

Capítulo 1

PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON REVASCULARIZA- CIÓN MIOCÁRDICA

*Surgical psychoprophylaxis in patients with myocardial
revascularization*

Jéssica López Peláez

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0001-6529-9160>

✉ jessica.lopez02@usc.edu.co

Ángela Patricia Acosta Pulido

Universidad Santiago de Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-6772-5749>

✉ angelap_acosta@hotmail.com

Resumen

Las intervenciones quirúrgicas suelen impactar negativamente la vida de los pacientes, puesto que se perciben como una amenaza a su integridad física, la cual puede generar cambios en su estilo de vida y demás esferas del individuo. Las ideas que se tienen frente a las cirugías, por lo general, están cargadas de creencias que desencadenan

Cita este capítulo

López Peláez, J; Acosta Pulido, A. P. (2024). Psicoprofilaxis quirúrgica en pacientes con revascularización miocárdica. En: *Revascularización miocárdica: tópicos selectos para profesionales de la salud*, Tomo II: *abordaje especializado*. Lozada Ramos, H; Daza Arana, J. E. (Editores científicos) (pp. 23-54). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2024.

una serie de temores que impiden que se afronte la situación con un adecuado control emocional, sobre todo cuando son cirugías cardíacas. La literatura indica que un alto porcentaje de los pacientes que se someten a estas cirugías, experimentan algún tipo de trastorno psicológico, principalmente ansiedad y depresión, debido a lo que representa el corazón para la vida del ser humano. Es por lo que, diversos estudios resaltan los múltiples beneficios de la evaluación e intervención psicológica de un paciente que va a ser sometido a una cirugía, entre los cuales se observan la disminución del tiempo de hospitalización, reducción de la ansiedad, menor dolor y una mayor satisfacción de la atención recibida como de la experiencia hospitalaria. La psicoprofilaxis quirúrgica es una estrategia que pretende informar, esclarecer, reducir los temores y fantasías que surgen ante una cirugía, no solo para el paciente, sino también para la familia, influyendo favorablemente en los estados emocionales, fortaleciendo el sistema inmunitario, y contribuyendo así a un mejor proceso postoperatorio.

Palabras clave: psicología, regulación emocional, cirugía cardiovascular (**Fuente:** MeSH).

Abstract

Surgical interventions often negatively impact the lives of patients since they are perceived as a threat to their physical integrity, which can generate changes in their lifestyle and other spheres of the individual. The ideas that people have about surgery are usually loaded with beliefs that trigger a series of fears that prevent the situation from being faced with adequate emotional control, especially when it is a heart surgery. The literature indicates that a high percentage of patients who undergo these surgeries experience some type of psychological disorder, mainly anxiety and depression, due to what the heart represents for the life of the human being. For this reason, several studies highlight the multiple benefits of psychological evalua-

tion and intervention of a patient who is going to undergo surgery, among which we can observe a decrease in the time of hospitalization, reduction of anxiety, less pain and a greater satisfaction with the care received as well as with the hospital experience. Surgical psychoprophylaxis is a strategy that aims to inform, clarify, reduce fears and fantasies that arise before a surgery, not only for the patient but also for the family, favorably influencing the emotional states, strengthening the immune system and thus contributing to a better postoperative process.

Keywords: psychology, Emotional Regulation, Cardiovascular Surgical Procedures (**Source:** MeSH).

Introducción

Las crecientes estadísticas de los últimos años de enfermedades no transmisibles, indican que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, particularmente, ocurren en un 80 % en países de ingresos medios y bajos [1]. Desde el año 1970, las ECV han sido consideradas como las principales causantes de muerte tanto en hombres como en mujeres, con tendencia a incrementar año tras año [2].

Según la OMS [3], las ECV son el conjunto de trastornos del corazón que afectan la red de vasos sanguíneos del organismo, incluyendo arterias, capilares y venas, que trasladan sangre a todos los rincones del cuerpo. Las causas más frecuentes son la formación de cúmulos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos, la combinación de factores de riesgo prevenibles tales como el tabaquismo, dietas altas en grasas, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol, HTA, diabetes y dislipidemia, asociadas a factores psicológicos y emocionales como lo son el estrés, inadecuado manejo de las emociones negativas, entre otros, que han elevado las cifras de dichas enfermedades [4].

En este sentido, la relevancia de incluir los aspectos psicológicos y sociales como parte del abordaje del proceso salud-enfermedad, que no estaba contemplado en el modelo biomédico clásico, surge recién en la década de los 70 con el modelo psicosocial, propuesto por Engel en 1977. El modelo biomédico desconoce que las enfermedades físicas desencadenan estados depresivos y ansiosos, modificando el estado de ánimo del paciente, e incluso que el mismo tratamiento médico puede ser una fuente de estrés para el individuo [5]. Por consiguiente, el surgimiento del modelo biopsicosocial reconoce la importancia de los factores psicológicos, sociales y culturales, que, junto con el biológico, influyen en el proceso de la enfermedad y su tratamiento [6].

Por consiguiente, desde principios del siglo XX se incrementaron las investigaciones que evidenciaron la presencia de factores de riesgo psicosocial que inciden en el desarrollo de las enfermedades coronarias. Los primeros estudios que se realizaron frente al tema estuvieron a cargo de sir William Osler en 1910, quien realizó una descripción de los pacientes con enfermedad cardiovascular, como personas preocupadas con rasgos de aburrimiento en las tareas que desarrollaban. Posteriormente, diversos autores (Menninger, 1910; Weiss, 1944, en Laham 2006) [7] relacionaron la HTA con la ira y la hostilidad reprimida [7]. Por el contrario, fueron Friedman y Rosenman en 1959 [8], quienes propusieron un patrón de comportamiento asociado con los trastornos cardiovasculares denominado: “personalidad tipo A”, el cual define a personas con un alto componente de hostilidad y de ira más proclives a desarrollar ECV [9]. En la década de los 90, investigadores como Denollet y Brusaert mencionaron un nuevo tipo de patrón asociado a dichas patologías coronarias, conocido como “personalidad tipo D”, la cual se definía por la interacción de afectividad negativa e inhibición social, es decir, una conducta basada en suprimir, reprimir y contener el distrés emocional [9].

Por lo tanto, las personas que padecen ECV presentan un incremento en el nivel de riesgo psicosocial, comparado con la población general, evidenciándose patrones de comportamientos y emociones como son: el enojo, la hostilidad, la depresión, la ansiedad, estrés psicológico, fatiga excesiva, elevada tensión laboral, aplanamiento afectivo, baja tolerancia a la frustración, miedo a perder el control, aislamiento y carencia de apoyo social.

Muchas de las ECV se complican, y como tratamiento requieren intervención quirúrgica, una de ellas la cirugía de revascularización miocárdica (RVM), la cual se lleva a cabo en pacientes con enfermedad del tronco coronario izquierdo, enfermedad de uno, dos o tres vasos con compromiso proximal de la arteria descendente anterior [10]. Según Shea [11], dicha cirugía consiste en “derivar el flujo sanguíneo que atraviesa las arterias coronarias nativas con estenosis de alto grado u oclusión, que no puede resolverse por angioplastia, con introducción de una prótesis endovascular”. La hospitalización de este procedimiento dura entre 4 y 5 días, a menos que se prolongue debido a complicaciones.

Las intervenciones quirúrgicas suelen impactar negativamente la vida de los pacientes, puesto que se perciben como una amenaza a su integridad física, generan cambios en su estilo de vida, relaciones interpersonales y diversas esferas del individuo, por lo tanto, el estado emocional preoperatorio debe tenerse en cuenta más allá de la información verbal que el paciente manifiesta. Las ideas que se tienen frente a las cirugías están cargadas de creencias que provocan una serie de temores que impiden que la persona afronte la situación con un adecuado control emocional [12]. Al ser considerado un evento estresante, donde el paciente expone su cuerpo y su vida ante los médicos, la cirugía desencadena emociones complejas tales como ansiedad, estrés y temor que pueden complicar el procedimiento, al hacer al paciente más vulnerable, incrementando el riesgo quirúrgi-

co [13]; particularmente cuando son cirugías que implican órganos vitales como cerebro, pulmones o corazón [14]. Se ha observado que cuando la enfermedad es del corazón, dichas emociones se incrementan, puesto que la percepción que se tiene de dicho órgano es del que “da la vida”. No obstante, aparte del miedo, la ansiedad y la angustia que genera el diagnóstico, muchos de estos pacientes suelen manifestar culpa por padecer de esta enfermedad, considerando que fue un descuido o debido a sus “malos hábitos” [2].

La evidencia indica que el 2-3 % de los pacientes que se someten a alguna cirugía de esta índole experimentan algún tipo de trastorno psicológico, principalmente depresión [15]. La prevalencia de esta patología se estima entre 27 y 47 % en esta clase de pacientes, donde la ansiedad y depresión preoperatoria son predictores de la aparición de síntomas después de la cirugía [16]. Los síntomas depresivos serían el resultado de los factores estresantes producidos por los malestares físicos de la patología más la experiencia de la cirugía. Cabe mencionar, que se ha encontrado una fuerte correlación entre las tendencias pesimistas y las estrategias de afrontamiento ineficaces durante el periodo postoperatorio.

No obstante, también se manifiestan problemas de ansiedad relacionados con la gravedad de la enfermedad o la duración del proceso preoperatorio, puesto que cuanto mayor sea la urgencia de la cirugía, menor será el tiempo que tendrá el paciente para adaptarse emocionalmente, lo que generará la crisis y algunas manifestaciones somáticas [17]. Se ha evidenciado que los pacientes ansiosos son aquellos que más preocupaciones refieren, manifiestan sentir más dolor y presentan dificultad para seguir las órdenes médicas, por lo tanto, retrasan su recuperación [14].

Para contrarrestar dichas manifestaciones, diversos estudios señalan los beneficios obtenidos frente a la evaluación e intervención psicológica de un paciente que va a ser llevado a una cirugía, entre los que

se observan la disminución del tiempo de hospitalización, reducción de la ansiedad, menor dolor y una mayor satisfacción de la atención recibida, como de la experiencia hospitalaria [18].

Para realizar dicho proceso, será necesario la preparación psicológica del paciente por medio de la psicoprofilaxis quirúrgica, la cual, según Zayers [6], se conoce como el estudio de los comportamientos, actitudes y hábitos emocionales, con el fin de prevenir alteraciones mentales como consecuencia del acto quirúrgico.

Generalidades psicoprofilaxis quirúrgica

Antes del diagnóstico inicial y la indicación quirúrgica, el individuo se percibe saludable y estable, posterior a la noticia pasa de un estado de salud a enfermedad, donde la interpretación y el afrontamiento de estas situaciones son subjetivos y dependen de un entramado de múltiples factores personales, familiares y vivenciales del paciente; llevando la cirugía a convertirse en una vivencia de estrés o una vivencia traumática para la persona. Por lo tanto, una cirugía por “simple” que sea, se considera siempre como una experiencia estresante, ya que es una amenaza real a la vida, sobre la cual se evalúa, interpreta y se le da un significado, desencadenando miedos, preocupaciones, conflictos y malestar psíquico [19].

La importancia del psiquismo en el acto quirúrgico se ha dado de manera paulatina dentro del campo médico. Mucci [19] señala que se encuentra inicialmente en 1938 con Karl Meninnger, en su documento “Adicción a la policirugía”, donde hace referencia a la compulsión de las cirugías como un acto de autodestrucción. Posteriormente, Deutsch, en 1942, desde un enfoque psicoanalítico, subraya la relevancia de la anestesia como promotora de la “ansiedad de muerte” y las diversas respuestas emocionales que produce en el individuo. Pero fue en la década de los 70 con Bellak y Small, tomando como base el modelo de la “psicoterapia breve y de urgencia”, quienes realizan las

primeras intervenciones psicológicas en cirugías de emergencias y casos particulares. En la década de los 80, Bellak y Siegel plantean la importancia de llevar a cabo una psicoterapia con dicho modelo, que permita intervenir a pacientes con enfermedades físicas y con requerimientos quirúrgicos. Desde entonces, diversos autores [20-22] han enfatizado la eficacia de la preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas, desmitificando los prejuicios que impiden el abordaje de la salud mental en dichos pacientes [19].

Por su parte, Mardarás Platas [23] señala al respecto que: la preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas, no se limita a dar consejos sobre cómo cuidar al enfermo, sino que proporciona auténticos instrumentos de acción para conseguir el fin óptimo de una auténtica psicoprofilaxis quirúrgica, que no es otra que orientar y canalizar la energía psíquica y la del cuerpo técnico hacia una actitud de colaboración correcta para el éxito de la operación. [23, Pág.65]

En la literatura se encuentran múltiples definiciones de psicoprofilaxis quirúrgica, Pignay- Demaria y cols [13] lo definen como “una práctica interdisciplinaria entre la medicina y la psicología, que trabaja con pacientes utilizando diferentes estrategias, técnicas y recursos” [13, Pág.76]. Sin embargo, se observa que esta definición se quedó corta, ya que en la actualidad el marco conceptual es diverso y flexible en la aplicación de técnicas y estrategias. Para Mucci [19] se define como: el proceso psicoterapéutico de objetivos preventivos, focalizado en la situación quirúrgica y planificado para promover, en el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo, recursos que lo orienten a afrontar la operación, reducir efectos eventualmente adversos para el psiquismo y facilitar la recuperación biopsicosocial [19, Pág. 50].

Tiene como objetivo principal “disminuir la ansiedad y la angustia provocada por la vivencia del acto quirúrgico como ataque a la integridad del esquema corporal” [24]. Dicho proceso busca generar en el

paciente los recursos cognitivos, afectivos y comportamentales para afrontar adecuadamente la intervención quirúrgica con la finalidad de disminuir los efectos adversos y posibilitar la recuperación, influyendo favorablemente en los estados emocionales, y logrando así fortalecer el sistema inmunitario del individuo [25]. En este sentido, Mucci [19] señala diversos objetivos tales como: facilitar el procesamiento de información, proporcionar recursos para afrontar las preocupaciones que la enfermedad y la cirugía imponen, estabilizar los síntomas psicológicos a nivel tolerable, disminuir miedos básicos o universales, hacer explícito lo implícito, evitar que la operación pueda dar lugar a una organización psicopatológica, jerarquizar o priorizar dificultades singulares [19, Pág. 51].

La psicoprofilaxis quirúrgica facilita el procesamiento de información mediante la psicoeducación, fortaleciendo las estrategias de afrontamiento frente a las preocupaciones y miedos que la enfermedad y la cirugía imponen [26]. Por lo tanto, es un método preventivo, el cual tendría como objetivo reducir el impacto eventualmente traumático que genera la experiencia quirúrgica. Garrido [26] destaca que durante este proceso se brinda acompañamiento al paciente y su familia, con el fin de movilizar la mayor parte de los recursos y estrategias que sean capaces de controlar y disminuir los niveles de ansiedad, estrés o depresión que causarían el desequilibrio psicológico del paciente.

Esta estrategia pretende informar, contener, esclarecer e intentar darle manejo a aquellas emociones y sentimientos que surgen ante una cirugía, no solo para el paciente, sino también para la familia [27]. De igual forma, contribuye a mejorar la relación médico-paciente, haciendo énfasis en el proceso de informar y aclarar dudas para facilitar la comprensión de lo que va a acontecer en el acto quirúrgico [6].

La intervención en psicoprofilaxis quirúrgica se divide en tres etapas:

1. *Etapa preoperatoria*: la adaptación durante esta etapa depende de los antecedentes de cada paciente, de las características de personalidad y su forma de reaccionar ante el estrés [28]. No obstante, a menudo suele aparecer la ansiedad preoperatoria, la cual es aquella que surge cuando la situación se percibe y se evalúa como una amenaza. Toussaint [28] cita a Giacomantone y Mejía [29] al mencionar que las conductas observadas durante la etapa preoperatoria definirán en gran medida las dificultades que podrían presentarse durante el postoperatorio. Durante esta etapa, la intervención debe centrarse en las expectativas y los temores que genera la anestesia, la muerte, el sufrimiento, la soledad, entre otros; intentando disminuir los niveles de ansiedad, y favoreciendo la recuperación [27]. Seguido de esta etapa se encuentra una intermedia denominada “Preoperatorio próximo”, que se produce cuando el paciente se hospitaliza hasta que se realiza la cirugía [19].

2. *Etapa intraoperatoria*: es el acto quirúrgico como tal, previamente se debe recordar las técnicas que se abordaron durante la etapa preoperatoria para lograr que el individuo alcance un estado de calma y confianza en el equipo médico a cargo, para evitar complicaciones intraoperatorias [27].

3. *Etapa postoperatoria*: Durante esta etapa el paciente suele estar pendiente de su cuerpo, especialmente de la zona operada, incrementando el nivel de interocepción, desencadenando preocupaciones, temores o incluso descompensaciones [28]. Por lo que se deberá reforzar lo trabajado durante la etapa preoperatoria, ayudando al paciente a mantener una actitud positiva frente a la cirugía, resaltando los beneficios que le generará la misma, centrándose en la recuperación, manejo del dolor y el cuidado de la salud después del alta médica [27]. Se subdivide en dos fases: postoperatorio inmediato o de corto plazo, el cual se da desde la salida del quirófano hasta el alta hospitalaria; y

el postoperatorio de largo plazo, que se produce desde el alta médica y el regreso a la vida cotidiana [19].

Dichas etapas se ven influenciadas de acuerdo con la situación actual del paciente, el significado que le da a la enfermedad y a la cirugía, preocupaciones actuales, acontecimientos vitales estresantes, antecedentes psicopatológicos en la familia y el nivel de información que presenta de su patología; todo esto con el fin de trabajar aspectos en específico, de acuerdo con la estructura cognitiva del paciente.

Giacomantone y Mejía [29] señalan que la adaptación psicológica a la cirugía depende de diversos factores, tales como:

Tabla 1.1. Adaptación psicológica a la cirugía

Magnitud del factor traumático externo real	Nivel de gravedad de la intervención quirúrgica, es decir, cirugía por un accidente mutilante, etc.; a mayor gravedad y riesgo de muerte, mayor impacto psíquico.
La evaluación de ese estímulo como amenazante incluye múltiples factores como:	1) Percepción del peligro “real” de la intervención y nivel de gravedad de la enfermedad. 2) Evaluación cognitiva del peligro percibido, resultados/beneficios de la cirugía. 3) Evaluación “irracional” determinada por fantasías, temores, experiencias previas.
Capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a ese estímulo:	Grado de tolerancia y estrategias de afrontamiento para controlar el procedimiento.

Fuente: Tomado y modificado de Giacomantone y Mejía [29].

Para realizar una psicoprofilaxis quirúrgica adecuada es necesario utilizar las pruebas psicológicas complementarias [13] tales como: escala de depresión de Beck, escala de síntomas generales o la escala del trastorno del sueño de Jenkins [18], entre otras. Es importante mencionar que el reconocer adecuadamente los síntomas a intervenir, fa-

cilitará la elección de las técnicas comportamentales y de orientación cognitiva que se deben utilizar con cada paciente. Conjuntamente, es importante incluir a la familia, al ser la primera red de apoyo y la base del aprendizaje de estilos de vida [25].

Si bien la intervención psicológica puede realizarse desde diferentes aproximaciones teóricas, todas deben centrarse en los mismos objetivos [14]: estimular la toma de conciencia frente a la situación, disminuir las emociones negativas a niveles manejables para la estructura cognitiva del paciente, validar lo que el individuo manifiesta, fomentar la correcta expresión de las emociones y reestructurar cognitivamente al paciente, con el fin de modificar concepciones y creencias erróneas sobre la situación que atraviesa. Dentro de esta intervención psicológica también se debe: asignar tareas al paciente con el fin de motivarlo a trabajar en pro de su bienestar, y desarrollar estrategias que le permitan generar expectativas de vida alternas que, a su vez, le posibiliten reaccionar de manera diferente ante el evento vital.

No obstante, para alcanzar el éxito de este proceso es necesaria la colaboración con diferentes miembros del equipo de salud que intervienen con el paciente, es decir, se debe efectuar de manera interdisciplinaria, en este caso, sería el psicólogo quien no solo se encargará de asesorar y apoyar al paciente y su familia, sino también al personal médico, enfermeros, instrumentadores, y otros cuidadores que estén en contacto con el paciente, para lograr crear un espacio de seguridad y tranquilidad para afrontar exitosamente la cirugía [6]. Por lo tanto, la interdisciplinaria constituye relaciones complejas de conocimientos y habilidades, exige flexibilidad, trabajo en equipo, códigos comunes, comunicación humanizada con el paciente y la familia, siendo así, un facilitador en el arduo proceso quirúrgico, respetando la singularidad de cada individuo [19].

Importancia del manejo del estrés desde la psicoprofilaxis quirúrgica

El ambiente hospitalario es un factor estresor para el individuo, debido a las dinámicas propias, tiempos de respuesta, lenguaje e incertidumbre que se maneja tanto para el paciente como para la familia. Esto, sumado a que el requerimiento quirúrgico aumenta los niveles de estrés del paciente [30].

El estrés genera una actividad incrementada del eje HPA, el cual eleva los niveles de glucosa en sangre, generando que los linfocitos disminuyan su respuesta frente a los agentes invasores, dejando de esta forma al individuo propenso a una infección [27]. Dentro del campo de la psiconeuroendocrinología (PNI) se ha encontrado que “el estrés y la ansiedad rompen la homeóstasis neuroendocrina y retardan la reparación de tejidos, dificultando la cicatrización de las heridas” [14, Pág. 54]. Los estudios realizados sobre los efectos del estrés establecen consecuencias al organismo tales como alteraciones del sistema inmune, aumentando la predisposición a procesos infecciosos, oncológicos o autoinmunes; también se incrementa el tiempo de cicatrización de los tejidos en un 24 % en pacientes con elevados montos de estrés [27]. En periodos prominentes de estrés se liberan neurotransmisores y hormonas, que, en su mayoría, tienen actividad sobre las células inmunitarias, por ejemplo, los corticoides inhiben las citoquinas proinflamatorias y retrasan el proceso de reparación tisular [31].

Las investigaciones en el campo PNI establecen una “comunicación estructural, funcional y constante entre los sistemas nervioso, endocrino, inmune y psiquismo” [32, Pág. 14], lo cual explicaría la influencia de las emociones, conductas y cogniciones con la causa, prevención y recuperación de las enfermedades. Siendo así, cualquier impacto psicológico, como por ejemplo estrés o estados emocionales negativos, inciden en la aparición, curso o desenlace de una enfermedad en la que esté implicado el sistema inmune [30].

La capacidad de adaptación del organismo a dichas situaciones afectará la respuesta inmunitaria, determinando así, la respuesta individual frente a la enfermedad [31]. No obstante, es importante mencionar que dichas manifestaciones dependerán de cada individuo, de su personalidad, estrategias de afrontamiento y recursos psicológicos [13]; así como de sus valores, prácticas culturales, el ambiente físico y social [33].

La enfermedad física se considera como una fuente importante de estrés, irrumpiendo en la vida del paciente y su familia. Aunado a esto, se considera que cualquier tipo de intervención quirúrgica, independiente de su magnitud, es una fuente potencial de estrés que trae consigo consecuencias fisiológicas y psicológicas para el individuo; involucran la actitud y el comportamiento del paciente durante todo el proceso para seguir las prescripciones, tener adherencia al tratamiento y colaborar con los profesionales de la salud, tanto en su hospitalización como en su recuperación [14].

Por lo tanto, la psicoprofilaxis quirúrgica se considera un elemento indispensable dentro del equipo médico, ya que al elaborar los temores del paciente se pueden disminuir los niveles de estrés preoperatorio relacionados con la enfermedad, los procedimientos diagnósticos y la cirugía como tal, logrando acelerar las fases de cicatrización, aumentar la tolerancia al dolor, disminuir el tiempo de hospitalización, reducir el riesgo de infecciones y complicaciones postquirúrgicas [27].

Se evidencia la diferencia entre pacientes asistidos psicológicamente en el preoperatorio, ya que los miedos a la intervención quirúrgica disminuyen, se expresan verbalmente y no se niegan, lo cual hace que se resignifique la “percepción de peligro” frente a la cirugía, disminuyendo no solo el estrés, sino posibles ataques de pánico en individuos con elevados niveles de ansiedad; dichos factores inciden positivamente en un postoperatorio más satisfactorio y menos doloroso para la persona [19].

Castillero [14] asegura que la psicoeducación para la cirugía genera una inducción más rápida de la anestesia y un mayor margen de seguridad, menor porcentaje de hipertensión y una mayor percepción de control personal sobre el proceso de recuperación. Es importante tener en cuenta que no solo las intervenciones “irrelevantes” o “rutinarias”, sino la forma de comunicarse con el paciente podría complicar la estructura emocional del individuo, generando complicaciones a lo largo del proceso postoperatorio [17]. Las intervenciones psicológicas oportunas contribuirán a modular una respuesta más adaptativa, y por ende a recobrar la salud, enseñando a los individuos estrategias de afrontamiento adecuadas para abordar el proceso quirúrgico [27].

Por lo tanto, el objetivo es resignificar la forma en la que se ve el acto quirúrgico, teniendo en cuenta la historia de vida de cada paciente, las experiencias previas que ayuden a su bienestar psíquico y aporten al aprendizaje, y la experiencia para afrontar dicho proceso [34].

Abordaje de la psicoprofilaxis en el paciente con cirugía cardiovascular

Las intervenciones quirúrgicas que implican el corazón generan mayores niveles de ansiedad, angustia, estrés y miedo a la muerte, ya que el corazón es uno de los órganos principales que tiene una mayor representación ligada a la vida en el ser humano, sumado a que se le considera el centro de las emociones más profundas como el amor.

El significado de la vida, la muerte y las motivaciones para seguir viviendo inciden considerablemente en este tipo de cirugía, debido al significado que tiene el corazón en el ser humano. Desde el advenimiento de la cirugía cardiovascular en la década de los 50, los médicos se enfrentaron a nuevas formas de reaccionar, por parte del individuo, a procedimientos que tienen un profundo impacto en la vida. Se ha observado que los pacientes que atraviesan este tipo de inter-

venciones presentan síntomas postoperatorios como psicosis, delirio y en algunos casos depresión, que se producen en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), relacionado con factores psicológicos preoperatorios [15].

Las reacciones psicológicas ante una cirugía cardiovascular pueden estar vinculadas al miedo a lo desconocido, al dolor, a la reacción a la anestesia e incluso a perder la integridad de su cuerpo. Los miedos están regulados por las experiencias previas propias y de familiares, el historial quirúrgico, la información que el paciente tiene y lo que desconoce de la enfermedad y el procedimiento [19].

Dentro de los miedos al acto quirúrgico, el más recurrente en los pacientes es la anestesia, pues se fantasea y se considera una “muerte transitoria”, por la pérdida de consciencia, control y voluntad que se genera durante la intervención, incrementando la percepción de indefensión y el temor a “no despertar” [29]. El miedo a la anestesia presenta tres derivaciones: 1. relacionada con la probabilidad de morir por esta causa, se consideran la más predominante en los pacientes en cirugías de alta complejidad, como las cardiovasculares; 2. padecer o “sentir” la cirugía (que la anestesia no funcione) y 3. la pérdida de control, hablar “asuntos privados” mientras no se está consciente [19]. Seguido a estas, se encuentra el temor de encontrarse vulnerable y el miedo a experimentar dolor físico en el postoperatorio. Todo esto puede incrementar significativamente si el individuo presenta rasgos paranoides o fóbicos [29]. Otros temores que se encuentran asociados son: el miedo al futuro, relacionado principalmente con las necesidades socioeconómicas, el tiempo de vida, los resultados de la cirugía, recuperación, el cuidado de los hijos (si se tienen), la pérdida de la privacidad, al error del cirujano, vergüenza a la desnudez, a la dependencia de otros, y al cambio de la imagen corporal [19]. Este último, hace énfasis en que dentro de las cirugías cardiovasculares lo que impacta más al individuo es el cambio en su imagen corporal, debido a

las múltiples cicatrices que deja el acto quirúrgico, por tal motivo, en algunos casos, es necesaria la intervención psicológica para facilitar la aceptación de dichos cambios, pero en este aspecto, las investigaciones son precarias.

Respecto a la incidencia de las emociones como la ira y la ansiedad como predictores de complicaciones postoperatorias, Stengrevics et al. [35] llevaron a cabo un estudio en el cual se les aplicó a 94 pacientes que esperaban intervenciones cardiovasculares una escala estandarizada que medía el estado y el rasgo de ansiedad e ira, con lo que encontraron una relación que entre más altos eran los niveles de ansiedad y de ira en la etapa preoperatoria, peores fueron los resultados postoperatorios. No obstante, mencionan que la ansiedad y la ira como rasgo de personalidad no inciden tanto como cuando están presentes en la etapa preoperatoria. Estos hallazgos respaldan la hipótesis que el estado psicológico de un paciente, inmediatamente antes de la cirugía, puede estar significativamente relacionado con los resultados quirúrgicos, más que las características psicológicas crónicas. Por lo que los autores señalan que la psicoprofilaxis, al reducir las complicaciones y el tiempo de hospitalización, ayuda a disminuir los costos del sistema de salud [35].

La depresión es uno de los factores psicológicos en los que intervienen algunos mecanismos fisiopatológicos, a través de los cuales se supone que afecta a la enfermedad coronaria (por ejemplo, la activación de las plaquetas, el sistema inflamatorio y las disritmias, entre otros), los cuales están estrechamente influenciados por el uso de la derivación cardiopulmonar. Por ende, la cirugía cardíaca proporciona elementos para comprender mejor los mecanismos psiquiátricos de la cardiopatogénesis. Las investigaciones realizadas indican que la depresión y los episodios depresivos graves aumentan el riesgo de morbilidad cardiovascular después de una cirugía cardíaca. La relación entre los trastornos depresivos y el delirio es de particular relevancia para el personal médico, por las consecuencias que trae en el periodo postoperatorio [15].

Una de las principales consecuencias de las cirugías cardiovasculares es el delirio, por lo que los estudios indican que la prevalencia de trastornos psiquiátricos antes de la cirugía cardíaca se distribuye de la siguiente manera: depresión mayor (17.1 %), ataques de pánico (7.6 %), trastorno de ansiedad generalizada (10.1 %) y para la personalidad tipo D (13.3 %), presentándose 49 casos (31 % del total) de delirio posterior a la cirugía. Los resultados indican que la depresión mayor se asoció significativamente con el delirio posterior a la operación. Estos hallazgos sugieren que se puede disminuir el riesgo de delirio, identificando y abordando previamente la depresión del paciente [36].

Otra de las principales consecuencias de la depresión y las cirugías cardiovasculares está asociada al deterioro cognitivo postoperatorio. Estudios realizados por Patron et al [37], en Italia, hallaron que los síntomas depresivos preexistentes, en lugar de los factores de riesgo perioperatorios, están estrechamente relacionados con el declive cognitivo 17 meses después de la cirugía cardíaca. En comparación con los pacientes sin depresión preexistente, aquellos con síntomas depresivos tuvieron mayor disminución en el rendimiento cognitivo, particularmente en la velocidad psicomotora, el funcionamiento de los dominios cognitivos y la memoria de trabajo. Por lo tanto, los autores sugieren que una evaluación psicológica preoperatoria de los síntomas depresivos es esencial para anticipar qué pacientes son propensos a mostrar un declive cognitivo a largo plazo después de una cirugía cardíaca, sumado a las complicaciones físicas posoperatorias que trae consigo la depresión.

En esta línea, investigaciones realizadas en la Universidad de Iowa con hombres sometidos a bypass coronario, señalan que los grupos que tuvieron preparación psicológica previa a la cirugía: a) redujeron la angustia psicológica y emocional, b) facilitaron la recuperación física (señalado por enfermería) y c) tuvieron una incidencia 32.5 % menor de hipertensión postoperatoria. Esto debido a que se dismi-

nuyó la ansiedad preoperatoria al hacer que los pacientes se sintieran bien informados, y al aumentar su sentido de control sobre la recuperación [38].

Cabe mencionar, que otro aspecto que se observa en algunos pacientes, es que ciertos temores y ansiedades preoperatorias surgen de la identificación de la persona con sus padres o familiares, es decir, se teme a que tengan las mismas complicaciones o tipo de muerte que ellos, sobre todo si es la misma enfermedad, en este caso ECV. Por lo tanto, se debe realizar una completa entrevista para identificar este tipo de creencias, que se dan de manera independiente del nivel sociocultural del paciente, y que puedan interferir en el proceso previo, incrementando los niveles de estrés [29].

Por consiguiente, diversos autores [15,35,36] coinciden en señalar que la psicoprofilaxis es fundamental en las intervenciones quirúrgicas coronarias, ya que, al reducir las complicaciones y el tiempo de hospitalización, ayuda a disminuir los costos del sistema de salud.

Identificación de riesgos prequirúrgicos en cirugías cardiovasculares

El médico, al tener un amplio conocimiento de los factores psicológicos y psiquiátricos del paciente frente a su enfermedad cardiovascular y la cirugía, dispondrá de mayores herramientas para disminuir las complicaciones clínicas posteriores a la operación [29].

Los pacientes que se llevarán a dichas intervenciones quirúrgicas se encuentran en un periodo de estrés constante, que viene desde el diagnóstico de la enfermedad, los exámenes previos y otros estímulos externos e internos percibidos como amenazantes, por lo cual se pueden observar diferentes reacciones físicas, emocionales y conductuales [2]. En algunos casos, el individuo logra la adaptación psicológica necesaria para la situación, evidenciando un grado de ansiedad

preoperatoria que puede reconocer, verbalizar y manejar adecuadamente [32]. No obstante, se encuentra pacientes que no están en capacidad de afrontar un proceso pre y postoperatorio adecuado, ni una rehabilitación eficaz, debido a que presentan depresión, ansiedad y negación frente a la situación. En estos casos será necesario realizar intervenciones psicológicas eficaces con el fin de disminuir el malestar emocional, posibles complicaciones, reingresos al hospital, entre otros [2].

Es relevante mencionar que, dentro del proceso prequirúrgico, se debe valorar los obstáculos que puedan incidir en una adecuada adherencia al tratamiento o al cuidado posterior a la cirugía. Por lo tanto, Laham [7] señala que se deberá tener presente la evaluación de la ansiedad previa, teniendo en cuenta los siguientes aspectos [7, Pág.171]:

1. *Expresión verbal de la ansiedad*: grado de reconocimiento, tolerancia o intolerancia, imposibilidad de hablar de sus miedos.
2. *Manifestaciones no verbales de la ansiedad*: expresiones del rostro y la mirada, temblores y sudoración.
3. *Cambios fisiológicos*: variaciones de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial, insomnio, pesadillas, cefalea, náuseas, disnea u opresión precordial.

Estos síntomas evidencian estados ansiosos, y deben ser intervenidos, ya que pueden incidir en la respuesta de los analgésicos y en complicaciones en la cirugía, tales como aumento de la presión arterial, acentuación del dolor, entre otros [7].

Por su parte, Giacomantone y Mejía [29], destacan algunas situaciones de origen psicológico de alto riesgo preoperatorio que los cirujanos y equipo médico deben tener en cuenta, así mismo señalan cómo la presencia de dichos factores genera complicaciones emocionales y médico-quirúrgicas en el postoperatorio, que por lo general el ciru-

jano pasa por alto y no las considera relevantes dentro del proceso, desencadenando consecuencias inesperadas. Los principales indicadores de alto riesgo quirúrgico de origen psicológico son [29, Pág.175]:

1. Personalidad patológica: adicciones, depresión, otros trastornos mentales.
2. Antecedentes de inadecuada adaptación emocional en cirugías previas.
3. Marcada ansiedad preoperatoria que no disminuye con la información brindada al paciente por el cirujano.
4. Intervenciones quirúrgicas mutilantes o con postoperatorios presumiblemente difíciles.
5. Ausencia marcada llamativa de ansiedad preoperatoria o demoras en la indicación quirúrgica.

En este sentido, una intervención quirúrgica puede convertirse psíquicamente en traumática si se combinan algunos de los factores mencionados, sumado al significado de la cirugía, el nivel de estrés de la hospitalización, la capacidad de respuesta al estrés, calidad de la enfermedad y la operación, y la representación de amenaza para la integridad y la vida. Lo anterior genera como principales consecuencias: evoluciones desfavorables y complicadas, tendencia a evitar los tratamientos, distrés, alteraciones del sueño, elevado consumo de psicofármacos, reingresos hospitalarios, entre otros [19].

Laham [7], tomando como base el estudio realizado en España en el “Hospital Ciudad de Jaen”, plantea los principales factores de ansiedad en pacientes con ECV que se encuentran esperando una cirugía relacionada con su patología. Aunado a los componentes de la hospitalización y cirugía mencionados anteriormente, en estos pacientes se destacan los siguientes factores:

1. Personalidad tipo A: Las personas que tienen este tipo de perso-

alidad se caracterizan por la marcada competitividad, impaciencia, sentido de urgencia y hostilidad, lo que incrementa la ansiedad preoperatoria.

2. *Locus de control interno*: Estos pacientes necesitan sentir el control en todas sus actividades. Debido a que en la cirugía no tienen ningún tipo de control, se elevan los niveles de estrés y ansiedad.

3. *Incremento de ansiedad-rasgo*: En los individuos con esta patología, la ansiedad hace parte de las características de su personalidad, por lo que la intervención quirúrgica elevará los niveles de ansiedad situacional, en comparación con individuos que no presentan ansiedad como característica de su personalidad.

4. *Baja tolerancia a la ambigüedad*: Dentro del proceso quirúrgico, la tolerancia a la ambigüedad es el nivel de adaptación del individuo de cara a los cambios y la incertidumbre frente a su estado de salud. Este factor se relaciona con el locus de control.

5. *Estilo de afrontamiento centrado en la emoción*: Se focaliza el afrontamiento en la ansiedad y las emociones, no siempre se percibe la cirugía como un beneficio para la salud.

Adicionalmente, se deben considerar dos aspectos centrales. En primer lugar, la depresión es un componente que se observa en este tipo de intervenciones, como se mencionó anteriormente, genera complicaciones en el postoperatorio, ya que disminuye la respuesta inmunitaria. Cabe mencionar que en este tipo de cirugías cardiovasculares las fantasías premonitorias de muerte se deben diferenciar del deseo de muerte del paciente asociado a la depresión. Como segundo aspecto, la negación es frecuente en este tipo de patologías, ya que los pacientes niegan la enfermedad, postergando la operación el mayor tiempo posible [7].

Por lo tanto, se sugiere que el campo médico incluya la valoración de los aspectos psicológicos, emocionales y psiquiátricos asociados a la cirugía, para intervenir y abordar a tiempo estas situaciones. Esta identificación temprana permite establecer diagnósticos diferenciales de complicaciones quirúrgicas “inexplicables” que conllevan fracasos clínicos [29]. Durante la evaluación prequirúrgica, inclusive el día de la hospitalización, se sugiere que el cirujano dedique tiempo para preguntar al paciente cómo se siente frente a la operación, qué temores tiene y qué piensa de la misma; permitiendo así de manera asertiva tranquilizar y clarificar al paciente sus temores y dudas. En cirugías de alta complejidad, como lo son las cardiovasculares, por ejemplo, se le debe mencionar al paciente si requerirá estar en UCI luego de la cirugía, para que la persona esté preparada de lo que ocurrirá en el momento postoperatorio inmediato; por lo que la comunicación humanizada es fundamental para disminuir los temores.

Es importante resaltar que la evaluación prequirúrgica debe incluir los factores orgánicos y psicológicos determinantes del riesgo quirúrgico, haciendo un abordaje integral del paciente [29,39].

Psicoprofilaxis en la familia. Dentro de la evaluación prequirúrgica es de suma importancia valorar la red de apoyo familiar. Se entiende que la familia es la principal red de apoyo de los seres humanos, por lo que, puede favorecer o menoscabar el desarrollo del individuo, particularmente incidir en el proceso de enfermedad y quirúrgico del paciente, ya que las dinámicas propias de dicho sistema inciden de manera directa en cada uno de los integrantes, tanto a nivel físico como emocional [40].

Desde el proceso diagnóstico de la enfermedad, la familia se enfrenta a diversos cambios y ajustes de acuerdo con el ciclo vital, la tipología y dinámica familiar, además de la edad y el rol que cumple el paciente. Las patologías graves, degenerativas e incapacitantes llevan a crisis dentro del sistema familiar, siendo un evento disruptivo que altera

la rutina y obliga a todos los miembros a atravesar diferentes etapas para aceptar la situación. Inicialmente, se da un proceso de negación, minimizando los acontecimientos, pero de manera gradual se reorganiza y se adapta a la nueva realidad, donde para algunos integrantes es más difícil que para otros. La magnitud de la crisis se produce de acuerdo con varios componentes, pero se observa que se destacan: el nivel de culpa que se presenta frente al enfermo, de acuerdo con la relación y tipo de vínculo; el impacto que tiene en la economía del hogar la incapacidad del paciente, el cambio de roles y la edad de los hijos, en caso de tenerlos.

En los pacientes con ECV es frecuente someterse a múltiples hospitalizaciones con estancias prolongadas, incrementando el estrés tanto en el paciente como en la familia. En algunos casos, cuando la hospitalización se encuentra asociada a la cirugía cardiovascular, representa la separación y el abandono del hogar por parte del paciente, sumado a los elevados niveles de incertidumbre frente al futuro. La etapa preoperatoria genera ansiedad y temor en todos los miembros de la familia, donde cada uno lo expresa y maneja según sus capacidades. Se observa que al interior de cada hogar se conciben ideas irracionales asociadas a historias previas de la familia, tales como enfermedades similares, pérdidas y muerte. Por lo general, estos recuerdos están latentes y no siempre se expresan de manera verbal [29].

Se evidencian diversos tipos de respuestas de las familias, que se deben tener en cuenta durante el acompañamiento e intervención de la psicoprofilaxis quirúrgica, ya que será uno de los factores determinantes en la evolución del paciente en el postoperatorio. La adaptación familiar “normal” al estrés hace referencia a que los miembros de la familia conocen y comparten la ansiedad del paciente, ocupando un “lugar” dentro de las dinámicas propias, apoyándose entre sí. Asimismo, cada uno de los integrantes tolera y reconoce sus propias preocupaciones, en donde no se evidencian mecanismos de negación o evasión de la realidad [29].

Por el contrario, otras familias se adaptan de manera disfuncional a la respuesta del paciente negando la realidad; sin embargo, hay un integrante dentro del sistema que busca hacer un ajuste, expresando los miedos del paciente y la familia ante el equipo médico. En algunos casos, con menor frecuencia, se puede llegar a evidenciar durante la hospitalización del paciente, respuestas patológicas de alguno de los familiares al estrés quirúrgico, tales como: alteraciones psicósomáticas, depresión, vulnerabilidad a sufrir accidentes, entre otros. En esta línea, Mardarás Platas [23] señala que en el periodo preoperatorio es necesaria la identificación de las respuestas familiares, los principales conflictos, temores y ansiedades que el paciente puede afrontar de manera individual, y cuáles necesitan contención por parte de la familia.

Por lo tanto, Giacomantone y Mejía [29] indican que: en pacientes en los que se evidencia una adaptación preoperatoria patológica (ansiedad confusional, reacciones paranoides agudas, antecedentes psicóticos o depresivos graves) es imprescindible conocer bastante bien a la familia y evaluar su capacidad para acompañar al enfermo en las dificultades del posoperatorio; esto también es válido para la cirugía en niños o gerontes [29, Pág.193].

El apoyo y acompañamiento de la familia brinda al paciente la confianza necesaria para atravesar las diversas etapas del proceso quirúrgico, reafirmando su identidad. La familia como red de apoyo social primaria tiene cuatro tipos de funciones que se destacan en el proceso de enfermedad y quirúrgico:

- a. Emocional. Brindando apoyo, confianza y afecto.
- b. Valorativo. Percepción de qué se tiene con quién contar.
- c. Formacional. La guía y el consejo ante la toma de decisiones.
- d. Instrumental. Lo material para la resolución de un problema. Por

consiguiente, la psicoprofilaxis quirúrgica debe ayudar a la expresión de las emociones y temores de los integrantes de la familia, preparar a cada miembro para que puedan acompañar al individuo, favorecer la comunicación entre la familia y el paciente, e identificar dinámicas disfuncionales o posibles miembros del sistema que puedan desarrollar algún tipo de psicopatología relacionada con la hospitalización del paciente [19].

Conclusiones

Los procedimientos quirúrgicos generan altos montos de angustia, ansiedad y estrés tanto en el paciente como en la familia, particularmente cuando la cirugía implica un órgano vital que es sinónimo de vida, como lo es el corazón. Por lo tanto, la valoración emocional y psicológica debe ser fundamental en el proceso prequirúrgico, con el fin de identificar factores de riesgo que puedan afectar el procedimiento y el postoperatorio inmediato.

Es así, como la psicoprofilaxis quirúrgica resulta ser efectiva para disminuir el impacto psicológico de la cirugía, requiriendo un abordaje integral del paciente y la familia por parte del equipo interdisciplinario que está involucrado, teniendo en cuenta las emociones, los miedos, las preocupaciones que representa una intervención cardiovascular, obteniendo siempre una comunicación asertiva y un trato humanizado, que permitan disminuir los riesgos y complicaciones postquirúrgicas, consiguiendo así un proceso exitoso.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Internet]. 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. 2013. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/

2. León A, Salazar C. Valoración psicológica perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. Revista costarricense de Cardiología [Internet]. 2008; 9 (3). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcc/v9n3/3712.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. OMS [Internet]. Enfermedades Cardiovasculares. 2019. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/
4. Sánchez Arias AG, Bobadilla Serrano ME, Dimas Altamirano B, et al. Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. (2016) Rev Mex Cardiol; 27(Suppl: 3):98-102. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66578>
5. Vidal J. Psiconeuroinmunología. 1th ed. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2006.
6. Zayers C. Psicoprofilaxis quirúrgica infantil. Tesis pregrado. Perú. Universidad Nacional Federico Villareal. [Internet]. 2013. Disponible en <https://es.scribd.com/document/276399477/Preliminares-Monografia-Carmela-Zayerz>
7. Laham M. Escuchar al corazón. Psicología cardíaca. Actualización en Psicocardiología. Buenos Aires, Argentina: Lumière; 2006. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604006.pdf>
8. Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with bloodand cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. J Am Med Assoc. 1959; Mar 21;169(12):1286-96. DOI: 10.1001/jama.1959.03000290012005
9. Laham M. Psicocardiología su importancia en la prevención y rehabilitación coronarias. Revista Suma Psicológica. 2008;

- 15 (1): 143 -169. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604006.pdf>
10. González LR, Seguel S E, Stockins IA, Campos M R, Neira S L, Alarcón CE. Cirugía Coronaria: Revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2009 Dic; 61(6): 578-581. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262009000600016>
 11. Shea M. Cirugía de revascularización miocárdica (CABG). Manual MSD [Internet]. 2017 [Consultado en 2019]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-cardiovasculares/pruebas-y-procedimientos-cardiovasculares/cirug%C3%ADa-de-revascularizaci%C3%B3n-mio-c%C3%A1rdica-cabg-coronary-artery-bypass-grafting>
 12. Rodríguez Velázquez ME, Dearmas A, Sauto S, Techera S, Perillo P, Suárez A, et al. Trabajo de investigación en psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica: Primera experiencia nacional. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2005 Mayo; 76(1): 27-37. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492005000100006&lng=es
 13. Cazares de León F, Vinaccia S, Quinceno J, Montoya B. Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Avances de la disciplina* [Internet]. 2016; 10(2): 73 -85 DOI: <https://doi.org/10.21500/19002386.2480>
 14. Castellero Amador Y. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Av. Psicol. Latinoam.* [Internet]. 16 de abril de 2010 [citado 15 de agosto de 2021];25(1):52-63. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/ayalia1990710102/texto.html>
 15. Tully PJ. Psychological depression and cardiac surgery: a comprehensive review. *J Extra Corpor Technol.* 2012; 44(4):224-232. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557565/pdf/ject-44-224.pdf>

16. Pignay-Demaria V, Lespérance F, Demaria RG, Frasure-Smith N, Perrault LP. Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *Ann Thorac Surg.* 2003;75(1):314-21. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0003-4975\(02\)04391-6](https://doi.org/10.1016/S0003-4975(02)04391-6)
17. Gordillo León F, Arana Martínez JM., Mestas Hernández L. Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Rev Clin Med Fam.* 2011 Oct [citado 2021 Ago 16]; 4(3): 228-233. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n3/especial4.pdf>
18. Castellero Y, Pérez M. Preparación psicológica para la cirugía mayor. *Revista electrónica de motivación y emoción [Internet].* 2003; 6 (13). Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/557>
19. Mucci M. Psicoprofilaxis Quirúrgica: Una práctica en convergencia interdisciplinaria. Buenos Aires: Paidós Ibérica; 2005.
20. Olbrisch ME. Psychotherapeutic interventions in physical health. Effectiveness and economic efficiency. *Am Psychol.* 1977 Sep;32(9):761-77. DOI: <https://doi.org/10.1037/10070-063>
21. Feldman S. Enfermedad Mental y economía. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana [Internet].* 1985; 98 (3): 201-208. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15857>
22. Sobel DS. Rethinking medicine: improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosom Med.* 1995 May-Jun;57(3):234-44. Disponible en: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/fulltext/1995/05000/rethinking_medicine__improving_health_outcomes.5.aspx?casa_token=05-bZ4i5DcYAAAAA:ZSvuCDHW5p2G3OM52Tgd-0H4dF3FaniX0c1zeM5vB_Va7lEHnp2Uu7h-i6vT_N68SIs84FG5bukktB4dH-KFWt60SC8g

23. Mardarás Platas E. Psicoprofilaxis Quirúrgica. La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. 2da Ed. Barcelona: ROL; 1980.
24. Quagliata F. Aportes de la Psicología en el proceso de intervención quirúrgica: Transito subjetivo del paciente sometido a cirugía bucomaxilofacial. Universidad de la República de Uruguay [Internet]. 2017. Disponible en <https://sifp.psico.edu.uy/aportes-de-la-psicolog%C3%ADa-en-el-proceso-de-intervenci%C3%B3n-quir%C3%BArgica-tr%C3%A1nsito-subjetivo-del-paciente>
25. Rodríguez T. La psico cardiología: disciplina indispensable en estos tiempos. Revista electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos [Internet]. 2010; 8(3). Disponible en: [:https://www.researchgate.net/publication/262649960_La_Psicocardiologia_disciplina_indispensable_de_estos_tiempos](https://www.researchgate.net/publication/262649960_La_Psicocardiologia_disciplina_indispensable_de_estos_tiempos)
26. Garrido J. Psicoprofilaxis como método terapéutico frente a los niveles de ansiedad presentes en niños de 7 a 12 años, sometidos a procedimientos médicos en la unidad de quemados del Hospital Baca Ortiz. Universidad Central de Ecuador [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1350/1/T-UCE-0007-26.pdf>
27. Burgos T. Psicoprofilaxis Quirúrgica. Archivos Bolivianos de Medicina [Internet]. 2015 [Consultado en 2019]; 23 (91).
28. Toussaint L. Estudio descriptivo sobre el proceso de Psicoprofilaxis quirúrgica. Caso Héctor. Universidad de ciencias sociales y empresariales [Internet]. 2016. Disponible en http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/4931/1/Estudio_Toussaint.pdf
29. Giacomantone E, Mejía E. Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía. Paidós. Buenos Aires. 1997

30. Ramos Linares V, Rivero Burón R, Piqueras Rodríguez JA, García López LJ, Oblitas Guadalupe, LA. Psiconeuroinmunología: conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica*. 2008; 15 (1): 115-141. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604005>
31. Ayala E. Psiconeuroinmunología: Interrelación entre los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario. *Revista Elsevier [Internet]*. 2009; 28(6): 110-116. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-psiconeuroinmunologia-interrelacion-entre-sistemas-nervioso-13141338>
32. Hernández A. El rol del psicólogo en la psicoprofilaxis quirúrgica del paciente candidato a cirugía bariátrica. Universidad de la República. Montevideo. 2015. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7754>
33. Rodríguez R, Rodríguez J. Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE): El pensamiento complejo y la medicina naturista. *Revista Medicina Naturista [Internet]*. 2009; 3 (2):86 – 91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3017265.pdf>
34. Suchecki D. Psicoprofilaxis Quirúrgica: Respuesta al estrés preoperatorio. *Interpsiquis: Cuarto Congreso Virtual de Psiquiatría [Internet]*. 2003. Disponible en <https://studylib.es/doc/7916906/psicoprofilaxis-quir%C3%BArgica--respuesta-al-estr%C3%A9s-preoperat...>
35. Stengrevics S, Sirois C, Scharwtz C, Friedman R, Domar A. The prediction of cardiac surgery outcome based upon preoperative psychological factors. *Journal Psychology & Health [Internet]*. 1996; 11 (4):471-477. DOI: <https://doi.org/10.1080/08870449608401983>
36. Tully PJ, Baker RA, Winefield HR, Turnbull DA. Depression, anxiety disorders and Type D personality as risk factors for

delirium after cardiac surgery. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010; 44(11):1005-11. DOI: <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.495053>

37. Patron E, Messerotti S, Zanatta P, Polesel E, Palomba D. Preexisting depressive symptoms are associated with long-term cognitive decline in patients after cardiac surgery. *General Hospital Psychiatry [Internet]*. 2013; 35 (5): 472-479. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.05.004>
38. Anderson EA. Preoperative preparation for cardiac surgery facilitates recovery, reduces psychological distress, and reduces the incidence of acute postoperative hypertension. *J Consult Clin Psychol*. 1987 Aug;55(4):513-520. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.55.4.513>
39. Urrutia A, Urrutia D, Urrutia C, Urrutia G. Responsabilidad medicolegal de los cirujanos. Buenos Aires: Ediciones Héctor A. Macci, 1995
40. Minuchin S. Familias y terapia familiar. 8th Ed. Barcelona: Gedisa, 2000