

Trastornos de salud mental en pacientes quirúrgicos: consideraciones perioperatorias y estrategias de manejo

Francisco Navarro-Subiabre¹, Daniel Tobar-Ugalde¹, Macarena Vallejos-Castillo¹

Mental health disorders in surgical patients: perioperative considerations and management strategies

Mental health disorders (MHDs) are common in the general population and are associated with an increased risk of comorbidities and poorer treatment outcomes. The aim of this article is to review the fundamental concepts of mental health disorders in surgical patients, analyzing their implications for perioperative management and their impact on clinical outcomes. In the surgical setting, MHDs may have a significant impact, as they influence perioperative management, adherence to medical recommendations, and postoperative outcomes. Their presence has been associated with a significant increase in the risk of postoperative complications, prolonged hospital stays, higher readmission rates, and even mortality. Several pathophysiological mechanisms may partially explain this association, although patient-related factors, including comorbidities and lifestyle habits, also contribute to increased surgical morbidity and mortality. This review analyzes the impact of common psychological disorders, together with their specific implications in special populations that are particularly vulnerable to poorer outcomes. Finally, perioperative management strategies are proposed, focused on the incorporation of a multidisciplinary approach, early identification of patients with psychological alterations or psychiatric disorders, and targeted interventions that integrate mental health teams at an early stage in order to improve surgical outcomes and patient recovery.

Keywords: mental health disorders; surgery; postoperative outcomes; perioperative care.

Resumen

Los trastornos de salud mental (TSM) son frecuentes en la población general y se asocian a un riesgo aumentado de comorbilidades y peores resultados en sus tratamientos. El objetivo de este artículo es revisar los conceptos fundamentales de los TSM en pacientes quirúrgicos, analizando sus implicancias en el manejo perioperatorio y su impacto en los resultados clínicos. En el contexto quirúrgico, los TSM pueden tener un impacto relevante puesto que influyen en el manejo perioperatorio, en la adherencia a indicaciones y en los resultados postoperatorios. Su presencia se ha asociado a un aumento significativo en el riesgo de múltiples complicaciones, estadías hospitalarias prolongadas, mayores tasas de readmisión e incluso mortalidad. Algunos mecanismos fisiopatológicos pueden explicar parte de esta asociación, aunque factores propios de los pacientes como comorbilidades y hábitos de vida también contribuyen a aumentar la morbilidad quirúrgica. Se analiza el impacto de alteraciones psicológicas frecuentes, junto con las repercusiones específicas en poblaciones especiales y susceptibles de peores resultados. Finalmente, se proponen estrategias de manejo perioperatorio centradas en la incorporación de un enfoque multidisciplinario, con identificación precoz de pacientes con alteraciones o trastornos psiquiátricos e intervenciones dirigidas, que integre de forma temprana equipos de salud mental con el fin de contribuir a mejorar los resultados quirúrgicos y la recuperación de los pacientes.

Palabras clave: trastornos de salud mental; cirugía; resultados postoperatorios; atención perioperatoria.

¹Hospital Regional Dr. Juan Noé Crevani. Facultad de Medicina, Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.

Recibido el 2026-05-24 y aceptado para publicación el 2026-05-30

Correspondencia a:
Dr. Francisco Navarro-Subiabre
ffnavarro@uc.cl

E-ISSN 2452-4549



Introducción

La prevalencia de adultos con trastornos de salud mental (TSM) en alcanza cerca de un 20% en la población general¹. A nivel global, se estima que cerca del 15% de las muertes totales son atribuibles directa o indirectamente a este grupo de patologías². Estos pacientes tienen un mayor riesgo de desarrollar múltiples comorbilidades médicas, presentando además peores resultados en el tratamiento de ellas en comparación con la población general³. Esta diferencia es atribuida en gran parte a patologías subdiagnosticadas, a la exacerbación de enfermedades crónicas por sintomatología psiquiátrica y a la presentación atípica de diversos cuadros clínicos, lo que podría retrasar su diagnóstico y tratamiento.

Además del impacto en la carga de enfermedades médicas y su manejo, la presencia de TSM plantea desafíos específicos en el contexto de intervenciones quirúrgicas, incidiendo directamente en el manejo perioperatorio, los resultados postoperatorios y la adecuada recuperación⁴. No obstante, la consideración sistemática de la salud mental en la práctica quirúrgica continúa siendo limitada, y su impacto en los resultados quirúrgicos no está adecuadamente visibilizado.

El presente artículo tiene como objetivo revisar los conceptos fundamentales de los TSM en los pacientes quirúrgicos y analizar tanto sus consideraciones en el manejo perioperatorio como su impacto en los resultados postoperatorios.

Materiales y Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante los motores de búsqueda *PubMed*, *SciELO* y *Google Scholar* con términos como “*Mental Health Disorders*”, “*Surgery*”, “*Surgical Outcomes*”, “*Postoperative Outcomes*”, “*Psychiatric Comorbidity*”. Se incluyeron estudios sin restricción de idioma. De un total de 118 estudios identificados inicialmente, se seleccionaron 49 artículos, basados en su calidad metodológica y relevancia técnica.

Epidemiología

Una revisión de Bailey et al⁵, incluyendo más de 579 mil pacientes sometidos a intervenciones de cirugía general, se pesquió un 6,7% de prevalencia de algún TSM, siendo los más frecuentes los trastornos del ánimo (58,7%), seguido por abuso de sustancias

(23,8%). En el mismo estudio, los pacientes con TSM tuvieron un 40% mayor de probabilidades de estadía hospitalaria prolongada y casi un 20% más de todo tipo de complicaciones⁵. En otro estudio, multicéntrico, entre pacientes beneficiarios de *Medicare* en Estados Unidos, se pesquió casi un 30% de antecedente de TSM. Dichos pacientes tuvieron mayores probabilidades de complicaciones, estadía hospitalaria y readmisión a 30 días, además de mayor riesgo de suicidio dentro del primer año postoperatorio⁶.

TSM y resultados quirúrgicos

Se ha visto que factores psicológicos podrían modular la respuesta al estrés quirúrgico y tienen directa influencia sobre los resultados y la recuperación en el postoperatorio⁷. La exposición aguda a un evento estresor favorece la liberación de catecolaminas y de cortisol del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), lo que genera una respuesta adaptativa beneficiosa de tipo “*fight or flight*” frente a una amenaza. No obstante, cuando dicho estresor se cronifica en el tiempo, como en pacientes con algún TSM, se producen alteraciones en la señalización celular, proliferación y producción de anticuerpos. Asimismo, se produce una disminución en los niveles de citoquinas inflamatorias IL-1, IL-6, TNF- α , metaloproteinasas de matriz (MMP-9) y factores de transcripción (NF- κ B). Esto, finalmente, prolonga la fase inflamatoria de la cicatrización, altera el reclutamiento de macrófagos y la respuesta celular inmune, aumentando la severidad y duración de infecciones⁸.

Además de los mecanismos fisiopatológicos, existen determinantes clínicos y sistémicos que acentúan los resultados adversos en pacientes con TSM. En primer lugar, presentan una alta prevalencia de comorbilidades médicas, cuyo manejo y seguimiento se ve condicionado por menor acceso a servicios preventivos, peor control de enfermedades crónicas no transmisibles y frecuente exposición a factores de riesgo⁹. Asimismo, este grupo tiende a consultar tardíamente, lo que deriva en mayor complejidad o dificultad de las intervenciones quirúrgicas, requiriendo con mayor frecuencia cirugías de urgencia o abordajes por vía abierta⁵. Finalmente, se ha visto que pacientes con TSM tienden a tener menor probabilidad de ser derivados a cirugía y los que son intervenidos presentan mayor estadía hospitalaria y readmisiones¹⁰. Esto puede verse influenciado, además, por la tendencia de los médicos tratantes de pacientes con TSM a minimizar las

molestias físicas no psiquiátricas y a desestimar la decisión de solicitar estudios adicionales o derivar a otros especialistas¹¹.

TSM frecuentes

Ansiedad

El enfrentarse a una intervención quirúrgica puede ser un evento altamente estresante, y naturalmente puede generar una respuesta ansiosa en todo el periodo perioperatorio. Las razones son múltiples y varían desde preocupaciones relacionadas a la anestesia en el preoperatorio, como despertar durante la cirugía (*awareness*) o incapacidad de despertar luego de la intervención, hasta temor a las complicaciones quirúrgicas postoperatorias¹². Se ha visto que hasta un 30% de los pacientes experimentan ansiedad preoperatoria significativa, independiente si la cirugía es electiva o de urgencia, especialmente en el grupo de mujeres y adultos mayores^{12,13}. Los altos niveles de ansiedad preoperatoria se correlacionan con un menor umbral de dolor y mayores requerimientos de analgesia, aumentando significativamente el riesgo de desarrollar dolor crónico postoperatorio¹⁴.

Depresión

La prevalencia de depresión en pacientes que ingresan a cirugía electiva o de urgencia se estima en cerca del 10%¹³. Este diagnóstico se ha asociado a peores resultados quirúrgicos y a una mayor mortalidad postoperatoria¹⁵. Dichos resultados podrían estar condicionados por la baja adherencia a indicaciones médicas, hábitos de vida poco saludables, como la falta de actividad física o el excesivo consumo de alcohol^{16,17} y por presentar una mayor probabilidad de ser intervenidos por un cirujano menos calificado¹⁸. Asimismo, la presencia de síntomas depresivos genera un mayor riesgo de presentar alteraciones cognitivas postoperatorias, con una incidencia de hasta un 50% en la primera semana postoperatoria y entre un 10-20% a 3 meses¹⁵. Por otro lado, la desregulación autonómica y alteraciones en neurotransmisores (como serotonina y dopamina) que se producen en los trastornos del ánimo y que están implicados en la motilidad gastrointestinal, se asociaría a un aumento en la incidencia de íleo postoperatorio¹⁹. Asimismo, los pacientes con trastorno depresivo presentan mayor riesgo de infecciones y complicaciones infecciosas, principalmente debido a alteraciones inmunes, aunque también podría explicarse por el efecto inmunosupresor de ciertos fármacos como los inhi-

bidores de la recaptura de serotonina, que producen una marcada disminución en la proliferación de linfocitos y reducción de secreción de citoquinas pro inflamatorias²⁰.

Esquizofrenia

Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (EQZ) presentan un aumento significativo en el riesgo de complicaciones, estadía hospitalaria y costos tanto en hospitalizaciones médicas como quirúrgicas²¹. Un estudio taiwanés que incluyó a casi 9 mil pacientes, además del mayor riesgo de complicaciones postoperatorias, evidenció un aumento de casi 3 veces en la mortalidad a 30 días en pacientes operados con este diagnóstico²². En otro estudio, con más de 97 mil pacientes hospitalizados con diagnóstico de apendicitis aguda, se determinó que pacientes con EQZ tuvieron casi el triple de riesgo de presentarse con perforación apendicular en el servicio de urgencia²³. Las recomendaciones en este tipo de pacientes se basan en una oportuna identificación para un diagnóstico precoz y seguimiento estricto en el postoperatorio, principalmente por la mayor tendencia a desarrollar delirium, menores umbrales de dolor y baja adherencia a indicaciones médicas²⁴.

Alteraciones cognitivas postoperatorias

Se estima que un 12% de los pacientes sin deterioro cognitivo previo que son sometidos a cirugía no cardíaca desarrollarán alguna disfunción cognitiva en el postoperatorio²⁵. Ésta puede presentarse como progresión de un trastorno neurocognitivo previo, inicio agudo de delirium o desarrollo de un trastorno neurocognitivo postoperatorio (TNCPO).

El delirium postoperatorio (DPO) es un síndrome caracterizado por un cambio agudo en el estado mental, con un curso fluctuante, que afecta la atención, la conciencia y las funciones cognitivas. Su origen no se debe a una patología psiquiátrica de base, sino que es de causa médica, siendo la confusión mental el síntoma cardinal. Se desarrolla entre un 15-53% de los pacientes quirúrgicos mayores de 65 años, típicamente desde uno a tres días después de la intervención y se asocia a una alta morbilidad y a un aumento significativo de la estadía hospitalaria²⁶. Dependiendo de la sintomatología se puede clasificar como hiperactivo, hipoactivo o mixto. La forma hipoactiva es la más común (40-70% de los casos), siendo frecuentemente subdiagnosticada por su curso silencioso y reconocimiento tardío, lo que le otorga una alta mortalidad²⁷.

El TNCPO se caracteriza por la disminución de la capacidad cognitiva del paciente que se desarrolla posterior a una intervención quirúrgica y que afecta procesos mentales superiores como la memoria, la atención, la fluencia del habla y el procesamiento de la información, y que puede persistir meses o hasta años después de la cirugía²⁸. Dentro de los factores de riesgo se encuentran la edad avanzada, el tipo de cirugía (mayor en ortopédica y cardíaca), el tipo de anestesia (mayor en uso de agentes inhalatorios), el manejo del dolor subóptimo y el bajo nivel educacional²⁹.

Poblaciones especiales

Pacientes oncológicos

Los pacientes con cáncer experimentan ansiedad y depresión con mayor frecuencia que la población general, alcanzando tasas de hasta un 28%³⁰. Las comorbilidades psiquiátricas en pacientes oncológicos han mostrado condicionar el pronóstico principalmente por retraso en la consulta inicial, estadios más avanzados y menor probabilidad de ser sometidos a tratamiento quirúrgico³¹. En el postoperatorio, el diagnóstico de TSM en pacientes con cáncer se ha asociado a un mayor riesgo de complicaciones específicas como delirium, infección de herida operatoria, íleo paralítico y hasta filtración de anastomosis³². Para el manejo se han explorado distintas terapias, destacando las de psicoeducación y entrenamiento cognitivo preoperatorio como efectivas en reducir la carga psicológica de ansiedad y depresión en el período perioperatorio, aunque sus beneficios a largo plazo no están tan claramente demostrados³³.

Pacientes con trauma

La prevalencia de patologías psiquiátricas en pacientes con trauma no intencional alcanza hasta un 26%³⁴, siendo las más frecuentes el trastorno por uso de sustancias y los trastornos del ánimo³⁵. El diagnóstico de TSM se ha asociado al doble de riesgo de presentar lesiones traumáticas no intencionales respecto a la población general, además de hasta cuatro veces mayor probabilidad de reincidencia de dichas lesiones³⁶. En pacientes hospitalizados por patologías traumáticas, la presencia de TSM se ha asociado a mayor riesgo de complicaciones y mayor estadía hospitalaria³⁴. Wisler et al³⁷, en un estudio con 712 pacientes hospitalizados en un centro de trauma, mostró que aquellos que ingerían un mayor número de medicamentos neuropsiquiátricos, tenían una menor sobrevida a 90 días. Dentro de

las posibles explicaciones, el uso de medicamentos psiquiátricos se asociaría a un mayor riesgo de complicaciones respiratorias, principalmente debido a la necesidad de mayor sedación, exponiéndolos a mayor riesgo de neumonía aspirativa y necesidad de ventilación mecánica, como han sugerido algunos autores³⁸.

Pacientes bariátricos

Los pacientes con obesidad tienen significativamente mayor riesgo de presentar trastornos psiquiátricos que la población general, siendo los más frecuentes la depresión y el trastorno por atracones, especialmente en aquellos en plan de cirugía bariátrica³⁹. El impacto de esta intervención en los TSM ha mostrado resultados heterogéneos en los estudios. Si bien se ha visto una tendencia hacia la reducción de los síntomas depresivos tras la intervención³⁹, el impacto en salud mental a largo plazo no es tan claro, y algunos estudios han evidenciado un aumento significativo en el número de consultas psiquiátricas y por intento de autolisis en el seguimiento^{40,41}. Un estudio australiano de más de 24 mil pacientes, con seguimiento a 10 años, evidenció un aumento de 5 veces en número de consultas por autoleiones en urgencias y reveló que casi el 10% de las muertes post cirugía bariátrica fueron a causa de suicidios⁴⁰. La temprana integración de evaluación psicológica, psiquiátrica y de adicciones dentro del equipo multidisciplinario facilitan el manejo de estas condiciones, identificando vulnerabilidades y asegurando un seguimiento adecuado de salud mental⁴².

Estrategias y recomendaciones

La optimización del cuidado perioperatorio en pacientes con TSM requiere especial consideración para modular adecuadamente la respuesta al estrés quirúrgico y mejorar finalmente los resultados clínicos (Figura 1).

En la fase preoperatoria lo fundamental es la adecuada identificación de pacientes con alteración psicológica y/o psiquiátrica. Para ello es posible utilizar cuestionarios o escalas de fácil implementación. En el caso de pacientes con síntomas ansiosos o preocupación excesiva, el instrumento APAIS (*Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale*), de corta duración y fácilmente aplicable, validado incluso en Chile, permite cuantificar la ansiedad y la necesidad de información previo una intervención quirúrgica⁴³. Asimismo, en sospecha de trastorno depresivo se han desarrollado también

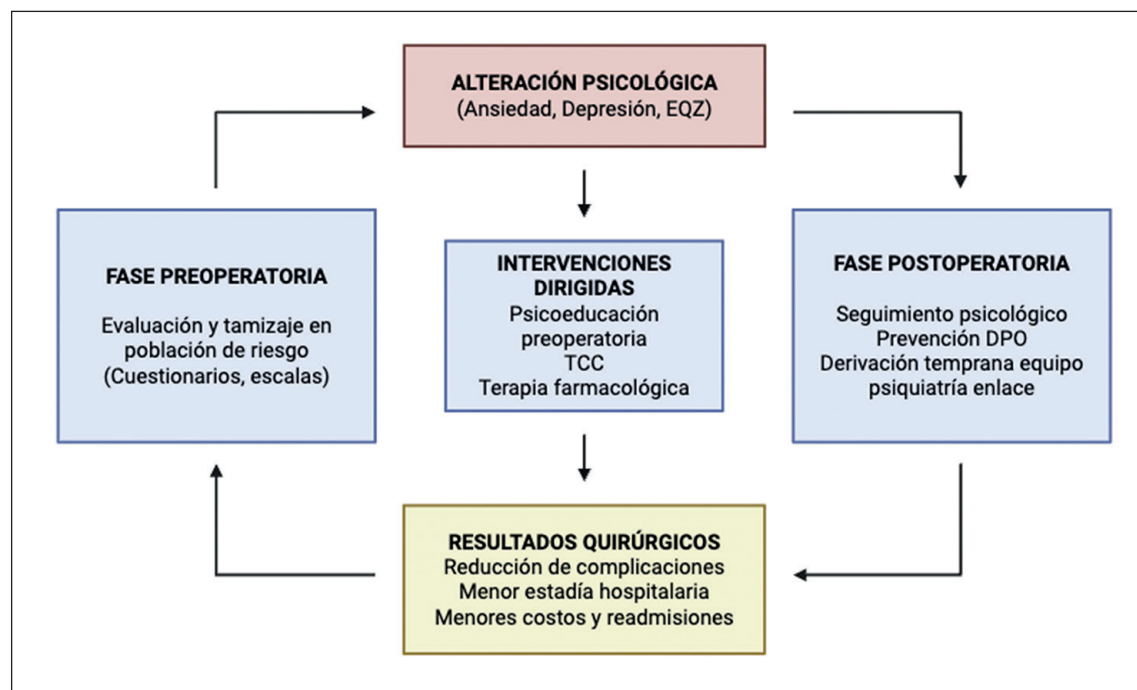


Figura 1. Esquema de aproximación al manejo perioperatorio de pacientes quirúrgicos con TSM.

múltiples herramientas, como por ejemplo el PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*)⁴⁴, que identifica a pacientes con depresión mayor y permite definir la severidad del cuadro, facilitando una derivación oportuna al especialista.

Una vez pesquisada alguna de estas alteraciones, es recomendable realizar algún tipo de intervención en el período perioperatorio. Lo primero y más costo-efectivo es la preparación psicológica, aplicable a todo paciente quirúrgico, donde se incorporan una serie de estrategias para influenciar las emociones, cogniciones y conductas de los pacientes, y que ha demostrado reducir el dolor postoperatorio y la estadía hospitalaria⁴⁵.

En pacientes con ansiedad preoperatoria importante, pese a que existen múltiples fármacos disponibles para su manejo, sus frecuentes efectos adversos han favorecido el uso de alternativas no farmacológicas en el último tiempo⁴⁶. Dentro de éstas, la consejería preoperatoria, con entrega de información individualizada del procedimiento a realizar y el proceso perioperatorio ha demostrado ser beneficiosa en manejo de ansiedad y control del dolor postoperatorio⁴⁷. Esta estrategia de anticipación permite activar la corteza prefrontal la que es un área fundamental para la regulación emocional. Si bien la terapia cognitivo conductual (TCC) corresponde al *gold standard* en el manejo

de los trastornos de ansiedad, su implementación rutinaria resulta difícil por la escasa disponibilidad de profesionales especializados en esta técnica⁴⁶. Otras intervenciones como musicoterapia, aromaterapia, acupuntura, hipnosis y técnicas de relajación han sido descritas en la literatura con evidencia heterogénea, así como también distintos niveles de factibilidad de implementación⁴⁶.

En la fase postoperatoria es fundamental distinguir precozmente a pacientes en riesgo de presentar alteraciones cognitivas postoperatorias, considerando para ello un manejo multidisciplinario, principalmente enfocado en la prevención del DPO y la optimización preoperatoria, así como también del control de variables fisiológicas en el intraoperatorio y un juicioso uso de fármacos específicos²⁹. Dentro de la prevención existen una serie de medidas conductuales demostradas que son fundamentales y fáciles de implementar, como favorecer la reorientación, a través de recordatorios constantes de día y hora, mantener una rutina clara de alimentación e hidratación, optimización del sueño con manejo de la iluminación según ciclo circadiano, entre otras⁴⁸.

Además, es imprescindible mantener un seguimiento postoperatorio estricto de todo paciente con TSM para optimizar manejo del dolor, asegurar la correcta adopción de las indicaciones médicas y la detección precoz de potenciales complicaciones. En

este sentido, resulta crucial contar con un familiar o tutor responsable que apoye el proceso del paciente.

Finalmente, la integración temprana de servicios de psiquiatría de enlace y medicina psicosomática resulta fundamental en esta etapa, puesto que han demostrado una mejora en la calidad del cuidado, identificando tempranamente síntomas y trastornos psiquiátricos, reduciendo significativamente la estancia hospitalaria y los costos asociados⁴⁹.

Conclusiones

Los trastornos de salud mental son frecuentes en la población quirúrgica y se asocian a peores resultados postoperatorios, incluyendo mayor riesgo de complicaciones, estadías hospitalarias prolongadas y peor recuperación. Algunos grupos, como pacientes oncológicos, con trauma o sometidos a cirugía bariátrica, presentan un riesgo particularmente elevado. A pesar de su impacto clínico, la evaluación y el manejo sistemático de la salud mental en el perioperatorio continúan siendo heterogéneos en la práctica quirúrgica. La incorporación de un enfoque multidisciplinario, con identificación precoz e intervenciones dirigidas, que integre de forma temprana

equipos de salud mental, podría contribuir a mejorar los resultados quirúrgicos y la recuperación de los pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Declaración de Autoría

Francisco Navarro Subiabre Conceptualización, Metodología, Investigación, Redacción

Daniel Tobar Ugalde Conceptualización, Investigación, Redacción

Macarena Vallejos Castillo Conceptualización, Investigación, Redacción

Bibliografía

1. Josephs CA, Shaffer VO, Kucera WB. Impact of Mental Health on General Surgery Patients and Strategies to Improve Outcomes. *Am Surg*. 2023 Jun 1;89(6):2636-43. doi: 10.1177/00031348221109469
2. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. *JAMA Psychiatry*. 2015 Apr;72(4):334-41. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
3. Howard LM, Barley EA, Davies E, Rigg A, Lempp H, Rose D, et al. Cancer diagnosis in people with severe mental illness: practical and ethical issues. *Lancet Oncol*. 2010 Aug;11(8):797-804. doi: 10.1016/S1470-2045(10)70085-1
4. Nilsson U, Dahlberg K, Jaensson M. Low Preoperative Mental and Physical Health is Associated with Poorer Postoperative Recovery in Patients Undergoing Day Surgery: A Secondary Analysis from a Randomized Controlled Study. *World J Surg*. 2019 Aug;43(8):1949-56. doi: 10.1007/s00268-019-04995-z
5. Bailey EA, Wirtalla C, Sharoky CE, Kelz RR. Disparities in operative outcomes in patients with comorbid mental illness. *Surgery*. 2018 Apr;163(4):667-71. doi: 10.1016/j.surg.2017.09.029
6. Paredes AZ, Hyer JM, Diaz A, Tsilimigras DI, Pawlik TM. The Impact of Mental Illness on Postoperative Outcomes Among Medicare Beneficiaries: A Missed Opportunity to Help Surgical Patients? *Ann Surg*. 2020 Sep 1;272(3):419-25. doi: 10.1097/SLA.0000000000004118
7. Mavros MN, Athanasiou S, Gkegkes ID, Polyzos KA, Peppas G, Falagas ME. Do Psychological Variables Affect Early Surgical Recovery? *PLOS ONE*. 2011 May 25;6(5):e20306. doi: 10.1371/journal.pone.0020306
8. Godbout JP, Glaser R. Stress-Induced Immune Dysregulation: Implications for Wound Healing, Infectious Disease and Cancer. *J Neuroimmune Pharmacol*. 2006;1(4):421-7. doi: 10.1007/s11481-006-9036-0
9. Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME, Mauer B. Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors, Medical Directors Council; 2006.
10. Li Y, Cai X, Du H, Glance LG, Lyness JM, Cram P, et al. Mentally Ill Medicare Patients Are Less Likely Than Others To Receive Certain Types Of Surgery. *Health Aff Proj Hope*. 2011 Jul;30(7):1307-15. doi: 10.1377/hlthaff.2010.1084
11. Graber MA, Bergus G, Dawson JD, Wood GB, Levy BT, Levin I. Effect of a patient's psychiatric history on physicians' estimation of probability of disease. *J Gen Intern Med*. 2000 Mar 1;15(3):204-6. doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.04399.x
12. Bello CM, Eisler P, Heidegger T. Perioperative Anxiety: Current Status and Future Perspectives. *J Clin Med*. 2025 Feb 20;14(5):1422. doi: 10.3390/jcm14051422 PubMed PMID: 40094863;
13. Latif A, Shamsheer Khan RM, Nawaz K. Depression and anxiety in patients undergoing elective and emergency surgery: Cross-sectional study from

- Allama Iqbal Memorial Teaching Hospital, Sialkot. JPMA J Pak Med Assoc. 2017 Jun;67(6):884-8. PMID: 28585587
14. Theunissen M, Peters ML, Bruce J, Gramke HF, Marcus MA. Preoperative Anxiety and Catastrophizing: A Systematic Review and Meta-analysis of the Association With Chronic Postsurgical Pain. *Clin J Pain*. 2012 Dec;28(9):819. doi: 10.1097/AJP.0b013e31824549d6
15. Ghoneim MM, O'Hara MW. Depression and postoperative complications: an overview. *BMC Surg*. 2016 Feb 2;16(1):5. doi: 10.1186/s12893-016-0120-y
16. van Gool CH, Kempen GJM, Bosma H, van Bortel MPJ, Jolles J, van Eijk JTM. Associations between lifestyle and depressed mood: longitudinal results from the Maastricht Aging Study. *Am J Public Health*. 2007 May;97(5):887-94. doi: 10.2105/AJPH.2004.053199
17. Rieckmann N, Kronish IM, Haas D, Gerin W, Chaplin WF, Burg MM, et al. Persistent depressive symptoms lower aspirin adherence after acute coronary syndromes. *Am Heart J*. 2006 Nov;152(5):922-7. doi: 10.1016/j.ahj.2006.05.014
18. Li Y, Glance LG, Cai X, Mukamel DB. Are patients with coexisting mental disorders more likely to receive CABG surgery from low-quality cardiac surgeons? The experience in New York State. *Med Care*. 2007 Jul;45(7):587-93. doi: 10.1097/MLR.0b013e31803d3b54
19. Whitehead WE, Palsen O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? *Gastroenterology* 2002 Apr;122(4):1140-56. doi: 10.1053/gast.2002.32392
20. Gobin V, Van Steendam K, Denys D, Deforce D. Selective serotonin reuptake inhibitors as a novel class of immunosuppressants. *Int Immunopharmacol*. 2014 May 1;20(1):148-56. doi: 10.1016/j.intimp.2014.02.030
21. Daumit GL, Pronovost PJ, Anthony CB, Guallar E, Steinwachs DM, Ford CE. Adverse events during medical and surgical hospitalizations for persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Mar;63(3):267-72. doi: 10.1001/archpsyc.63.3.267
22. Liao CC, Shen WW, Chang CC, Chang H, Chen TL. Surgical adverse outcomes in patients with schizophrenia: a population-based study. *Ann Surg*. 2013 Mar;257(3):433-8. doi: 10.1097/SLA.0b013e31827b9b25
23. Tsay JH, Lee CH, Hsu YJ, Wang PJ, Bai YM, Chou YJ, et al. Disparities in appendicitis rupture rate among mentally ill patients. *BMC Public Health*. 2007 Nov 15;7:331. doi: 10.1186/1471-2458-7-331
24. Tanaka M, Okamoto M, Yamashita K. Cardiac surgery for patients with schizophrenia: clinical experience of six patients. *Surg Today*. 2022;52(4):567-73. doi: 10.1007/s00595-021-02369-4
25. Needham MJ, Webb CE, Bryden DC. Postoperative cognitive dysfunction and dementia: what we need to know and do. *Br J Anaesth*. 2017 Dec 1;119:i115-25. doi: 10.1093/bja/aex354
26. Witlox J, Eurelings LSM, de Jonghe JFM, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia: A Meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jul 28;304(4):443-51. doi: 10.1001/jama.2010.1013
27. Yang FM, Marcantonio ER, Inouye SK, Kiely DK, Rudolph JL, Fearing MA, et al. Phenomenological Subtypes of Delirium in Older Persons: Patterns, Prevalence, and Prognosis. *Psychosomatics*. 2009 May 1;50(3):248-54. doi: 10.1176/appi.psy.50.3.248
28. van Sinderen K, Schwarte LA, Schober P. Diagnostic Criteria of Postoperative Cognitive Dysfunction: A Focused Systematic Review. *Anesthesiol Res Pract*. 2020;2020(1):7384394. doi: 10.1155/2020/7384394
29. Zhao Q, Wan H, Pan H, Xu Y. Postoperative cognitive dysfunction—current research progress. *Front Behav Neurosci*. 2024 Jan 30;18. doi: 10.3389/fnbeh.2024.1328790
30. Safaie N, Zeinali H, Ghahramanfarid F, Mirmohammadkhani M, Moonesan M. Anxiety and depression among new cancer patients. *J Fam Med Prim Care*. 2022 Aug;11(8):4146-50. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1984_21
31. O'Rourke RW, Digs BS, Spight DH, Robinson J, Elder KA, Andrus J, et al. Psychiatric illness delays diagnosis of esophageal cancer. *Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus*. 2008;21(5):416-21. doi: 10.1111/j.1442-2050.2007.00790.x
32. Oduyale O, Eltahir A, Stem M, Prince E, Zhang GQ, Safar B, et al. What Does a Diagnosis of Depression Mean for Patients Undergoing Colorectal Surgery? *J Surg Res*. 2021 Apr;260:454-61. doi: 10.1016/j.jss.2020.11.006
33. Abraham J, Holzer KJ, Pedamallu L, Kozower BD, Avidan MS, Lenze EJ. Peri-operative mental health interventions for surgical oncology patients: a narrative synthesis and meta-analysis. *Anaesthesia*. 2025 Feb;80 Suppl 2(Suppl 2):54-64. doi: 10.1111/anae.16471
34. Clous E, Beerthuis K, Ponsen KJ, Luitse J, Olff M, Goslings C. Trauma and psychiatric disorders: A systematic review. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017 Apr;82(4):794. doi: 10.1097/TA.0000000000001371
35. Falsgraf E, Inaba K, de Roulet A, Johnson M, Benjamin E, Lam L, et al. Outcomes after traumatic injury in patients with preexisting psychiatric illness. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017 Nov;83(5):882-7. doi: 10.1097/TA.0000000000001588
36. Wan JJ, Morabito DJ, Khaw L, Knudson MM, Dicker RA. Mental illness as an independent risk factor for unintentional injury and injury recidivism. *J Trauma*. 2006 Dec;61(6):1299-304. doi: 10.1097/01.ta.0000240460.35245.1a
37. Wisler JR, Springer AN, Hateley K, Mo XM, Evans DC, Cook CH, et al. Pre-injury neuro-psychiatric medication use, alone or in combination with cardiac medications, may affect outcomes in trauma patients. *J Postgrad Med*. 2014;60(4):366-71. doi: 10.4103/0022-3859.143957
38. Muakkassa FF, Marley RA, Dolinac J, Salvator AE, Workman MC. The relationship between psychiatric medication and course of hospital stay among intoxicated trauma patients. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med*. 2008 Feb;15(1):19-25. doi: 10.1097/MEJ.0b013e3180b17ea0
39. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miale-Lye I, Beres JM, et al. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. *JAMA*. 2016

- Jan 12;315(2):150-63. doi: 10.1001/jama.2015.18118
40. Morgan DJR, Ho KM, Platell C. Incidence and Determinants of Mental Health Service Use After Bariatric Surgery. *JAMA Psychiatry*. 2020 Jan 1;77(1):60-7. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2741
41. Kalarchian MA, King WC, Devlin MJ, Hinerman A, Marcus MD, Yanovski SZ, et al. Mental disorders and weight change in a prospective study of bariatric surgery patients: 7 years of follow-up. *Surg Obes Relat Dis*. 2019 May 1;15(5):739-48. doi: 10.1016/j.soard.2019.01.008
42. Brunault P, Bourbao-Tournois C, Ballon N, de Luca A. Psychiatric, psychological and addiction management in obesity surgery: Early identification for better support. *J Visc Surg*. 2023 Apr 1;Obesity and Metabolic Disorders in 2023160(2, Supplement):S22-9. doi: 10.1016/j.jvisc Surg.2022.12.005
43. Olivares Ramírez G del P, Rivas Riveros EE. Validación de escala de ansiedad preoperatoria Amsterdam y necesidad de información en adultos, Chile 2019. *Rev Cuba Enferm*. 2023;(39):44.
44. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
45. Powell R, Scott NW, Manyande A, Bruce J, Vögele C, Byrne-Davis LM, et al. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May 26;2016(5):CD008646. doi: 10.1002/14651858.CD008646.pub2
46. Wang R, Huang X, Wang Y, Akbari M. Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review. *Front Public Health*. 2022 Apr 11;10. doi: 10.3389/fpubh.2022.854673
47. Tse WLW, Sin PY, Choi KC, Cheng HY. The Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions on Preoperative and Postoperative Anxiety Among Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2026 Feb;23(1):e70099. doi: 10.1111/wvn.70099
48. Jin Z, Hu J, Ma D. Postoperative delirium: perioperative assessment, risk reduction, and management. *Br J Anaesth*. 2020 Oct 1;125(4):492-504. doi: 10.1016/j.bja.2020.06.063
49. Wood R, Wand APF. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2014 Mar;76(3):175-92. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.01.002