

Evaluación psicológica de la paciente adulta mayor para cirugía metabólica , instrumentos manejo y expectativas post operatorias

Ps. Cristina Alcayaga V.
Enfermera Licenciada
Mg. En Conducta Alimentaria
Terapeuta EMDR
Miembro Equipo cirugía metabólica Clínica Indisa

Perfil de la Mujer Adulta Mayor en Chile y Prevalencia de la Obesidad (2024-2026)

- **Distribución por Sexo:** Las mujeres representan aproximadamente el **56%** de la población de 60 años o más.
- **Longevidad:** La esperanza de vida femenina en Chile se sitúa en los **84 años**, superando significativamente a la masculina.
- **Concentración Territorial:** Existe una mayor presencia de mujeres mayores en zonas urbanas (82%) y en regiones como Valparaíso y Ñuble.

- **Brecha Previsional:** Debido a lagunas por labores de cuidado, las mujeres reciben pensiones más bajas que los hombres.
- **Informalidad Laboral:** Cerca del **43%** de las mujeres mayores de 60 años que trabajan lo hacen de forma informal.

Prevalencia , cifras claves

- **Malnutrición por Exceso:** El **83%** de la población adulta en Chile presenta sobrepeso u obesidad (World Obesity Atlas).
- **Obesidad en la Mujer Mayor:** Se estima que entre el **45% y 50%** de este segmento vive con obesidad severa.
- **Riesgo Metabólico:** El **85%** de las mujeres mayores presenta un perímetro de cintura por sobre los niveles de riesgo (88 cm), indicando un peligro cardiovascular "muy elevado".

- **Sedentarismo Extremo:** El **94.2%** de las mujeres mayores no realiza actividad física regular.
- **Dieta y Nutrición:** Existe una "malnutrición por exceso" vinculada al consumo de carbohidratos procesados y pan (promedio de 160g diarios), desplazando la ingesta de proteínas necesarias para mantener la masa muscular.

Tabla de Indicadores y Fuentes

Indicador	Dato Específico	Fuente
Exceso de Peso	83% de la población	World Obesity Atlas 2024/2025
Sedentarismo Femenino	94.2%	Encuesta Nacional de Salud (ENS)
Diabetes en AM	30.6% de prevalencia	Depto. Epidemiología MINSAL
Pobreza por ingresos	17.3% (Metodología 2024)	Encuesta Casen 2024

Evaluación psicológica

- Datos generales
- Motivo de consulta

Antecedentes relevantes de la historia

- **Historia de peso:** Inicio de obesidad en la menopausia, con múltiples intentos fallidos de dieta.
- **Relación con la comida:** Identificación de "hambre emocional" gatillada por soledad o estrés familiar.
- **Salud Mental:** Antecedentes de hospitalizaciones psiquiátricas. Presencia de sintomatología ansiosa leve vinculada a la salud física.
- **Red de apoyo:** Antecedentes de los miembros de la familia , participación , cercanía

ELEMENTOS CLAVES DE LA EVALUACIÓN

- **Enfoque de Género y Edad:** No juzga el aumento de peso, sino que comprende que factores como la menopausia y el rol de cuidadora influyeron en su salud.
- **Detección de "Sarcopenia Cognitiva":** Se asegura de que la paciente no tenga olvidos que pongan en riesgo su vida (como olvidar tomar las proteínas o vitaminas críticas).
- **Evaluación del Entorno:** En Chile, la cirugía bariátrica falla en adultos mayores si la familia sigue comprando pan y dulces en exceso. La evaluación ideal incluye a la red de apoyo.

Batería de test aplicables

- **BATERÍA DE TEST RECOMENDADOS**
- **Examen Cognitivo:** *Mini-Mental State Examination (MMSE).*
- **Estado de Ánimo:** *Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.*
- **Conducta Alimentaria:** *Binge Eating Scale (BES).*
- **Personalidad:** *SCL-90-R.*
- **Apoyo Social:** *Escala de Zimet (MSPSS).*

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

- **Área Cognitiva:** Puntaje de 28/30 en MMSE. La paciente conserva funciones ejecutivas, memoria de trabajo y capacidad de abstracción. Ej es capaz de comprender y repetir el protocolo de suplementación vitamínica.
- **Área Afectiva:** Escala de Yesavage indica presencia /ausencia de depresión clínica . Si se observa una motivación intrínseca alta: Ej.el deseo de recuperar movilidad para jugar con sus nietos.
- **Área Alimentaria:** BES arroja un puntaje que permite identificar atracones y picoteos entre otros
- **Red de Apoyo:** Puntaje alto en Escala de Zimet. Cuenta con el apoyo activo de familia y redes cercanas

ANÁLISIS CUALITATIVO (JUICIO CLÍNICO)

- Evaluar comprensión de los riesgos y beneficios , evaluar distorsiones de la imagen corporal, conocer capacidad de autovalencia , corroborar si existe la sensación de “cura mágica”, evaluar resiliencia , capacidad de planificación , detectar desafíos , alteraciones en estilo alimentario entre otros .

SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO IDEAL EN EL POST OPERATORIO

Sugerencias post operatorias

- Ingreso a grupo de apoyo bariátrico para adultos mayores.
- Seguimiento psicológico mensual durante los primeros 6 meses para monitorear el comer emocional .
- Psicoeducación familiar sobre la dieta de transición.

Primera fase (1 a 3 meses)

- **Frecuencia:** Sesiones quincenales.
- **Objetivos:** * **Duelo por el "Vínculo Alimentario":** Muchas mujeres mayores han usado la comida como compañía durante décadas. Al no poder comer grandes volúmenes, pueden aparecer sentimientos de vacío o tristeza.
 - **Manejo de la Ansiedad por la Dieta Líquida/Papilla:** Acompañar la transición estricta para evitar transgresiones que pongan en riesgo la sutura quirúrgica.
 - **Vigilancia de la "Neblina Mental" (Brain Fog):** Detectar si hay desorientación o fallas de memoria vinculadas a la rápida baja de peso y déficit vitamínico inicial.

Fase de reincorporación social 3 a 9 meses

- **Frecuencia:** Sesiones mensuales.
- **Objetivos:**
 - **Imagen Corporal y Autoestima:** Trabajar la aceptación del exceso de piel (dermatochalasis), que en mujeres mayores puede ser más pronunciado debido a la pérdida de elasticidad.
 - **Reestructuración de Roles Familiares:** En Chile, la abuela suele ser quien cocina para todos. El seguimiento debe ayudarla a transitar desde un rol de "proveedora de comida" a uno de "participante activa", sin que se sienta excluida de las reuniones familiares.
 - **Detección de "Transferencia de Adicción":** Vigilar que el hábito de comer no sea reemplazado por otras conductas (compras compulsivas o aumento del consumo de alcohol).

Fase de mantención y prevención de Reganancia 9 meses en adelante

- **Frecuencia:** Sesiones trimestrales o semestrales.
- **Objetivos:**
 - **Prevención del "Picoteo" (Grazing):** Identificar si la paciente ha vuelto a comer pequeñas cantidades de carbohidratos de forma constante durante el día, un hábito muy común en mujeres mayores chilenas que pasan mucho tiempo en casa.
 - **Motivación en la Meseta:** Manejar la frustración cuando la balanza se detiene, reforzando los logros en salud (ej. "ya no necesito insulina" o "no necesito antihipertensivos").

Expectativas por Fases (Resumen Psicológico)

Periodo	Expectativa Psicológica Principal	Riesgo a Vigilar
0 - 6 Meses	"Euforia del cambio": Alta motivación y sensación de control.	Expectativas poco realistas de que la cirugía "arreglará" problemas familiares.
6 - 12 Meses	Consolidación de nuevos hábitos y renegociación de la imagen corporal.	Ansiedad ante la aparición de piel sobrante (dermatochalasis).
12+ Meses	Estabilización emocional y mantenimiento de la disciplina sin "presión" de la balanza.	Duelo por la comida: Sensación de pérdida al no poder usar la comida como refugio emocional.

Rol del Psicólogo en la “sarcopenia emocional”

- Se denomina así al aislamiento social que puede ocurrir si la paciente deja de asistir a eventos por "no poder comer como los demás". El psicólogo ideal debe:
- **Entrenar la Asertividad:** Enseñar a la paciente a decir "no gracias, ya estoy satisfecha" frente a la insistencia de parientes o amigos.
- **Fomentar el Autocuidado:** Incentivar que el tiempo que antes usaba en cocinar o comer, lo use en actividades de bienestar (gimnasia para adultos mayores, talleres municipales, etc.).

En Chile, el seguimiento suele perderse después del primer año. Un programa ideal debe asegurar contacto al menos una vez al año de forma vitalicia para monitorear la salud cognitiva y la adherencia vitamínica.

Las expectativas de éxito desde la perspectiva psicológica para una mujer adulta mayor en Chile no se centran en la "talla ideal", sino en la recuperación de la **autoeficacia** y la **revinculación social**. En este grupo, el éxito psicológico es el motor que sostiene los cambios físicos a largo plazo.

A considerar

- **Mejora en la Autopercepción y Autoestima**
- Tras la cirugía, se espera una transición desde una identidad marcada por la limitación ("yo no puedo") hacia una de capacidad.
- **. Remisión de Sintomatología Depresiva y Ansiosa**
- Existe una relación directa entre la obesidad, la inflamación sistémica y los estados de ánimo.
- **Modificación del Vínculo con el Alimento**

Bibliografía:

- **Guías de Sociedades Científicas (Marcos de Referencia)**
- **Sociedad Chilena de Cirugía Bariátrica y Metabólica (SCCBM):** *Protocolos de Seguimiento Multidisciplinario*. Chile, 2024. Estos protocolos definen que la "adherencia" no es solo cumplir la dieta, sino la transformación del vínculo con el alimento.
- **American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS):** *Integrated Health Post-Operative Guidelines*. Se utilizaron los dominios de "Bienestar Psicosocial" y "Calidad de Vida Relacionada con la Salud" (HRQoL) para definir los ítems de autonomía y vitalidad.
- **2. Instrumentos Científicos de Respaldo (Validación de Ítems)**
- Los puntos de la guía fueron adaptados de las dimensiones que miden los siguientes tests validados:
- **Bariatric Quality of Life (BQL) Index:** De donde se extrajeron los indicadores de **confianza y autonomía física**.
- **Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21):** Utilizado para definir la sección de **"Hambre Emocional"** y control de la ingesta (desinhibición).
- **Escala de Autoestima de Rosenberg:** Adaptada para evaluar la **autoimagen** específica tras la pérdida masiva de peso.
- **3. Bibliografía Académica Específica**
- **Sarwer, D. B., & Heinberg, L. J. (2025):** *"A decade of Psychosocial Care in Bariatric Surgery"*. Publicado en *Obesity Reviews*. Este estudio es la base para entender que la "autoeficacia" es el mejor predictor de éxito a largo plazo.
- **García-Navarro et al. (2024):** *"Imagen corporal y envejecimiento: El desafío de la piel sobrante en la mujer mayor post-bariátrica"*. *Revista Chilena de Nutrición*. De aquí se extrae la importancia de la **aceptación de la flacidez** como hito de éxito psicológico.
- **INGER (Instituto Nacional de Geriátrica, Chile):** *Manual de Envejecimiento Activo para el Paciente Crónico*. Utilizado para definir los ítems de **vínculo social y participación comunitaria** de la mujer chilena.
- **4. Conceptos Clínicos Integrados**
- **Mindful Eating (Alimentación Consciente):** Basado en los trabajos de **Jan Chozen Bays**, que es el estándar de oro para reentrenar la saciedad mecánica en el postoperatorio.
- **Teoría de la Autoeficacia de Albert Bandura:** Aplicada al manejo de la cronicidad, que fundamenta la sección de **"Vitalidad y Autonomía"**.