además, se han creado otros instrumentos de evaluación relacionados al temor (Zubeidat, 2005):

- Inventario de ansiedad y fobia social (Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI).
- Escala de Fobia Social (Social Phobia Scale, SPS) y Escala de Ansiedad en Interacción Social (Social Interaction Anxiety Scale, SIAS).
- Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (Social Anxiety Scale for Adolescents, SAS-A).
- Escala de Ansiedad de Interacción (Interaction Anxiousness Scale, IAS) y Escala de Ansiedad ante el público (Audience Anxiousness Scale, AAS).

c. El temor; anestesia y el acto quirúrgico

Los temores relacionados con la anestesia han afectado a un número considerable de pacientes que se someten a cirugía.

El miedo y la ansiedad son sensaciones inherentes al ser humano, las que se expresan en general cuando el paciente será sometido a una cirugía (De la Paz, Prego, Barzaga y 2006).

La importancia de la interpretación del miedo y la ansiedad radica no sólo por su incidencia en el estudio del control de calidad anestésica, sino además y básicamente en que las manifestaciones somáticas del miedo pueden producir efectos de relevancia en la experiencia anestésico-quirúrgica del paciente y en la práctica médica, observándose desórdenes intestinales, perturbaciones del sueño, palpitaciones, tensión muscular, entre otras (De la Paz, Prego y Barzaga, 2006).

El temor o la angustia son sin duda, aun cuando no se pueden explicar, un inconveniente para el médico y el paciente. Este es el fenómeno que desencadena el acto anestésico-quirúrgico, una situación riesgosa, sin posibilidad de reacción ante la misma. La anestesia general suprime el control del Yo, sus funciones quedarán abolidas, es ahí donde irrumpe el miedo y la ansiedad con anticipación, y a la vez como un efecto de su propia ineficacia de defensa (Badner *et al.* 1990).

La idea de someterse a la anestesia general asusta a muchas personas en todo el mundo (González, Fernández y Jiménez, 2011), para algunos, la idea de someterse a anestesia general golpea el terror en sus corazones más que la idea de la experiencia quirúrgica real. Algunos pacientes pueden incluso elegir cancelar sus operaciones solo por el temor que tienen de someterse a la anestesia general. Es normal que uno se sienta ansioso cuando piensa que no puede controlar su propio cuerpo. El miedo a la anestesia es un parámetro importante que refleja la calidad de la salud en el hospital. La ansiedad y el miedo a la anestesia en los pacientes sometidos a cirugía interfieren con el cumplimiento del paciente en el período postoperatorio (Mavridou *et al.* 2013).

Según la revista Saudi Journal of Anesthesia en un estudio realizado en el 2016, las tres causas principales de los temores de los pacientes quirúrgicos fueron el miedo al dolor postoperatorio (77,3%), el miedo a la conciencia intraoperatoria (73,7%) y el miedo a tener sueño después de la operación (69,5). Las mujeres tienen 5 veces más probabilidades de experimentar miedo antes de la cirugía. Los pacientes mayores de 40 años también tienen un 75% más de riesgo de tener miedo. La mayoría de los pacientes que se sometieron a una cirugía experimentaron temor a la anestesia. La mayoría de las mujeres, especialmente las mayores de 40 años, tenían un mayor riesgo de tener miedo. El miedo puede provocar ansiedad que, a su vez, podría afectar la cirugía del paciente (Ruhaiem *et al.* 2016).

La conciencia de los proveedores de anestesia sobre los temores que informan los pacientes puede permitir un enfoque más personalizado para proporcionar información que pueda aliviar mejor la ansiedad (Burkle *et al.* 2014).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal

b. Área de estudio

Servicios de Cirugía de hombres y mujeres, Traumatología de hombres y mujeres, Maternidad, Labor y Partos y Ginecoobstetricia,

c. Universo

El universo fue conformado por pacientes programados a cirugía en los servicios de Cirugía de hombres y mujeres, Traumatología de hombres y mujeres, Maternidad, Labor y Partos y Ginecoobstetricia en el Hospital Regional de Zacapa.

Se determinó la muestra aleatoria simple con un 95% de confiabilidad tomando pacientes del año 2018 sometidos a cirugía electiva, con un universo de 3041 pacientes, utilizando la siguiente fórmula (Base de datos del departamento de estadística del Hospital Regional de Zacapa)

|

$$n = \frac{z^2 (p \cdot q)}{e^2 \left(\frac{z^2 (p \cdot q)}{N} \right) + 1}$$

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza deseado

P= Proporción de la población con la característica deseada

q= Proporción de la población sin la característica deseada

e= Nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población

Con los siguientes valores (z: 1.96, p: 0.5, q: 0.5, e: 0.05).

Obteniendo un total de 350 pacientes, que fueron la muestra del estudio.

d. Sujeto y objeto de estudio

350 pacientes programados a cirugía en los servicios de Cirugía de hombres y mujeres, Traumatología de hombres y mujeres, Maternidad, Labor y Partos y Ginecoobstetricia en el Hospital Regional de Zacapa.

e. Criterios de inclusión

- Pacientes adultos programados a cirugía, en los servicios de Cirugía de hombres y mujeres, Traumatología de hombres y mujeres, Maternidad, Labor y Partos y Ginecoobstetricia en el Hospital Regional de Zacapa

f. Criterios de exclusión

- Pacientes que estaban programados a cirugía, que no estuvieran ingresados en los servicios de Cirugía de hombres y mujeres, Traumatología de hombres y mujeres, Maternidad, Labor y Partos y Ginecoobstetricia en el Hospital Regional de Zacapa.
- Pacientes pediátricos que fueron programados a cirugía en Hospital Regional de Zacapa.
- Pacientes que fueron sometidos a cirugías de Emergencia, en Hospital Regional de Zacapa.

g. Variables estudiadas

Conocimientos del paciente quirúrgico, sobre anestesia y el anesthesiólogo

Temores del paciente quirúrgico, sobre anestesia y el anesthesiólogo

h. Operacionalización de variables

CUADRO 2. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Conocimientos del paciente quirúrgico, sobre anestesia y el anesthesiólogo	Facultad de los pacientes para comprender por medio de la razón la finalidad de la anestesia, los métodos empleados, las complicaciones, y la función del anesthesiólogo.	Tipos de anestesia Efectos secundarios de anestesia Funciones del anesthesiólogo	Cualitativa	Nominal
Temores del paciente quirúrgico, sobre anestesia y el anesthesiólogo	Miedo que se siente al considerar que algo perjudicial o negativo ocurra mediante el empleo de la anestesia, y sobre el médico anesthesiólogo en relación a su función como personal de salud a	Si No	Cualitativa	Nominal

	cargo de la administración de la misma.			
--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

i. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Se obtuvieron los datos en una boleta que fue elaborada por investigadora en conjunto con el Dr. Anestesiólogo, la cual fue estructurada de la siguiente manera: la boleta cuenta con los siguientes datos del paciente; servicio en cual se encontraban ingresados, procedencia rural o urbana, nivel de escolaridad, así mismo con 9 ítems cada uno de los cuales determinó el conocimiento del paciente acerca de anestesia y el anestesiólogo, y finalmente dos ítems en donde se determinó la presencia de temor a la anestesia y así mismo cuales son los 5 más frecuentes.

j. Procedimientos para la recolección de información

1. Aprobado el tema de tesis se solicitó autorización al Comité de Bioética del Hospital Regional de Zacapa, para realizar el trabajo de campo.
2. Se solicitó la aprobación del protocolo por medio de carta extendida al OCTGM.
3. Luego de aprobado el protocolo por parte del Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación de Medicina (OCTGM), se procedió a la realización del trabajo de campo.
4. El trabajo de campo se realizó de forma individual 6 días de la semana en horarios de 8 horas al día, con una estimación promedio de (25 pacientes por día).
5. Se explicó la metodología a los pacientes y se solicitó su participación a través de una hoja de consentimiento.
6. Luego de autorizar su participación se procedió al llenado de la boleta de recolección de datos, en donde se determinó el conocimiento y temores del paciente acerca del proceso anestésico y el anestesiólogo.
7. Se procedió a ingresar la información en una base de datos, en donde se analizó la información para la posterior elaboración de gráficas en Microsoft Excel.

k. Plan de análisis

Para el procesamiento de la información obtenida se procedió de la siguiente manera:

Primero: Se obtuvieron los datos aplicando la boleta de recolección de datos.

Segundo: Se ordenaron las boletas de recolección de datos, según el servicio en el cual estaban ingresados.

Tercero: Se tabuló la información y se realizó el análisis e interpretación, así como la descripción de los resultados presentados en cuadros y gráficos.

l. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

1. Para realizar el estudio se tuvo en consideración la autorización de las autoridades de la Institución correspondiente, así mismo el consentimiento informado de los pacientes evaluados.
2. La información fue manejada confidencialmente, sin revelar datos que comprometan la integridad de la persona sujeta a estudio.

m. Cronograma

ACTIVIDADES	FEBRERO 1,2,3	MARZO 1,4	ABRIL 2	MAYO 1,2,3,4	JUNO 1,2,3,4	JULIO 3,4	AGOSTO 1,2,3,4	SEPTIEMBRE 1,2,3,4	OCTUBRE 1,2,3,4	NOVIEMBRE 1,2,3,4	DICIEMBRE 1,2,3,4	ENERO 1,2,3,4	FEBRERO 1,2,3,4	MARZO 3	ABRIL 3	MAYO 2
Planteamiento del problema																
Solicitud de aprobación del problema																
Aprobación del problema																
Elaboración del protocolo de investigación																
Entrega y solicitud de aprobación del protocolo																
Trabajo de Campo																
Trabajo de Campo																
Elaboración del informe final																
Revisión del Informe Final																
Aprobación del informe final																
Presentación																

Fuente: Elaboración propia

n. Recursos

a. Humanos

Estudiante a cargo de la investigación.

Asesor de tesis

Revisor de tesis

Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación de Medicina (OCTGM).

b. Físicos

b.1 Materiales y suministros

Útiles de oficina

Internet

b.2 Mobiliario y equipo

Equipo de computadora.

Memoria USB

Internet residencial.

Impresora.

Vehículo.

c. Financieros

1 Cartucho de tinta para impresora

Impresiones Q. 500.00

Fotocopias de boleta de recolección de datos Q. 180.00

Fotocopias de Consentimiento Q. 180.00

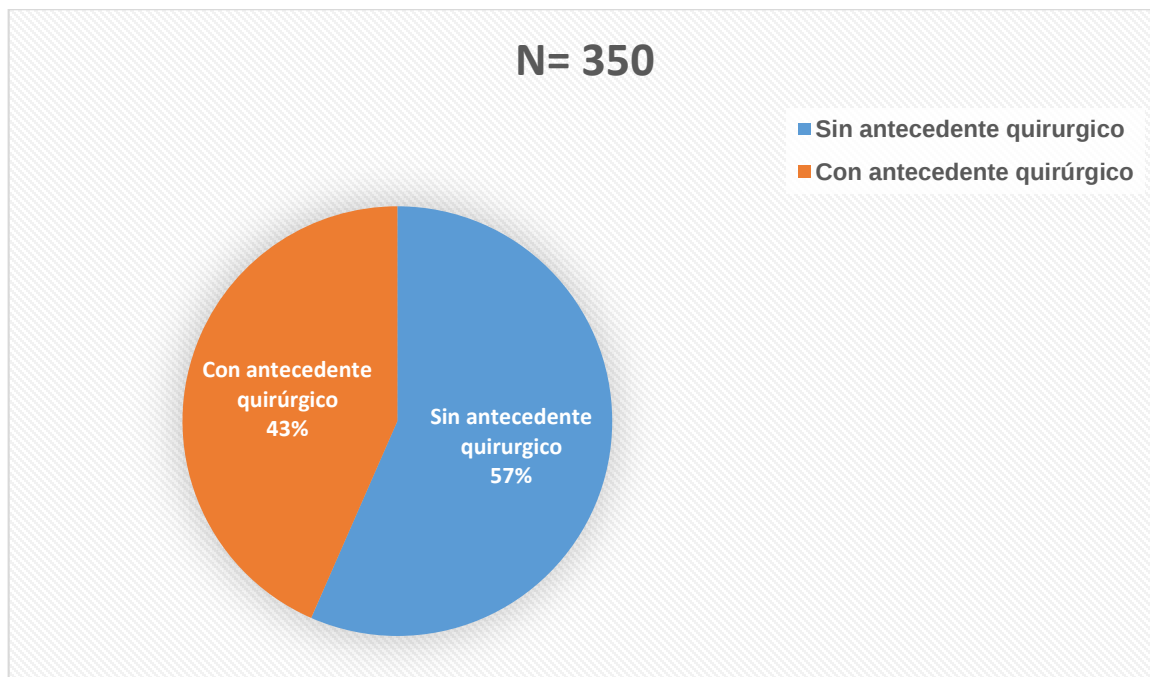
4 Lapiceros color negro Q. 8.00

Combustible Q. 300.00

Viáticos Q. 1,500.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

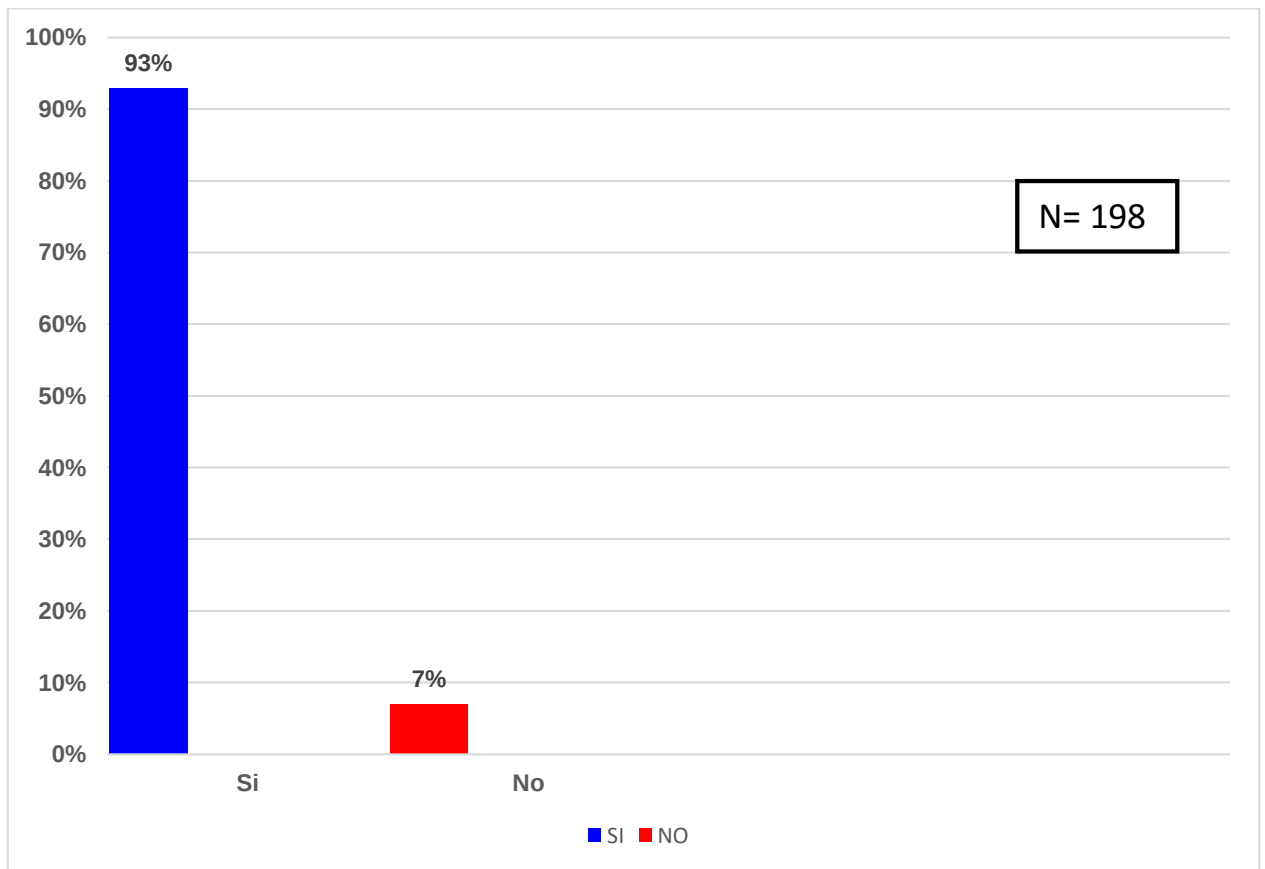
7.1.1 GRÁFICA 1. Distribución de pacientes programados a cirugía con y sin antecedentes quirúrgicos.



Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia

De acuerdo a la gráfica, el 57% (198), no tenían antecedentes quirúrgicos, mientras que el 43% (152), ya habían sido sometidos a una intervención quirúrgica previa.

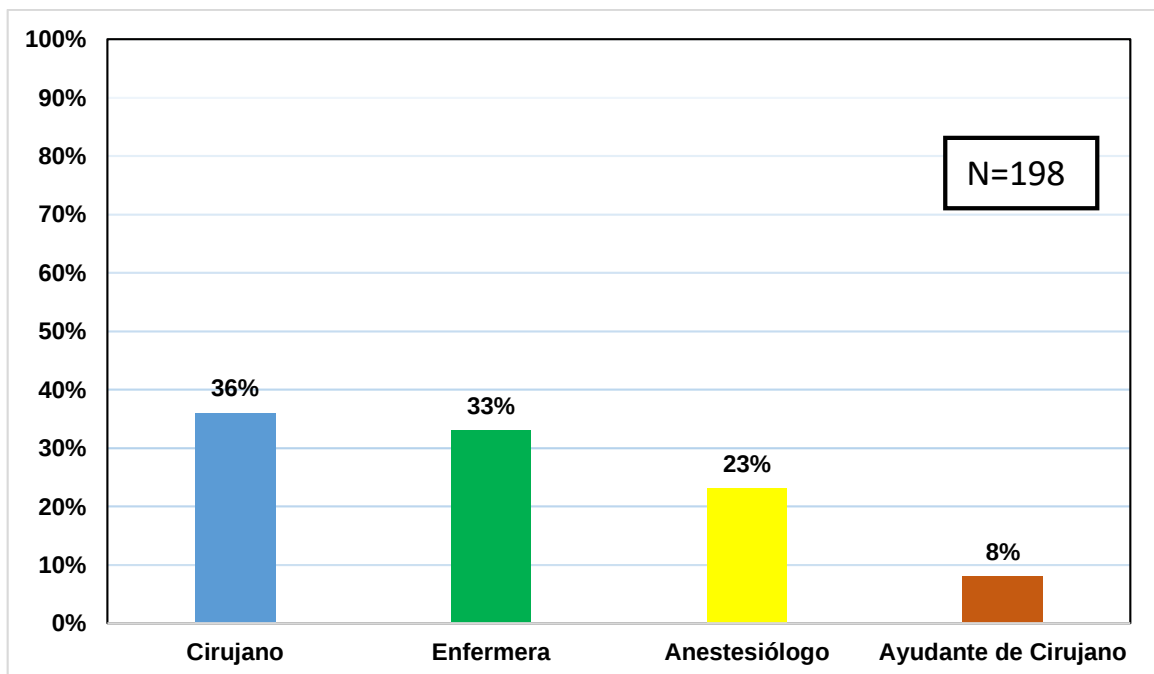
7.1.2 GRÁFICA 2. Administración de anestesia previo a la operación



Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

Del total de pacientes sin antecedentes quirúrgicos, el 93% (185) afirman que es necesario recibir algún tipo de anestesia antes de un procedimiento quirúrgico, mientras que el resto afirman que no es necesario.

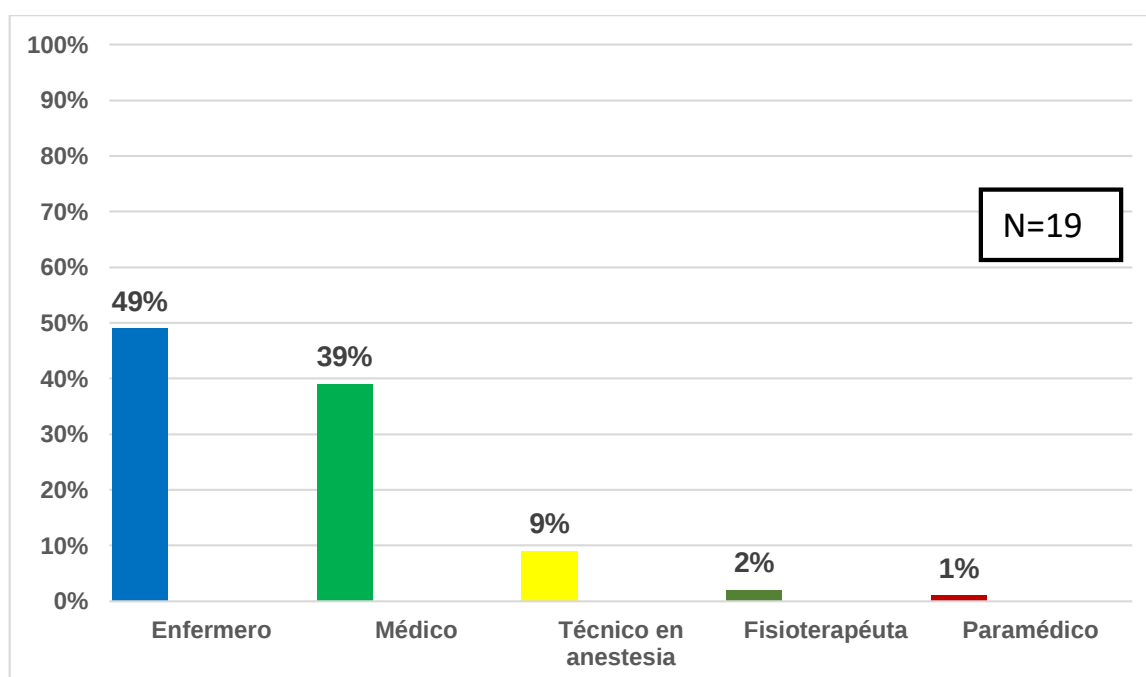
7.1.3 GRÁFICA 3. Personal que se encarga de administrar la anestesia



Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

De los 198 pacientes encuestados, el mayor porcentaje 36%(72), contestaron que el cirujano es el encargado de anestesiarse al paciente antes de una operación, seguido por enfermería 33% (66), en tercer lugar, el anestesiólogo con 23%(45), y el ayudante del cirujano en menor cantidad con 8% (15).

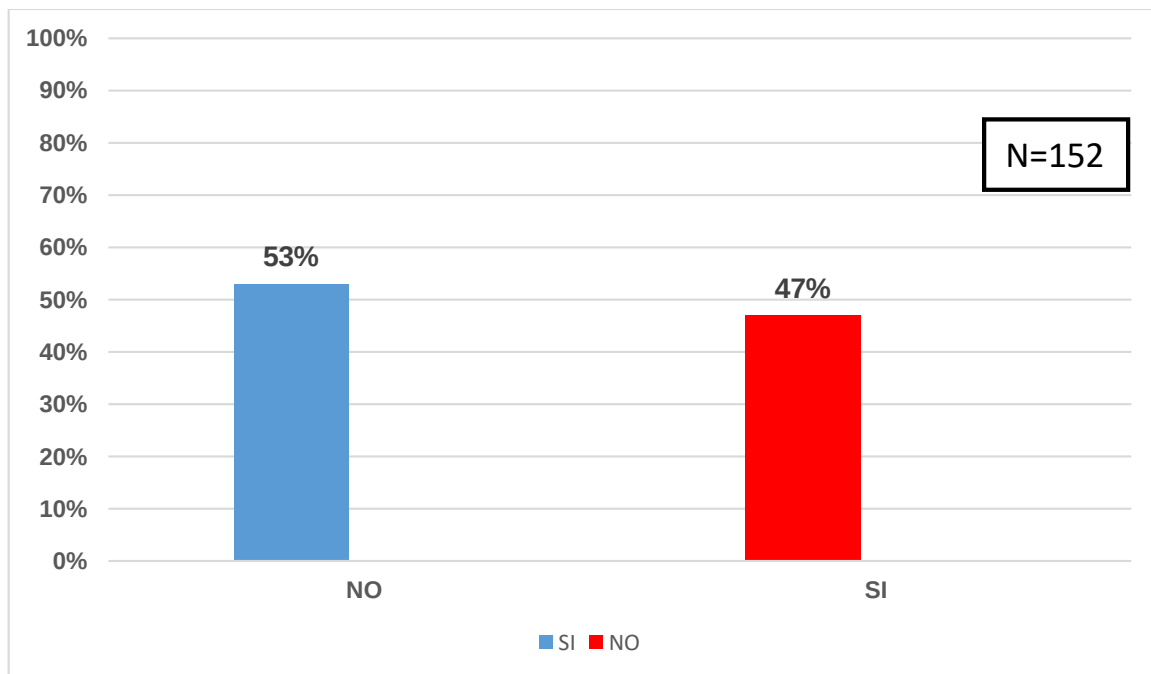
7.1.4 GRÁFICA 4. Profesión del anestesiólogo



Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

La gráfica 4 evidencia que la mayoría de pacientes afirman que el anestesiólogo es un enfermero 49%(98), el 39%(77) un médico, el 9%(18) un técnico en anestesia, en menor porcentaje 2%(3) fisioterapeuta y 1%(2) paramédico.

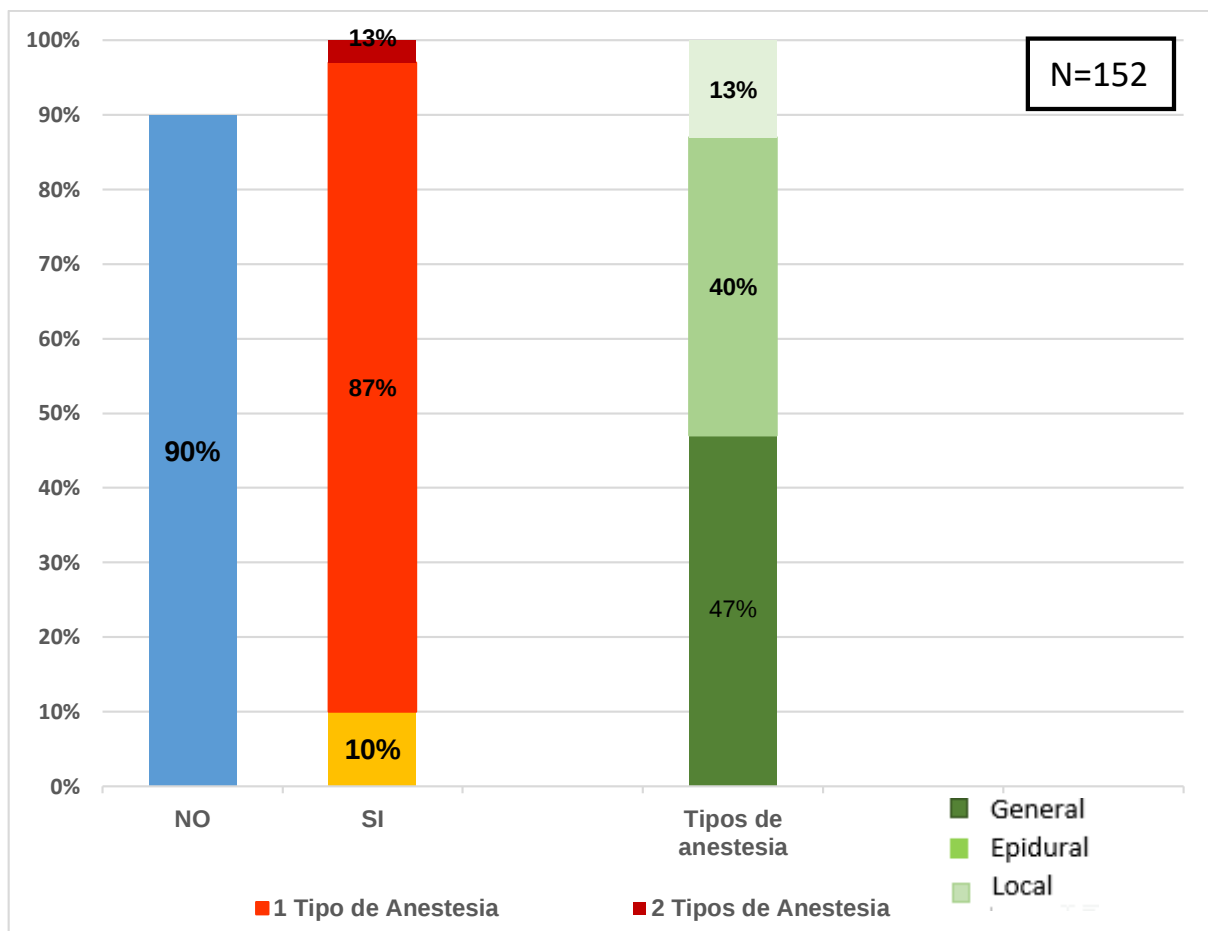
7.2 GRÁFICA 5. Visita del anestesiólogo previo a la operación



Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

Del total del grupo de pacientes con antecedentes quirúrgicos (152), el 53%(81), no fueron visitados por el anestesiólogo previo a la operación, mientras el 47%(71) si fueron visitados.

7.3 GRÁFICA 6. Conocimiento de los tipos de anestesia que existen

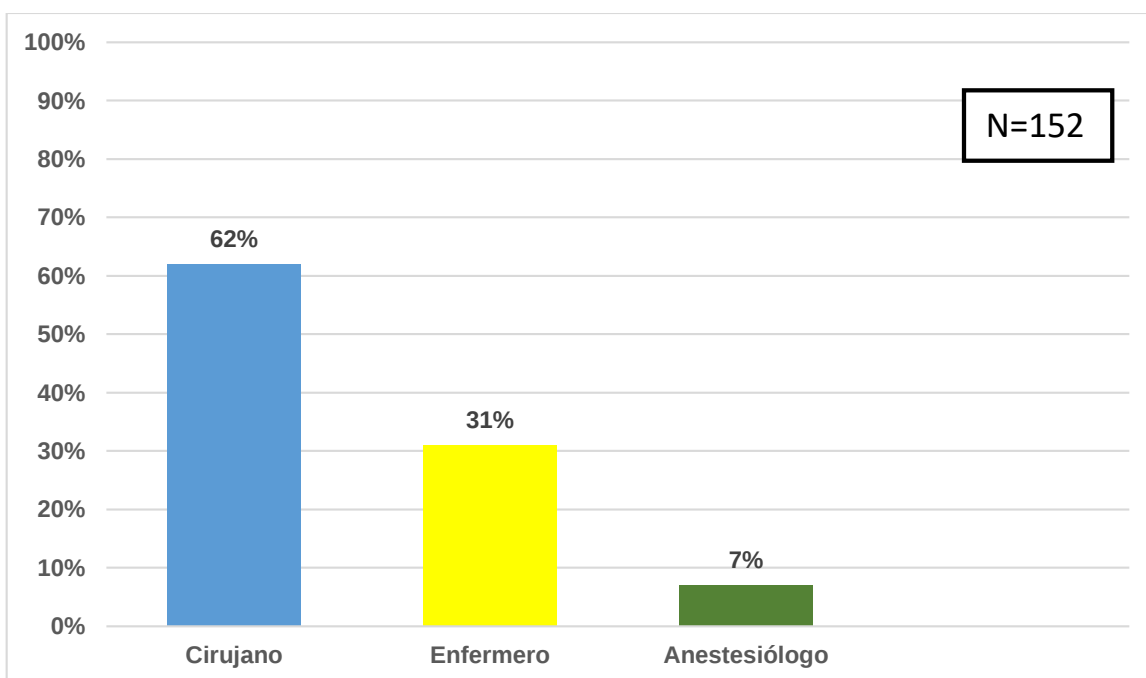


Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

El 90% (137) de pacientes no sabían qué tipos de anestesia existen, el resto que afirmaron conocer algún tipo de anestesia 10% (15); el 87 % (13) conocían 2 tipos de anestesia, mientras que el 13% (2), solamente conocían 1 tipo; los tipos de anestesia

mencionados fueron, 47% (7) anestesia general, 40% (6) anestesia epidural y 13% (2) anestesia local.

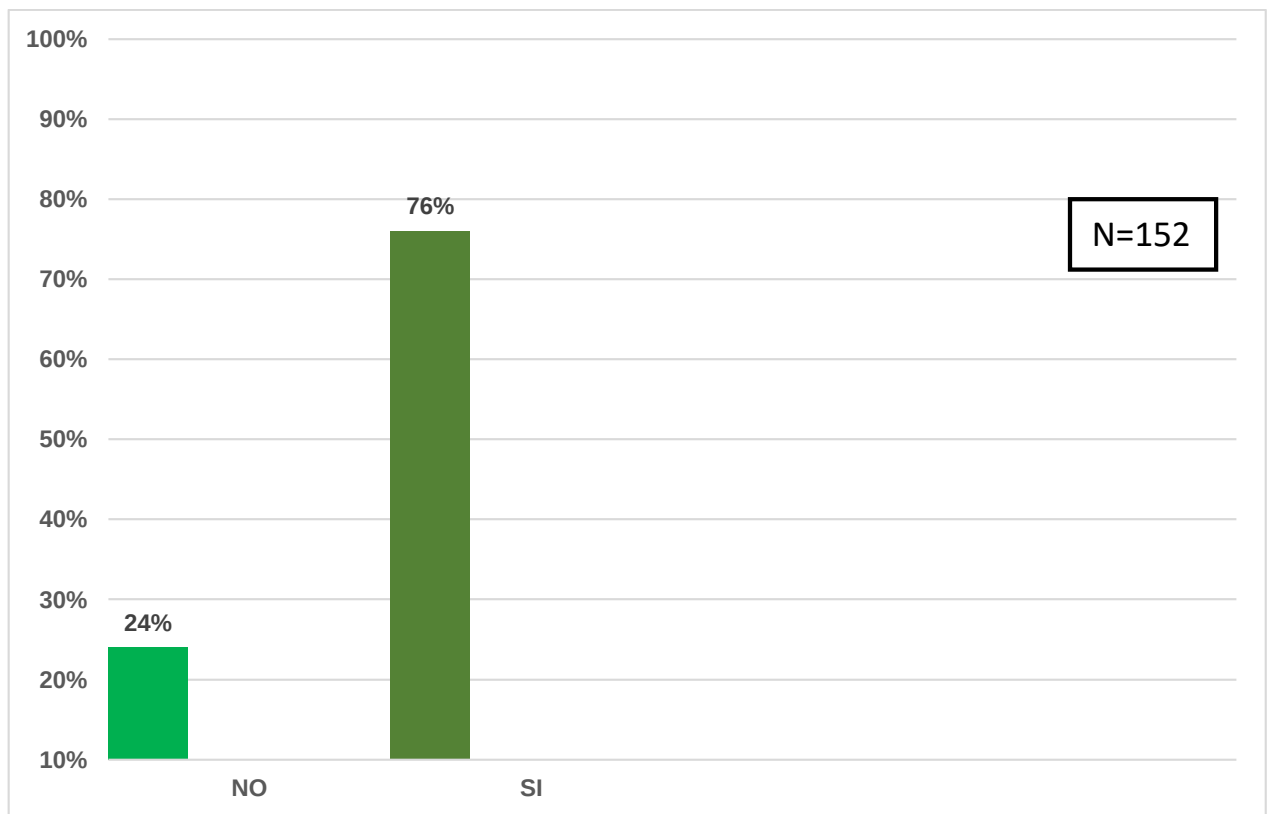
7.4 GRÁFICA 7. Personal que decide si el paciente puede recibir algún tipo de anestesia



Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

En la gráfica el 62% (94) de pacientes indicaron que el cirujano es quien decide si el paciente puede recibir algún tipo de anestesia antes de ser operado, seguido por el personal de enfermería 31%(47) y en último lugar el anestesiólogo con 7%(11).

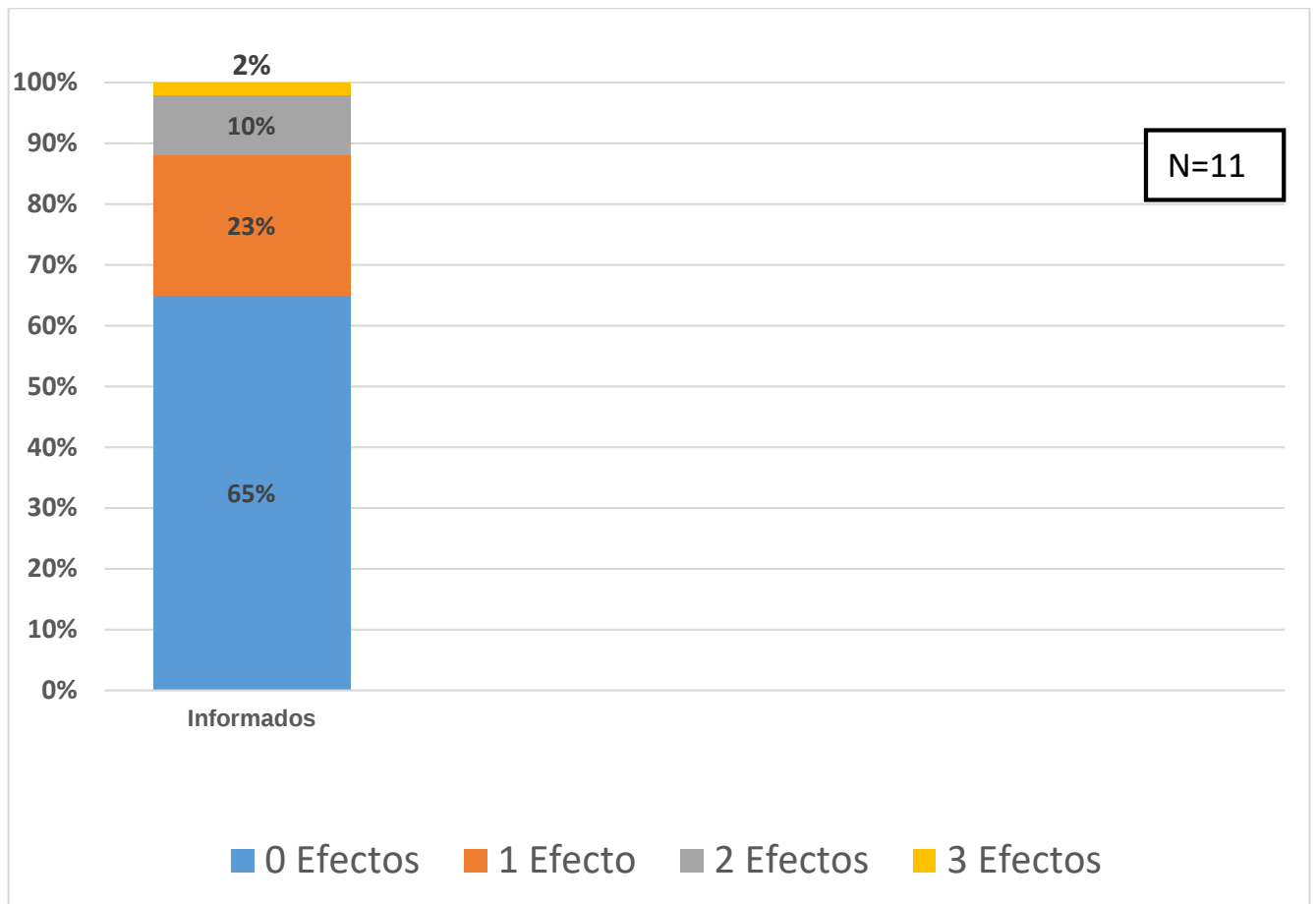
7.5 GRÁFICA 8. Información brindada a los pacientes acerca de los efectos secundarios comunes de la anestesia



Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

El 76%(116) de pacientes fueron informados sobre los efectos secundarios comunes de la anestesia solamente el 24%(36) decían no haber sido informados.

7.6 GRÁFICA 9. Distribución de pacientes con antecedentes quirúrgicos informados, acerca de los efectos secundarios comunes de la anestesia

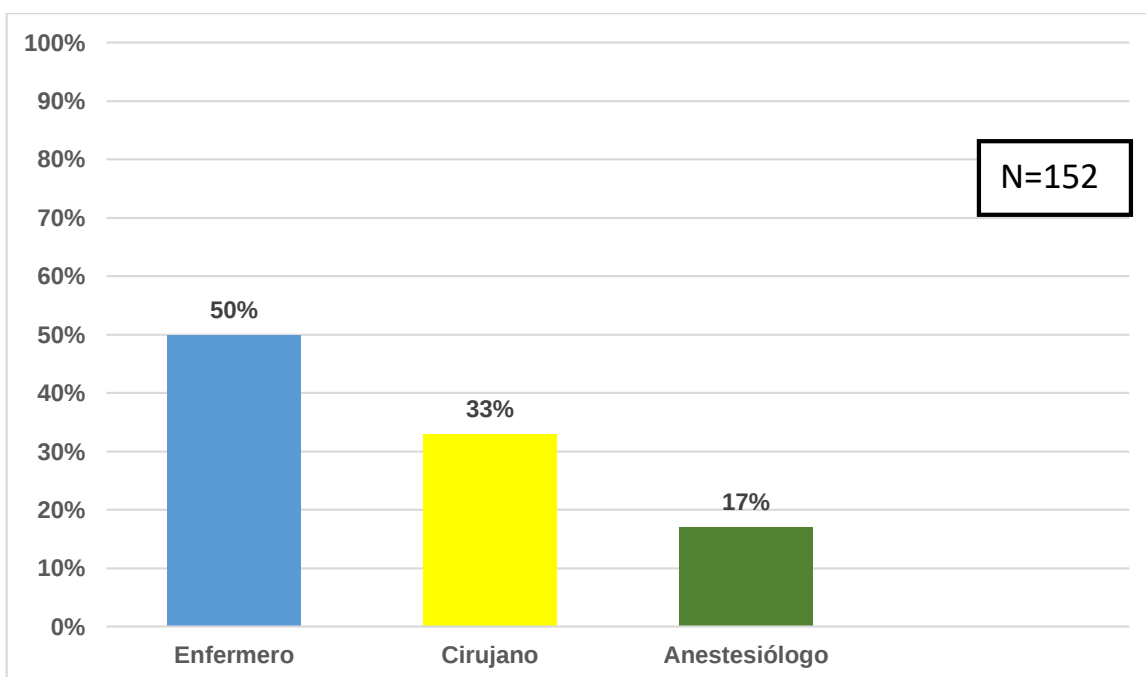


Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

De los pacientes informados acerca de los efectos comunes de la anestesia, la mayoría 65%(7), no conocía ningún efecto común, el 23%(2) conocían un efecto, el 10%(1)

conocían 2 efectos y solamente el 2% conocían al menos 3 efectos secundarios comunes.

7.7 GRÁFICA 10. Personal encargado que el paciente no sienta dolor antes y después de la operación

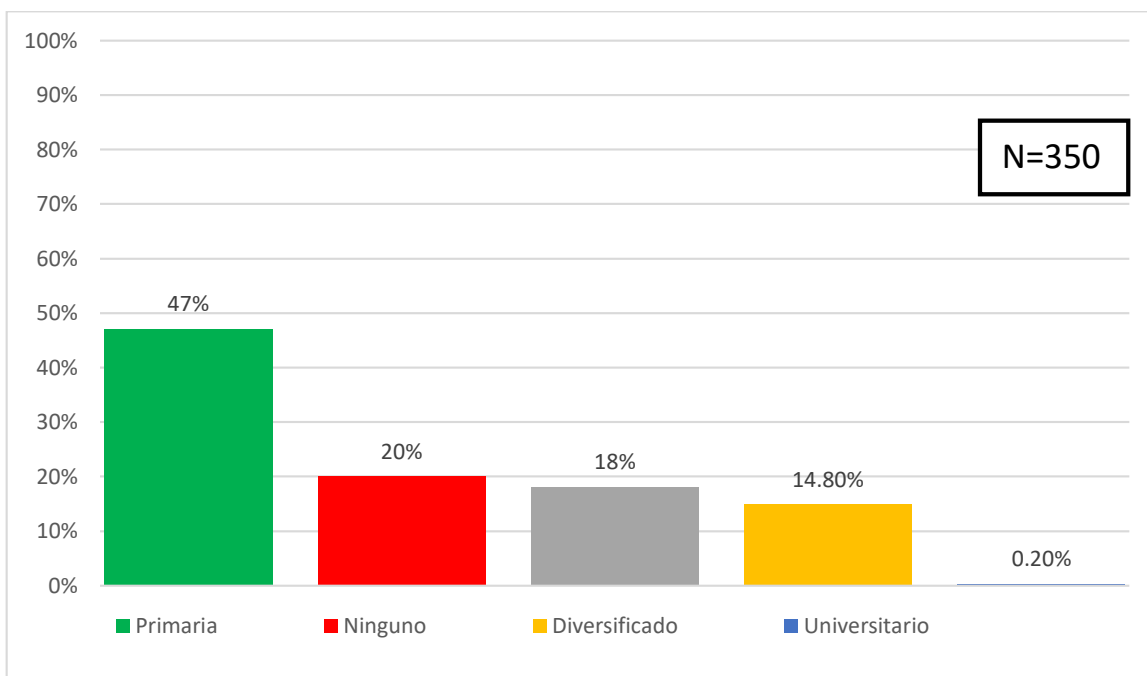


Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

En esta grafica el 50% (76) de pacientes indicaron que el personal de enfermería es quién se encarga que el paciente no sienta dolor antes y después de la operación, seguido del cirujano 33%(50), y 17% (26) el anestesiólogo.

7.8

GRÁFICA 11. Distribución de Pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos, según su grado educativo.

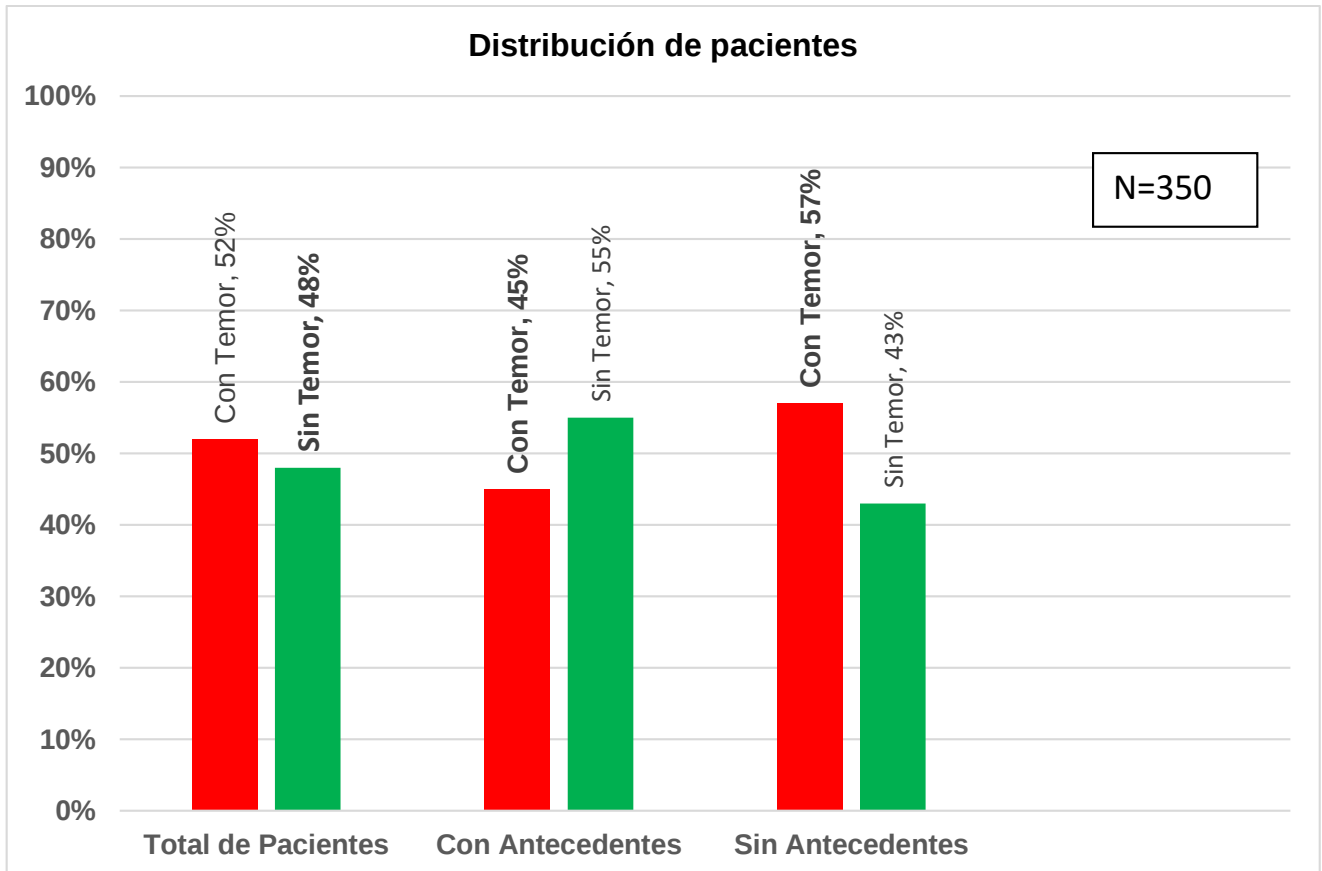


Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

En la gráfica se observa que la escolaridad que predomina es la primaria con 47%(163), mientras que el 20%(70), no tenían ningún grado educativo, seguido por el grado básico, diversificado y universitario respectivamente.

7.9

GRÁFICA 12. Distribución de pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos, que presentan o no temor al proceso anestésico y el anestesiólogo

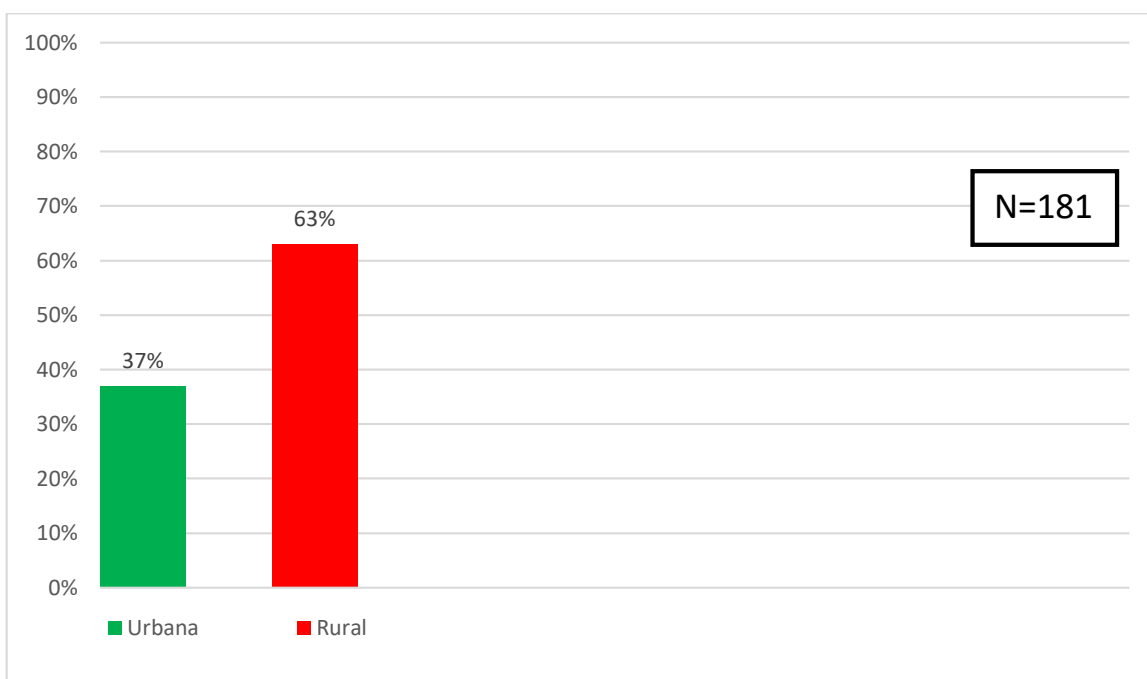


Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

Los pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos, 52%(181) respondieron tener temor a recibir algún tipo de anestesia, 48%(169) respondieron no tener temor, los pacientes sin antecedentes quirúrgicos (198), tenían mayor temor a recibir algún tipo de anestesia 57% (113), al contrario del grupo de pacientes con antecedentes quirúrgicos, solamente el 45%(68), respondieron tener temor.

7.10

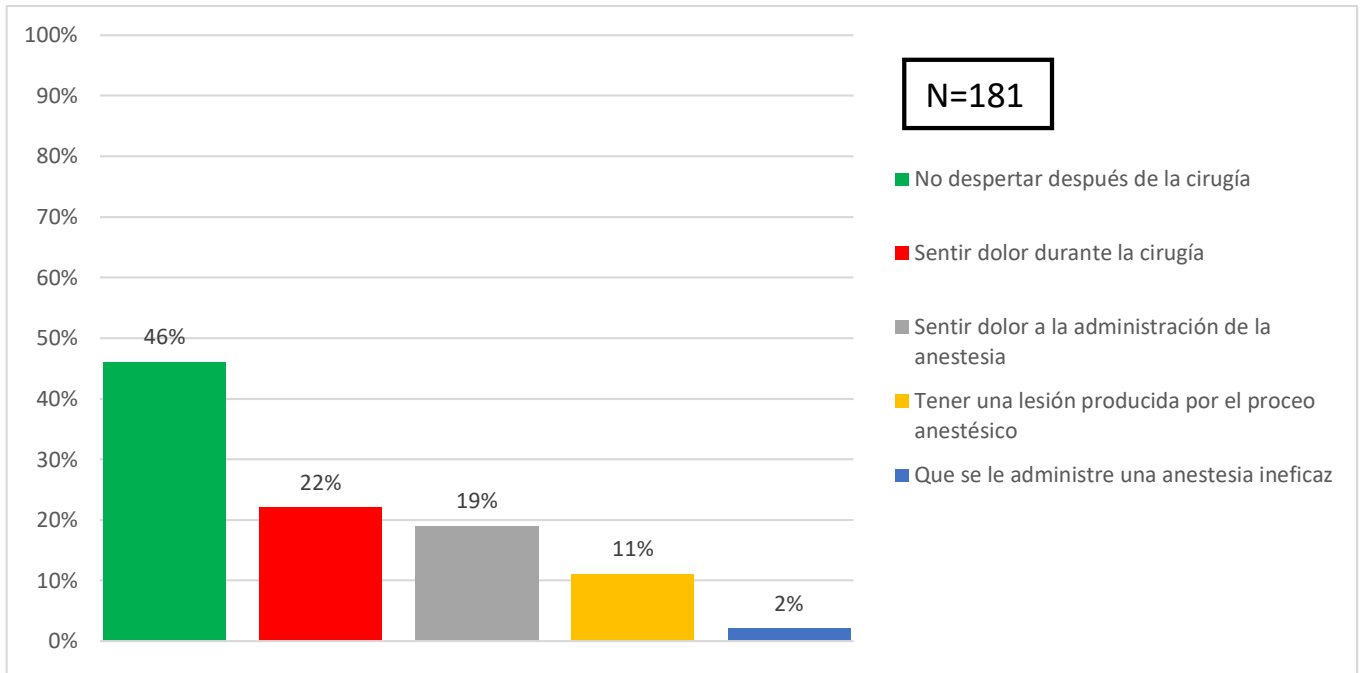
GRÁFICA 13. Distribución de pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos, que presentan temor al proceso anestésico y el anesthesiólogo, según su procedencia.



Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

De los pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos, que presentan temor al proceso anestésico, el predominio de pacientes 63%(114), eran procedentes del área rural, y el 37%(67), procedían del área urbana.

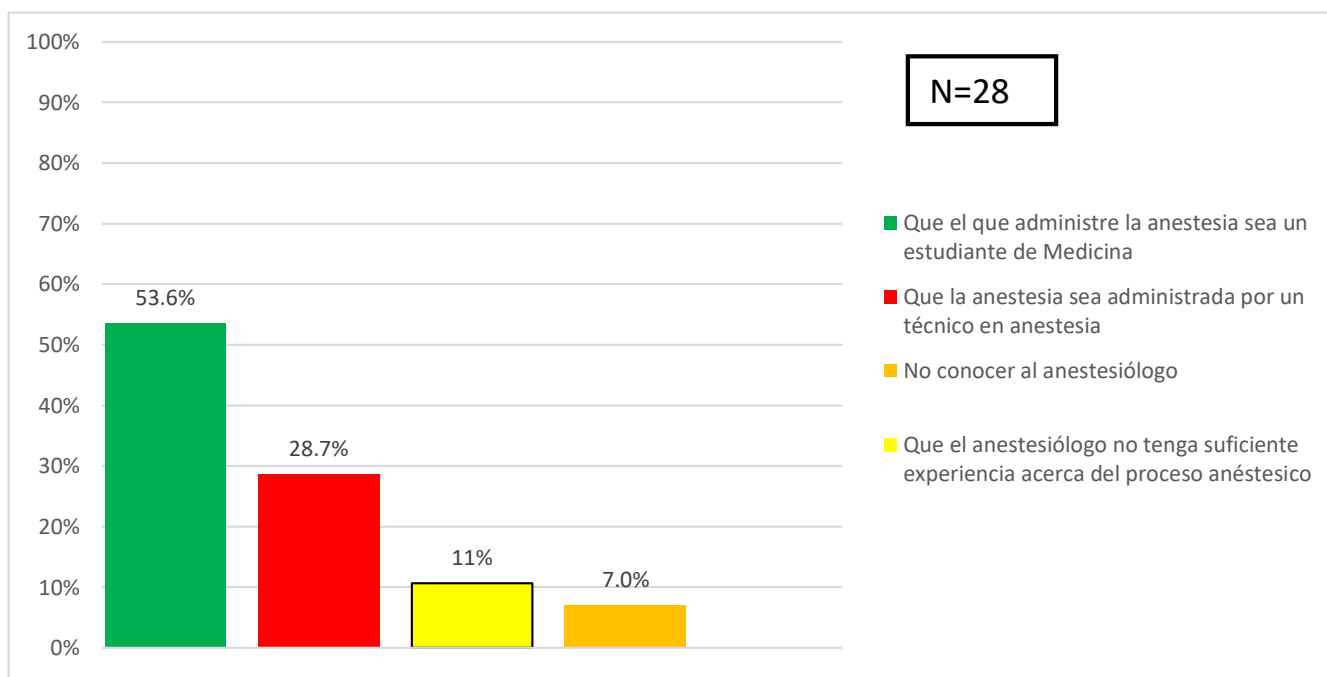
7.11 GRÁFICA 14. Distribución de los principales 5 temores del paciente, acerca del proceso anestésico.



Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

La gráfica muestra que de los pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos, que presentan temor al proceso anestésico (181), el mayor porcentaje 46%(84), tienen temor a no despertar luego de la cirugía, seguido por sentir dolor durante la cirugía con 22%(40), sentir dolor a la administración de la anestesia 19%(34), tener una lesión producida por el proceso anestésico 11%(19), y en último lugar que se le administre una anestesia ineficaz 2%(4).

7.12 GRÁFICA 15. Distribución de los temores del paciente, acerca del anesthesiólogo.



Fuente: Boleta de recolección de datos, elaboración propia.

Del total de pacientes encuestados con y sin antecedentes quirúrgicos, el 8% afirmaron tener algún temor acerca de la persona que administra la anestesia, el mayor porcentaje tenía temor a que la anestesia sea administrada por un estudiante de la carrera de médico y cirujano 53.6%(15), seguido por temor a que la anestesia sea administrada por un técnico en anestesia 28.7%(8), no conocer al anesthesiólogo 11%(3), y en menor porcentaje que el anesthesiólogo no tenga suficiente experiencia acerca del proceso anestésico 7%(2).

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó el estudio para determinar los conocimientos y los temores actuales que poseen los pacientes programados a cirugía, se evaluaron a 350 pacientes que ingresaron a los servicios de Cirugía de hombres y mujeres, Traumatología de hombres y mujeres, Maternidad, Labor y Partos y Ginecoobstetricia en el Hospital Regional de Zacapa, durante los meses de octubre y noviembre del 2019, mediante una boleta de recolección de datos.

Del total los pacientes evaluados el grado predominante fue la escolaridad primaria, siendo los pacientes que correspondían a dicho grupo, 163 pacientes (47%), el mayor grupo evaluado.

Se determinó que, con respecto al antecedente quirúrgico, más de la mitad de los pacientes evaluados, 198 pacientes que correspondía al 57% de la población, no habían sido sometidos a ninguna intervención quirúrgica previa.

Se determinaron los conocimientos de los pacientes acerca del proceso anestésico y el anestesiólogo, según su antecedente quirúrgico, se encontró que el grupo que no tenían ningún antecedente quirúrgico, correspondiente 198 pacientes 57%, el 93% afirmaban que es necesario recibir algún tipo de anestesia previo a una operación.

Los estudios disponibles en la literatura internacional realizados en diversas regiones alrededor del mundo, muestran que con excepción de algunos países, las personas no tienen una idea correcta de que es la anestesia y que hacen los anestesiólogos, en esta investigación se demostró, el conocimiento que el paciente tiene, acerca de la anestesia y el anestesiólogo, la mayoría de los pacientes sin antecedentes quirúrgicos, contestó que el encargado de anestesiar al paciente antes de la operación, era el cirujano, correspondiendo a 72 pacientes 36% de los 198 que conformaban el grupo evaluado, así mismo el 49% correspondiente a 98 pacientes, afirmaban que el anestesiólogo es un profesional de enfermería y no un médico.

De los 152 pacientes (43%) que ya habían sido sometidos a algún procedimiento quirúrgico, el 53% 81 pacientes no recibieron la visita del anestesiólogo antes de la operación, teniendo en cuenta que es en este tiempo en donde el anestesiólogo brinda información valiosa al paciente acerca del proceso anestésico y del anestesiólogo mismo como profesional de la salud.

Del grupo de pacientes con antecedentes quirúrgicos previos, solamente un 10% (15 pacientes), decían conocer qué tipos de anestesia existen, de los cuales el 87% (13 pacientes), nombraron dos tipos de anestesia; los tipos de anestesia mencionados fueron anestesia general 47% (7), 40% (6) anestesia epidural y 13% (2) anestesia local.

El 7% correspondiente a 11 pacientes afirmó, que el anestesiólogo es que decide si el paciente puede recibir algún tipo de anestesia, antes de ser operado, mientras que la mayoría respondió que el cirujano es quien toma dicha decisión.

El 76% (116) de pacientes con antecedentes quirúrgicos, respondieron haber sido informados acerca de los efectos secundarios comunes de la anestesia, y el menor grupo 24% correspondiente a 36 pacientes, dijeron no haber sido informados, sin embargo, del grupo de los pacientes a los que se les brindó información previo a la operación, el 65%, correspondiente a 75 pacientes, no conocían ningún efecto secundario propio de la anestesia.

El 50% respondieron que el personal de enfermería es quien se encarga que el paciente no sienta dolor antes y después de la operación.

Se ha descrito en pacientes evaluados, que las personas tienen lo que pareciera ser temor por la anestesia, y su mayor pavor es la muerte, resultado que pudo ser revelado en esta investigación, del total de pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos, la mayoría respondió tener temor a recibir algún tipo de anestesia, 52%(181) ,siendo el principal temor, no despertar luego de la cirugía, 46% correspondiente a 84 pacientes, del grupo evaluado, acerca del temor sobre el anestesiólogo, solamente un 8% (28) pacientes respondieron, tener algún temor , más de la mitad de los pacientes de este grupo, tenía temor a que la anestesia fuera administrada por un

estudiante de la carrera de médico y cirujano 53.6%(15 pacientes), en lugar de un anestesiólogo.

IX. CONCLUSIONES

1. Se evaluaron 350 pacientes, de los cuales el 57 % (198) no tenían antecedentes quirúrgicos, el 93% afirmó que es necesario recibir algún tipo de anestesia previo a una operación, 72 pacientes correspondiente a 36% respondieron que el cirujano es el encargado de anestesiarse al paciente preoperatoriamente y 49%(98 pacientes), respondieron que el anestesiólogo es un enfermero. Del total de pacientes evaluados el 43% (152 pacientes) tenían antecedentes quirúrgicos, de estos el 90% de los pacientes (137) , no sabían qué tipos de anestesia existen, el 62% (94) de pacientes indicaron que el cirujano es quién decide si el paciente puede recibir algún tipo de anestesia previo a una intervención quirúrgica, de este grupo 76%(116 pacientes) fueron informados acerca de los efectos comunes de la anestesia, la mayoría 65%(75), no conocía ningún efecto común, el 50% (76) de pacientes indicaron que el personal de enfermería es quién se encarga que el paciente no sienta dolor antes y después de la operación.
2. Se determinó, que del total de pacientes encuestados con y sin antecedentes quirúrgicos, la escolaridad que predomina es la primaria con 47%(163), mientras que el 20%(70), no tenían ningún grado educativo, seguido por el grado básico, 18%(62), diversificado 14.8 (52), y solamente 0.20%(1) tenía un grado de escolaridad universitario.
3. De los pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos, que presentan temor al proceso anestésico, el predominio de pacientes 63%(114), eran procedentes del área rural, y el 37%(67), procedían del área urbana.

4. De los pacientes con y sin antecedentes quirúrgicos, que presentan temor al proceso anestésico (181), los principales 5 temores del paciente fueron; 46%(84 pacientes), temor a no despertar luego de la cirugía, seguido por sentir dolor durante la cirugía con 22%(40 pacientes), sentir dolor a la administración de la anestesia 19%(34 pacientes), tener una lesión producida por el proceso anestésico 11%(19 pacientes), y en último lugar que se le administre una anestesia ineficaz 2%(4 pacientes).

X. RECOMENDACIONES

- 1.** Al personal de anestesia dar a conocer los resultados, para realizar, reforzar y mejorar la visita pre anestésica, con el fin de informar al paciente sobre el proceso anestésico, y el reconocimiento del anestesiólogo, como médico especialista.
- 2.** Al Hospital Regional de Zacapa, programar de una sesión de educación médica continua, durante el mes de Julio del presente año, impartida por médico anestesiólogo invitado por el comité de bioética, para externos e internos, sobre generalidades del proceso anestésico y la importancia de informar al paciente del tema, como parte de su formación.

XI. PROPUESTA

Con base a los resultados obtenidos durante la presente investigación, se procede a realizar la siguiente propuesta que se considera coadyuvará a un mayor conocimiento del paciente sobre el proceso anestésico y el reconocimiento del anestesiólogo como médico especialista.

Objetivos

General

1. Presentar el informe de resultados a la dirección del hospital regional de Zacapa, a las autoridades del departamento de anestesia, para que consideren la implementación de un programa permanente sobre la importancia de la visita pre anestésica, técnicas para mejorar la comunicación interpersonal, con el fin de reforzar la relación médico- paciente.

Específicos

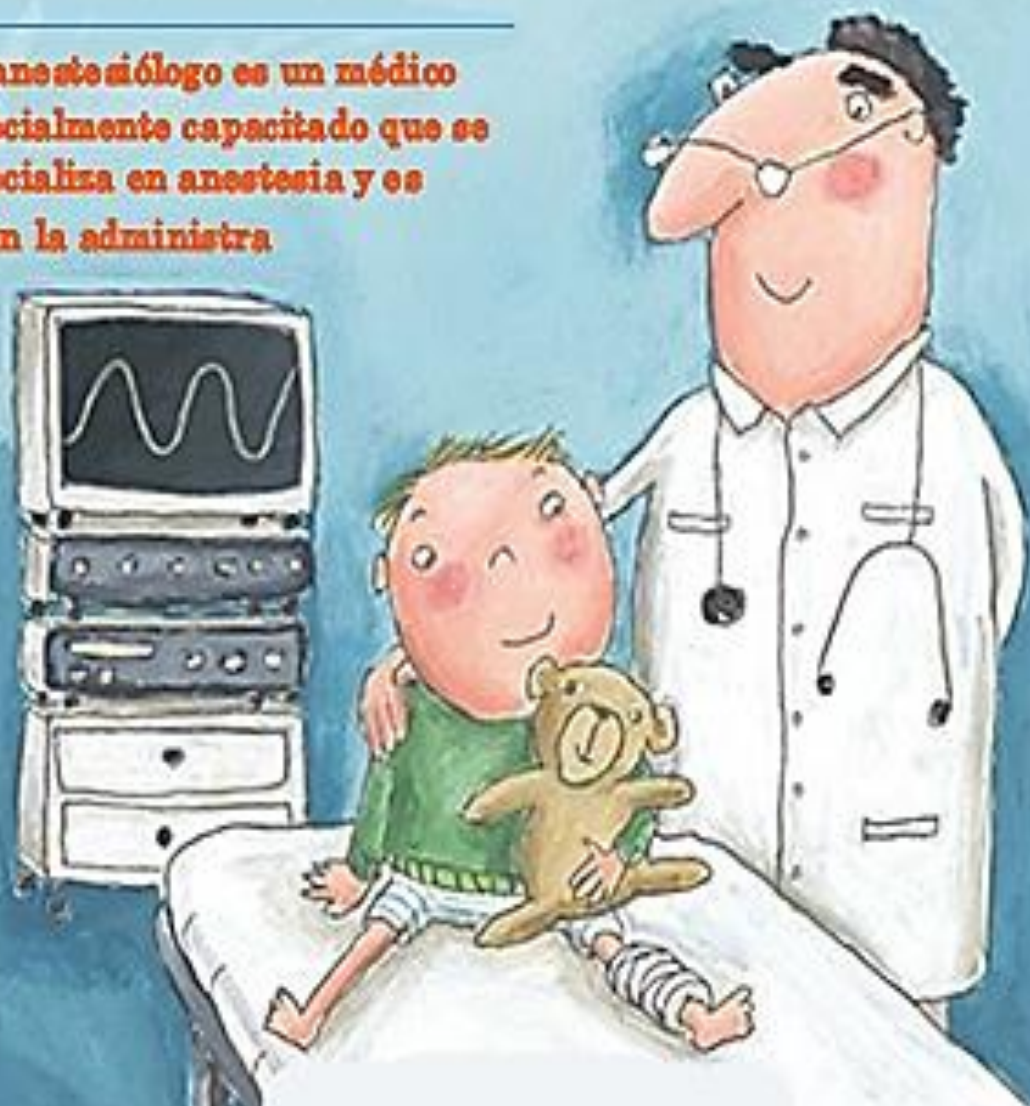
2. Realización de posters, para ser colocados fuera de sala de operaciones, con información general acerca del proceso anestésico, para que los pacientes puedan, ser informados y así esclarecer los mitos e ideas erróneas que el paciente asume del tema.
3. Dar a conocer los resultados de esta investigación a las autoridades del hospital regional de Zacapa, para que conozcan, los conocimientos que los pacientes tienen acerca del proceso anestésico y el anestesiólogo, para implementar medidas que brinden información a los pacientes sobre el tema.

**ANESTESIA ES EL USO DE MEDICAMENTOS
PARA EVITAR EL DOLOR O LA SENSACIÓN
DURANTE UNA OPERACIÓN**



Hoy en día, la anestesia es muy segura

**Un anestesiólogo es un médico
especialmente capacitado que se
especializa en anestesia y es
quien la administra**



XII. Referencias bibliográficas

- Arrindell, WA; Pickersgill, MJ; Merckelbach, H; Ardon, AM; Cornet, FC. 1991. Phobic dimensions: III, factor analytic approaches to the study of common phobic fears; an updated review of findings obtained with adult subjects (en línea). *Advances in Behaviour Research and Therapy* 13(Issue 2):73-130. Consultado 25 ene. 2020. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0146640291900142>
- Aspíroz Sancho, A; Vaquerizo Gareta, A; Mateo Agudo, JM. 2004. Definición de anestesia: ámbito de actuación (en línea). *In* Manual práctico de analgesia y reanimación. Cuartero Lobera, J; Redondo Castán, LC. (eds.). España, Editorial Formación Alcalá. p. 21-26. Consultado 13 nov. 2019. Disponible en https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment/u/0/?ui=2&ik=0dd7def425&attid=0.1&permmsgid=msg-a:r2192556244107420403&th=1701d356a28e3247&view=att&disp=safe&realattid=f_k6bh6t7n0&sadbat=ANGjdJ9Klv9aMW4Fcv181SIhfNGKCjpmqm-sFuO4l-tiJa3iAXP20MSCNXgMINi-5v7QxCt_wMnjYB_xkwuX-ayEK1mcHxIW5dR2GqWbMARI50kLawmqiJKgm_SivuOyWkGoElfGrkv3x7DZ8zTJk9YnK6AfSm7-hASclS3TIsLQ5B2UQ_8kBTn9A4yy0oPtDSVRE1m8e-1Fho_yLOz1zJFmLXqyQtVv2o2ByIIY3EKYXEHFhw2wrtji61Q-fzFyaAXBBwGOfcJtwLtNhG5eZkVD-1wTaYFHRhXsPSgd9V0_flSxBI-9NR_1xm_rnnQIDMkD6Bivl69NGXesL80FNzazl0gpgfrF99MoCaFeeYU4wUvtjsz1YEzurICQDi6WHDG8cjG2SiIXBUJFrMoW7LMJc2Q3Dzmlrrg2-FR7aD1vFrmtpk5bnZKTzhGJjH6UuUAuHp8b8NyfVSpSaW8RwRaGgV7nlSQBc-L671qIKYO19KT7s548oWePXm7hsMv3dHjR1-zlJxh2gHa1esDioCX96Ws9nsGDzptaXlsmqRoC7R5j5n4eoCMM7sf1RB-ow8-

LuiSrm5UQAVqbqDSuBtA2u_0_S9PgNOX7JOW62NUvqFRM32nfU1NCpGZr8Om5
0L-k2xTvcFYk5btQbE8rnraeYmbBf7z8xpDCZb7MWDwzYuMcl2mnpe OVANVFqc

ASSA (Alabama State Society of Anesthesiologist). c2013. What is anesthesiology? (en línea, sitio web). Alabama, Estados Unidos de América, The ASSA. Consultado 08 feb. 2020. Disponible en <https://www.theassa.com/page/anesthesiology.php>

Badner, NH; Nielson, WR; Munk, S; Kwiatkowska, C; Gelb, AW. 1990. Preoperative anxiety: detection and contributing factors (en línea). Canadian Journal of Anesthesia 37(4 Pt 1):444-447. Consultado 23 ene. 2020. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2340614>

Barrera Méndez, JA. 2010. El miedo colectivo: el paso de la experiencia individual a la experiencia colectiva (en línea). Revista El Cotidiano (159):5-10. Consultado 08 feb. 2020. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/325/32512747002.pdf>

Beuchot, M. 2009. La hermenéutica analógica en la filosofía (en línea). Revista Interamericana de Investigación, Educación y Pedagogía 2(1):13-22. Consultado 15 ene. 2020. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/5610/561058713001.pdf>

Bhattarai, B; Kandel, S; Adhikari, N. 2012. Perception about the role of anesthesia and anesthesiologist among the paramedical staffs: perspective from a medical college in Nepal (en línea). Kathmandu University Medical Journal 11(2):51-54. Consultado 19 ene. 2020. Disponible <https://doi.org/10.3126/kumj.v10i2.7344>

Burkle, CM; Mann, CE; Steege, JR; Stokke, JS; Jacob, AK; Pasternak, JJ. 2014. Patient fear of anesthesia complications according to surgical type: potential impact on informed consent for anesthesia (en línea). Acta Anaesthesiologica Scandinavica

58(10):1249-1257. Consultado 12 ene. 2020. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25307710>

Cobos, CP; Chaves, A. 2009. Percepciones y conceptos acerca de la práctica anestésica: una mirada desde la perspectiva del paciente (en línea). Revista Colombiana de Anestesiología 36(Issue 4):269-273. Consultado 03 feb. 2020. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334708640058>

Cuartero Lobera, J; Redondo Castán, LC. s.f. Analgesia y sedación (en línea, sitio web). Ecuador, Océano Medicina. Consultado 27 ene. 2020. Disponible en <https://www.oceano.com.ec/digital/medicina/7-analgesia-y-sedacion.html>

Dammert, L. 2007. Entre el temor difuso y la realidad de la victimización femenina en América Latina (en línea). *In* Ciudades para convivir: sin violencias hacia las mujeres. Falú, A; Segovia, O. (eds.). Santiago de Chile, Chile, Ediciones SUR. p. 89-107. Consultado 18 ene. 2020. Disponible en <http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/cd2/import/nacionesunidas/onu0068.pdf#page=78>

De la Paz-Estrada, C; Prego-Beltrán, C; Barzaga-Hernández, E. 2006. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía (en línea). Revista Mexicana de Anestesiología 29(3):159-162. Consultado 29 ene. 2020. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma063d.pdf>

Galán Cabezas, A; Jiménez Luque, JM; Romero Martínez, J; Ruiz Mateos, M. s.f. Manual del residente de anestesiología y reanimación (en línea). España, Hospital Universitario Reina Sofía. 31 p. Consultado 09 feb. 2020. Disponible en

https://www.portaleir.es/site_media/files/guias_formativas/ANESTESIA_MANUAL_DEL_RESIDENTE.pdf

García-López, JO; Vera-Villarroel, PE. 2003. Fobia social: revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española (en línea). Revista Latinoamericana de Psicología 35(2):151-160. Consultado 18 ene. 2020. Disponible en http://www4.ujaen.es/~ljgarcia/investig_archivos/revisinstreval.pdf

García-Marcinkiewicz, AG; Long, TR; Danielson, DR; Rose, SH. 2014. Health literacy and anesthesia: patients' knowledge of anesthesiologist roles and information desired in the preoperative visit (en línea). Journal of Clinical Anesthesia 26(5):375-82. Consultado 17 ene. 2020. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25086485>

Gobbo Montoya, M; Martínez Steele, E; Méndez Rubio, JI; Estrada Lorenzo, JM; Lázaro y de Mercado, P; Macario, A. 2003. Percepciones y actitudes ante el dolor posquirúrgico de pacientes familiares, enfermeras y médicos (en línea). Madrid, Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud. 101 p. Consultado 04 feb. 2020. Disponible en <http://www.taiss.com/escorial/rev-sis-infradolor.pdf>

González Pérez, E; Fernández Clúa, M; Jiménez Serrano, D. 2011. Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales (en línea). Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación 10(1):2-11. Consultado 28 ene. 2020. Disponible en <http://scieo.cd.cu/pdf/scar/v10n1/ane02111.pdf>

Gordillo León, F; Mestas Hernández, L; Arana Martínez, JM; Salvador Cruz, J. 2015. El miedo como constructo de análisis sistemático (en línea). Revista Alternativas en Psicología 18(32):27-47. Consultado 01 feb. 2020. Disponible en <http://alternativas.me/attachments/article/76/2.%20El%20miedo%20como%20constructo%20de%20anlisis%20sistemtico.pdf>

INE (Instituto Nacional de Estadística). 2014. República de Guatemala: estadísticas hospitalarias primer trimestre 2014 (en línea). Guatemala. 29 p. Consultado 30 ene. 2020. Disponible en <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/12/23/CooiOJAm1vvCFJ3ehqqKPkuCKE0xL0nx.pdf>

Informe Nacional de Desarrollo Humano. s.f. Estadísticas-género (en línea, sitio web). Guatemala, Informe Nacional de Desarrollo Humano. Consultado 25 ene. 2020. Disponible en <http://desarrollohumano.org.gt/estadisticas/estadisticas-genero/tasa-de-alfabetismo-por-sexo-segun-departamento/>

Inglés, CJ; Méndez, FX; Hidalgo, MD; Rosa, AI; Orgilés, M. 2003. Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: una revisión crítica (en línea). Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 8(1):1-21. Consultado 18 ene. 2020. Disponible en <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3939/3794>

Jathar, D; Shinde, VS; Patel, RD; Naik, LD. 2002. A study of patients' perception about knowledge of anaesthesia & anaesthesiologist (en línea). Indian Journal of Anaesthesia 46(Issue 1):26-30. Consultado 31 ene. 2020. Disponible en http://www.ijaweb.org/temp/IndianJAnaesth46126-7850255_214822.pdf

Kindler, CH; Harms, C; Alber, C. 2002. The patients' perception of the anaesthetist in a swiss university hospital (en línea). Der Anaesthesist 51(11):890-896. Consultado 05 feb. 2020. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12434262>

Kunze, S. 2017. Evaluación preoperatoria en el siglo XXI (en línea). Revista Médica Clínica Las Condes 28(Issue 5):661-670. Consultado 28 ene. 2020. Disponible en DOI <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.07.010>

- Lee, A; Gin, T. 2005. Educating patients about anaesthesia: effect of various modes on patients' knowledge, anxiety and satisfaction (en línea). *Current Opinion in Anesthesiology* 18(2):205-208. Consultado 17 ene. 2020. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16534340>
- Liondas, S. 2009. Evaluación y desarrollo de la anestesiología (en línea). *Revista Anestesia Analgesia Reanimación* 22(1). Consultado 16 ene. 2020. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732009000100002
- Martina M, JF. 2000. Historia de la anestesia. *In* Fundamentos de anestesiología (en línea. Patiño Montoya, W. (ed.). 2 ed. Medellín, CIB. p.3. Consultado 30 ene. 2020. Disponible en <https://pdfside.net/documents/historia-de-la-anestesia-tele-medicina-de-martina-jf-4-historia-de-la-anestesia.html>
- Mavridou, P; Dimitriou, V; Manataki, A; Arnaoutoglou, E; Papadopoulos, G. 2013. Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia, a survey of 400 patients (en línea). *Journal of Anesthesia* 27(1):104-108. Consultado 30 ene. 2020. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22864564>
- Mazariegos Caballeros, MP. 2015. Características psicobiosociales que influyen en la percepción y expectativas de los pacientes hacia la anestesia y el anestesiólogo (en línea). Tesis M.Sc. Guatemala, USAC, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Postgrado. 85 p. Consultado 21 ene. 2020. Disponible en <http://www.repositorio.usac.edu.gt/7319/1/Manola%20del%20Pilar%20Mazariegos%20Caballeros.pdf>

- MINECO (Ministerio de Economía). 2017. Perfil departamental Zacapa (en línea). Guatemala. 31 p. Consultado 24 ene. 2020. Disponible en https://www.mineco.gob.gt/sites/default/files/zacapa_0.pdf
- Moreno Guzmán, A. 2012. Breve historia de la anestesia (en línea). Revista de Sanidad Militar 66(4):189-194. Consultado 18 ene. 2020. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2012/sm124f.pdf>
- Moscone, RO. 2012. El miedo y sus metamorfosis (en línea). Revista Psicoanálisis 24(1):53-78. Consultado 16 ene. 2020. Disponible en <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KjyX88dFQrYJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4243775.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt>
- Muñoz-Cuevas, JH. 2007. Anestesia basada en analgesia (en línea). Revista Mexicana de Anestesiología 30(Supl. 1):s180-s184. Consultado 03 feb. 2020. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2007/ cmas071ad.pdf>
- Muñoz Sánchez, S. 2008. Anestesiología, fisiología y farmacología (en línea). Cali, Colombia, Universidad del Valle. 127 p. Consultado 23 ene. 2020. Disponible en https://www.academia.edu/16221895/ANESTESIOLOGIA_ANESTESIOLOGIA_FISIOLOGIA_Y_FARMACOLOGIA_SIGIFREDO_MU_SIGIFREDO_MU%C3%91_%C3%91OZ_S_OZ_S%C3%81_%C3%81NCHEZ_NCHEZ
- Ortiz Ocaña, A. 2015. La concepción de Maturana acerca de la conducta y el lenguaje humano (en línea). Revista CES Psicología 8(2):182-199. Consultado 03 feb. 2020. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417011.pdf>
- Peñalva Valle, VR; Argueta Padilla, MM; Perla Molina, IY. 2013. Influencia de la visita preanestésica en el conocimiento de los roles del profesional en anestesiología en pacientes para cirugía, hospitales nacionales: La Unión, Santa Rosa de Lima y San

- Juan de Dios de San Miguel, periodo julio a septiembre de 2013 (en línea). Tesis Lic. San Miguel, El Salvador, Universidad de El Salvador, Carrera de Anestesiología en Inhaloterapia. 118 p. Consultado 01 feb. 2020. Disponible en <http://ri.ues.edu.sv/7342/1/50108055.pdf>
- Ramírez, AV. 2009. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual (en línea). Anales de la Facultad de Medicina 70(3). Consultado 02 feb. 2020. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011
- Real Academia Española. 2014. Conocimiento (en línea, sitio web). 23 ed. Madrid, España, Diccionario de la lengua española. Consultado 02 feb. 2020. Disponible en <https://dle.rae.es/conocimiento>
- Ruhaiyem, ME; Alshehri, AA; Saade, M; Shoabi, TA; Zahoor, H; Tawfeeq, NA. 2016. Fear of going under general anesthesia: a cross-sectional study (en línea) Saudi Journal of Anaesthesia 10(Issue 3):317-321. Consultado 15 ene. 2020. Disponible en <http://www.saudija.org/article.asp?issn=1658-354X;year=2016;volume=10;issue=3;spage=317;epage=321;aulast=Ruhaiyem>
- Sagün, A; Birbiçer, H; Yapici, G. 2013. Patients', who applied to the anesthesia clinic, perceptions and knowledge about anesthesia in Türkiye (en línea). Saudi Journal of Anaesthesia 7(2):170-174. Consultado 03 feb. 2020. Disponible en doi: 10.4103/1658-354X.114076
- Silva Sánchez, JM. 1994. Aspectos de la responsabilidad penal por imprudencia de médico anestesista a perspectiva del tribunal supremo (en línea). Revista Derecho y Salud 2(1):39-58. Consultado 02 feb. 2020. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3179987>

Uriarte, JM. 2019. Conocimiento (en línea, sitio web). Colombia, Características, co. Consultado 10 feb. 2020. Disponible en <https://www.caracteristicas.co/conocimiento/>

Whizar Lugo, V. 2009. Prevención en anestesiología (en línea). Revista Anestesia en México 21(2):118-138. Consultado 07 feb. 2020. Disponible en https://www.academia.edu/12753840/Prevenci%C3%B3n_en_anestesiolog%C3%A1
Da

Zubeidat, I. 2005. Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes (en línea). Tesis Ph.D. Granada, España, Universidad de Granada, Facultad de Psicología. 334 p. Consultado 26 ene. 2020. Disponible en <https://hera.ugr.es/tesisugr/15467715.pdf>



XIII. Anexos

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

CONOCIMIENTOS Y TEMORES DEL PACIENTE QUIRÚRGICO, SOBRE ANESTESIA Y EL ANESTESIÓLOGO

Consentimiento informado: la presente encuesta tiene como objetivos conocer acerca de usted, sus conocimientos y sus temores, acerca de la anestesia y anestesiólogo. Se le agradece la participación en este estudio, así como tiene la opción de rehusarse al mismo.

Si está dispuesto se solicita su firma o huella digital: _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

**Conocimientos y temores del paciente quirúrgico, sobre anestesia y el
anestesiólogo**

Autor: Jenifer Mishell Pinzón Peralta

Asesor de Tesis: Dr. Raúl Hernández Martínez

1) DATOS GENERALES DEL PACIENTE

No. Expediente	Servicio
----------------	----------

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas, a las cuales deberá responder con una X.

Nivel de escolaridad: Ninguno_____ Primaria_____ Básico_____
Diversificado_____ Universitario_____

Lugar de procedencia:

Urbano____ Rural_____

¿Ha recibido algún tipo de anestesia antes?

Si _____

No _____

Si su respuesta fue **NO** continúe contestando hasta la pregunta 3, y luego conteste las preguntas acerca de los temores.

Si su respuesta fue **SI**, por favor conteste desde la pregunta 4 en adelante, y luego conteste las preguntas acerca de los temores.

2) CONOCIMIENTOS DE ANESTESIA Y ANESTESIÓLOGO:

1. ¿Es necesario recibir algún tipo de anestesia antes de una operación?

Si_____

No_____

2. ¿Quién se encarga de anestesiarse al paciente antes de la operación?

Enfermera

Anestesiólogo

Cirujano

Ayudante del cirujano

3. ¿Qué profesión tiene el Anestesiólogo?

Enfermero_____

Médico_____

Fisioterapeuta_____

Paramédico_____

Técnico en anestesia_____

(Si su respuesta en la pregunta 1 fue si, conteste desde aquí)

4. ¿Lo visitó el anestesiólogo antes de la operación?

Si_____

No_____

5. ¿Sabe que tipos de anestesia existen?

Si (Cuáles)_____

No_____

6. ¿Quién decide si el paciente puede recibir algún tipo de anestesia antes de ser operado?

Cirujano_____

Enfermera_____

Anestesiólogo_____

7. ¿Le informaron cuales son los efectos secundarios comunes de la anestesia?

Si (Cuales): _____ No: _____

8. ¿Quién se encarga que el paciente no sienta dolor antes y después de la operación?

Anestesiólogo____

Enfermera____

Cirujano____

3) TEMORES DEL PACIENTE

1. ¿Tiene temor a recibir algún tipo de anestesia?

Sí ____ No____

2. ¿Qué temor tiene acerca de la anestesia? (Si no tiene temor, no conteste esta pregunta).

____No despertar después de cirugía

____Despertar durante la cirugía

____Sentir dolor durante la cirugía

____Sentir dolor después de cirugía

____Recordar lo que sucedió durante la operación

Otro _____

3. Tiene algún temor acerca de quién coloca la anestesia?

Si (Cuál) _____

No____

r. Raúl Hernández Martínez

Médico Anestesiólogo

Asesor

Dr. Raúl Hernández Martínez
Anestesiólogo
Col. 13374

Zacapa, 31 de Mayo de 2019.

Señorita
Jennifer Mishell Pinzón Peralta
Su Despacho

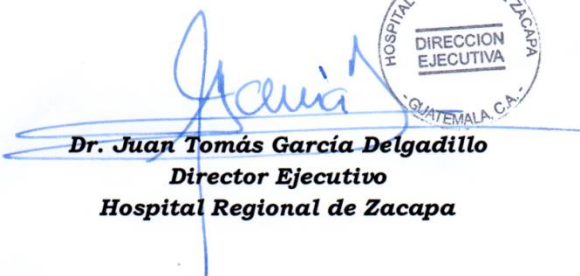
Respetable Señorita:

Reciban un cordial y atento saludo en nombre de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Zacapa, deseándole éxito en sus labores diarias.

*El motivo de la presente es para informarles que esta Dirección autoriza que realicen su trabajo de investigación en este Centro Asistencial, el cual es titulado **"CONOCIMIENTO Y TEMORES DEL PACIENTE QUIRURGICO, SOBRE ANESTESIA Y EL ANESTESIÓLOGO"**, ya que cumple con ser un estudio que no compromete la integridad del paciente.*

Agradeciendo la atención a la presente, sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,


Dr. Juan Tomás García Delgadillo
Director Ejecutivo
Hospital Regional de Zacapa



cc.Achivo

16 avenida, Barrio Cementerio Nuevo Zona 3, Zacapa, Guatemala, C.A.
Telefax 7941-3701 PBX 7931-6565 Ext. 101 Y 103.