

Trastornos alimentarios en mujeres adultas (maduras)

Eating disorders in adult (mature) women

Rosa Behar¹

Background: There is evidence of an increasing number of middle-aged women suffering from eating disorders (ED). **Objective:** To describe women in adulthood with eating disorders, in relation to their epidemiological, aetiopathogenic, clinical, evolutionary and therapeutic characteristics. **Method:** A comprehensive literature search was carried out using the electronic databases MEDLINE/PubMed, SciELO and the Cochrane Library, as well as specialized consultation texts, from 1984 to present (2017). **Results:** Clinical characteristics and most of the risk factors (biological, psychological, sociocultural) are similar to those found in younger women, and may be more likely the continuation of a previous ED or a late onset of the pathology. The most distinctive and relevant variables for middle-aged women are menopause and anxiety related to aging, who seem to be less likely to develop anorexia nervosa and bulimia nervosa, but rather binge eating disorder and other unspecified and specified threshold EDs. Depression and systemic physical comorbidities are very common. The therapeutic management is multidisciplinary and the lack of adherence implies a chronic outcome. **Conclusions:** Physicians should bear in mind the increased risk of EDs in peri-menopausal women, when changes in physical appearance can be drastic, unexpected and undesirable, and should strive to explore this possibility in their daily clinical practise.

Key words: Women, adulthood, eating disorders.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2018; 56 (3): 177-185

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se consideran patologías que afectan más bien a mujeres adolescentes y adultas jóvenes, entre 16 y 25 años, con una edad promedio de 17 años para la anorexia nerviosa y de 18 a 25 años para la bulimia nerviosa¹. Sin embargo, un número significativo de mujeres de mediana edad presenta sintomato-

logía compatible con estos cuadros; ya sea debido a la cronificación de un TCA que comenzó en la adolescencia y que nunca se ha recuperado, o en aquellas que los desarrollan por primera vez en esta etapa vital², siendo más prevalente el primer grupo³.

McLean et al⁴, definieron el término “mediana edad” o “edad madura” en el rango entre 35 a 55 años de edad; otros autores han propuesto 40 a

Recibido: 24/05/2018

Aceptado: 21/08/2018

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Médico Psiquiatra, Profesora Titular. Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

65 años⁵. De acuerdo a Erikson⁶ la adultez media, también denominada la segunda adultez, abarca desde los 40 a 60 años, uno de los periodos más extensos y productivos de la vida, que conlleva la exploración de una nueva identidad, similar a la crisis de la adolescencia, con una serie de cambios fisiológicos, estéticos y psicosociales presentes. La aparición de enfermedades, físicas y mentales⁷, adquieren una gran relevancia en el desarrollo de la adultez intermedia, en la cual existe más vulnerabilidad para presentar trastornos, principalmente de los espectros afectivo, ansioso y de la conducta alimentaria.

El objetivo de este trabajo ha sido realizar una descripción de las mujeres en la adultez mediana con TCA, en relación a sus características epidemiológicas, etiopatogénicas, clínicas, evolutivas y terapéuticas.

Método

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos electrónicas MEDLINE/PubMed, SciELO y la Biblioteca Cochrane, además de cinco textos de consulta especializados, desde 1984 hasta la actualidad (2017) efectuando una revisión exhaustiva de la literatura relativa a las mujeres en la adultez mediana con TCA. Se encontraron un total de 154 referencias. Después de excluir duplicados, título y resumen, selección y evaluación de texto completo para elegibilidad, se consideraron 50 artículos en total, 45 eran de investigación y 5 de revisión, siendo catalogados como más relevantes por su aporte a los distintos aspectos de la temática. Se presenta un caso clínico ilustrativo. Atendiendo el diseño de esta revisión, no se requirió aprobación ética debido a la naturaleza de este tipo de investigación. Como términos de búsqueda se emplearon las siguientes palabras clave: *women, midlife, middle age, older, eating disorders*.

Trastornos alimentarios en la adultez mediana

La evidencia muestra que las mujeres de mayor edad parecen ser menos proclives a presentar ano-

rexia nerviosa y bulimia nerviosa, pero con mayor probabilidad exhibirían trastorno por atracones y otros TCA no especificados y especificados sub-umbrales⁸.

Las investigaciones sugieren que los niveles de insatisfacción corporal entre las mujeres de mediana edad son similares a los de sus contrapartes más jóvenes. Gagne et al⁹ constataron que 40% de las mujeres mayores de 50 años informó que se pesaba regularmente y verificaba diariamente la forma o el tamaño de su cuerpo. De hecho, 80% de ellas notificó aspectos con los que sintieron menos satisfacción en la mediana edad que cuando eran más jóvenes: estómago (83,9%), figura corporal (73,8%), piel (70,1%), peso (71,1%), brazos (65,8%), cara (54,1%), muslos (57,4%) y apariencia general (66,4%), particularmente en aquellas de clase social más alta y en las que se calificaron a sí mismas con peor salud¹⁰.

• **Epidemiología**

Según Torjesen¹¹, la prevalencia de los TCA en mujeres de mediana edad es más alta de lo esperado; 3,6% de ellas entre sus 40 y 50 años informaron haber experimentado un TCA en los últimos 12 meses, su presencia entre las quinta y sexta décadas de la vida mostró que sorprendentemente eran comunes; alrededor de 15,3% manifestó haber tenido un TCA en algún momento de la vida, y menos del 30% habían buscado ayuda o recibido tratamiento¹².

Scholtz et al¹³ no encontraron casos entre mujeres de edad mediana en que el TCA tuvo su inicio tardío; 54,5% mantuvo un diagnóstico de anorexia nerviosa previa, 36,4% presentaron un TCA no especificado y sólo una paciente estaba recuperada. Sin embargo, Mangweth-Matzek et al¹⁴, observaron que los TCA preponderantes en mujeres de mediana edad eran el trastorno por atracón y cuadros no especificados. Recientemente, Mangweth-Matzek y Hoek¹⁵, destacaron que la prevalencia de TCA según los criterios del DSM-5 alcanza alrededor del 1% a 2% en hombres *versus* 3,5% en mujeres, mayores de 40 años, las que en su mayoría no se encuentran en tratamiento.

- **Anorexia nerviosa**

La presencia de anorexia nerviosa en mujeres de mediana edad y adultas mayores se estima infrecuente¹⁶; no obstante, varias investigaciones han demostrado su existencia. De hecho, un estudio¹⁴, determinó que 0,4% de mujeres entre 40 y 60 años, presentaban síntomas anorécticos en ausencia de amenorrea¹²; en otro, se reportó un 0,17% de riesgo de vida para anorexia nerviosa en mujeres mayores de 45 años². Larranaga et al¹², verificaron que el 1,6% de mujeres de 50 años o más poseían bajo peso (< 18,5 kg/m²). Aunque en análisis poblacionales se han detectado nuevos casos de anorexia nerviosa sobre los 45 años¹⁷; otros datos sugieren que la observada en mayores de 50 años, sería una enfermedad mental crónica y duradera, siendo la edad de inicio menor de 25 años¹².

Anorexia tardía

Dally¹⁸ introdujo este término para describir a las mujeres que desarrollan anorexia nerviosa en el periodo de compromiso, después del matrimonio, antes del embarazo y posterior al parto, como una solución desadaptativa a una creciente crisis marital; muchos esposos eran hombres inmaduros que aceptaban fácilmente a una esposa enferma y dependiente, en las cuales, la asociación de precipitantes como pérdidas y síntomas depresivos, poseía implicancias prácticas en su abordaje terapéutico¹⁹.

Anorexia del envejecimiento

Alude a la restricción regular de la ingesta calórica asociada a la edad, fenómeno prevalente hasta en aproximadamente 20% de las personas mayores de 65 años, especialmente del género femenino²⁰.

El envejecimiento se asocia a modificaciones en los hábitos alimentarios, con cambios significativos en el apetito y consumo de alimentos. Es más frecuente en pacientes institucionalizadas y en mujeres que en hombres (34% versus 27%)²¹. Se asocia a la sarcopenia, osteopenia, deterioro del estado funcional, interferencia de la capacidad cognitiva, aumento de ingresos hospitalarios, disfunción inmunológica, cicatrización deficiente y posibilidad de muerte prematura. La ingesta de comidas en personas mayores se realiza en cantidades más pe-

queñas y a un ritmo más lento. Sim et al²², estiman que las mujeres mayores incorporan 30% menos de calorías, con 55% y 40% respectivamente menos de grasas e hidratos de carbono, que las más jóvenes²³. Contribuyen también el aislamiento social, la depresión y la pobreza que conducen a la falta de alimentos, como asimismo la coexistencia de enfermedades crónicas graves y la administración de medicamentos. En pacientes hospitalizadas, la anorexia nerviosa se asocia con mayor morbimortalidad, estadías más prolongadas y casi el doble de riesgo de readmisión²⁴, siendo la prevalencia de desnutrición alrededor del 30%²⁵, acompañada de factores fisiológicos subyacentes a la disminución del consumo de alimentos, tales como aumento en los umbrales del gusto y olfato y un retardo en el vaciamiento gástrico²¹.

- **Bulimia nerviosa**

De acuerdo a Mangweth-Matzek et al¹⁴, 0,2% mujeres con 40 a 60 años mostraron sintomatología bulímica. Preti et al²⁵, estimaron el riesgo de por vida para bulimia nerviosa en mujeres de 45 años y más como 0,21%, siendo en realidad la mayoría de los casos de inicio tardío, secuelas de los primeros TCA^{15,26}.

- **Trastorno por atracones**

Es el más frecuente entre las mujeres de 45 años o más, su prevalencia alcanza a 0,61%. La evidencia comprueba que los casos corresponden a una presentación crónica o una recaída del cuadro de inicio más temprano²⁷. En una muestra de sexo femenino, entre 42 y 55 años, 11% refirió atracones, al menos dos veces al mes²⁸; además, se detectó que 7,5% de las mujeres entre 50 y 54 años, 2,5% entre 55 y 64 años y 0,9% aquellas mayores de 64 años, informaron conductas de atracones al menos una vez por semana, con una mayor prevalencia en peri-menopáusicas en comparación con las posmenopáusicas. Su impacto en la salud es preocupante, debido a las alteraciones metabólicas que influyen en el sistema cardiovascular, tales como obesidad, dislipidemia, resistencia a la insulina e hipertensión. A su vez, la obesidad agrava los síntomas psiquiátricos, especialmente la depresión y la

baja autoestima, generando un círculo vicioso, con agravamiento cada vez mayor de la sintomatología del trastorno por atracones²⁹.

Etiopatogenia/comorbilidad

La mayoría de los factores de riesgo son similares a los encontrados en mujeres más jóvenes y abarcan influencias biológicas (ej. índice de masa corporal), psicológicas (ej. burlas relacionadas con el peso) y socioculturales (ej. internalización del ideal delgado). Las variables adicionales relevantes para las mujeres de mediana edad son el estado de la menopausia y la ansiedad frente al envejecimiento³⁰.

Un creciente cuerpo de evidencia apoya el rol de las hormonas reproductivas, específicamente el estrógeno, para el riesgo de TCA y síntomas relacionados. Al igual que la pubertad, la peri-menopausia se caracteriza por cambios estrogénicos que conllevan una vulnerabilidad para el desarrollo o reaparición del TCA^{3,32}.

Desde un punto de vista psicosocial, la cultura occidental tampoco acepta un cuerpo de una mujer madura que no se ajuste al patrón ideal preconizado de una apariencia juvenil y esbelta³³, generando en ella una creciente insatisfacción con su corporalidad, una sensación de pérdida de control y poder, que intentan recuperar mediante vómitos autoprovocados y/o dietas restrictivas. No obstante, se ha demostrado que el énfasis en la imagen corporal y la insatisfacción, no difieren según los grupos etarios, pero sí el impacto producido en la autoestima por los cambios corporales³⁴. Entre los eventos psicosociales precipitantes se han identificado caídas, cirugía de cadera, viudez, pérdida de un ser querido, mudanza de miembro de la familia, crisis doméstica, problemas de salud del esposo, matrimonio del ex esposo, jubilación, matrimonio de la hija, ser prisionero de guerra, colecistectomía, operación gástrica, inmigración, insatisfacción marital, estrés en la crianza de los hijos, neumonía, cambio de residencia y cirugía facial. Los más comunes fueron la viudez y el duelo³⁵.

La transición menopáusica se asocia con una mayor prevalencia de TCA y una imagen corporal

negativa. La menopausia, como la pubertad, representan una mayor vulnerabilidad a estas afecciones, probablemente debido a cambios en la función hormonal, la composición corporal y las concepciones de la feminidad³⁶.

La comorbilidad psicopatológica más importante es el trastorno depresivo mayor, que puede alcanzar el 56,4% de los casos³⁷. Hudson y Pope³⁸ han señalado que 46% de las mujeres mayores de 50 años, presentan depresión en el momento de la derivación a un servicio de urgencias, con antecedente de episodios previos.

Cumella y Kally³⁹, constataron que comparativamente con pacientes adultas jóvenes, aquellas con inicio del TCA en la mediana edad informaron sintomatología menos grave; predominando comportamientos restrictivos puros y una escasa presencia de bulimia nerviosa; tasas similares de depresión y ansiedad concurrentes, pero de menor gravedad; menos trastornos por uso de sustancias, principalmente de sedantes/tranquilizantes; muchos menos trastornos de personalidad del grupo C; historias sustancialmente mayores de abuso sexual; y diferentes perfiles psicométricos que enfatizaban una negación mucho mayor.

Por otra parte, los efectos somáticos más peligrosos de los TCA son: disminución de la densidad de la masa ósea, relacionada con los cambios hormonales y de la movilidad, desregulación del sistema endocrino, disfunción cerebral, complicaciones cardíacas, gástricas y hematológicas, y también las deficiencias de nutrientes como complicaciones fisiopatológicas de inanición o vómitos excesivos.

Evolución

Las tasas de recuperación de mujeres con anorexia nerviosa en este grupo etario son desconocidas. La cronicidad se relaciona, en parte, con la falta de adherencia al tratamiento; entre 20% y 50%^{40,41} lo abandona prematuramente, y la elevada incidencia de recaída, incluso en pacientes que exitosamente han recuperado su peso, alcanza hasta 41% después de un año posalta⁴², siendo el riesgo de muerte prematura más alto en personas mayores.

Consecuencias a largo plazo pueden observarse en pacientes anorécticas que pese a que se han recuperado completamente, presentan cambios endocrinos como amenorrea hipotalámica, resistencia a la hormona del crecimiento, hipercortisolemia relativa y una leve disminución de la función tiroidea, que aunque generalmente son temporales, pueden implicar efectos adversos permanentes sobre la estructura ósea (ej. osteoporosis, osteopenia) o la capacidad reproductiva⁴³.

Pese al curso crónico y a la gravedad evolutiva, las pacientes parecen capaces de llevar una vida relativamente normal; de hecho, en un seguimiento por dos décadas, 60% de pacientes adultas vivía junto a una pareja, 68% tenía al menos un hijo y 71% podía desempeñarse laboralmente⁴⁴. Empero, la anorexia nerviosa en mujeres adultas se ha considerado como uno de los trastornos más complejos de tratar (Tabla 1), debido principalmente a la gran resistencia a participar en el proceso terapéutico, el temor a aumentar el peso corporal, junto a la negación de la severidad de la afección. Muchas pacientes buscan solamente un alivio temporal de las consecuencias físicas, preferiblemente sin ganar peso, configurando un curso prolongado y fluctuante, con tratamientos y abandonos recurrentes, hospitalizaciones repetidas, altas tasas de recaída y consecuentemente, tendencia a la cronicidad, por

lo que se ha propuesto que la duración e intensidad de la terapia deben duplicarse en las pacientes mayores⁴⁵, recomendándose, además, la participación activa de las familias, como habitualmente se lleva a cabo en adolescentes⁴⁶.

Tratamiento

El manejo terapéutico, que debe ser personalizado individualmente, se realiza tanto en régimen hospitalario como ambulatorio. Se sugiere preferir el entorno ambulatorio, a menos que las pacientes se encuentren en riesgo vital; el tratamiento contempla la psicoterapia, la farmacoterapia, las intervenciones nutricionales para restaurar los hábitos alimentarios, el peso corporal, la evaluación, el control regular y permanente del riesgo biológico, seguido de la prevención de recaídas. Los antipsicóticos atípicos (ej. olanzapina en dosis bajas) y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ej. fluoxetina como antidepresiva, antiimpulsiva y antibulímica), se han utilizado con efectos positivos^{47,48}. Los modelos psicoterapéuticos utilizados han sido preferentemente las terapia cognitiva conductual y de aceptación y compromiso, focalizándose en los factores de riesgo de insatisfacción corporal (alteraciones relacionadas

Tabla 1. Caso clínico

Paciente de 45 años, casada, sin hijos, vendedora en negocio de prendas femeninas. Enviada por su endocrinóloga, quien la controla por hipotiroidismo, osteoporosis, amenorrea desde hace 10 años, con infertilidad subsecuente y por un estado crónico nutricional deficiente. Presenta un índice de masa corporal de 16,38 mt/kg², en el rango de delgadez moderada, obtuvo 60 puntos en el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), sobre el rango normal, destacando como rasgos nucleares de su trastorno alimentario, la compulsión para obtener la delgadez, falta de consciencia interoceptiva (alexitimia), sentimientos de ineficacia personal (con muy baja autovalía), temor a madurar y perfeccionismo. Al ingreso se pesa, además, sintomatología depresiva y angustiada que ha interferido significativamente en su funcionamiento interpersonal y laboral. Su trastorno alimentario (nunca tratado) se remonta desde los 15 años, cuando comienza a restringir drásticamente su alimentación, gatillado por los comentarios negativos y críticos de su padre respecto a su peso y figura corporal, a quien recuerda como exigente, estricto y controlador. Su esposo, de su misma edad, se desempeña como administrativo en una empresa de importaciones, según ella, es muy trabajólico y casi no se ven, incluso tampoco los fines de semana porque él debe hacer turnos, sintiéndolo lejano afectivamente y poco expresivo. Desde hace más de una década que no mantienen relaciones sexuales. Refiere sentimientos de soledad, sospechas de infidelidad de su pareja y frustración por no haber podido lograr embarazarse. A pesar de ello, continúa su matrimonio, con una dinámica francamente asimétrica, donde predominan los roles padre/hija, con evidente y muy limitante dependencia de parte de ella. Se le indica venlafaxina 75 mg/día y clonazepam 0,5 mg/día, además, de psicoterapia cognitivo-conductual, mejorando ostensiblemente su ánimo a los 6 meses de seguimiento, con disminución de su nivel de ansiedad y aumento significativo de peso, motivo por el cual, abandona el tratamiento.

con la edad y la importancia de la apariencia para la autoestima, el autocuidado y la aceptación del cuerpo) y TCA⁴⁹. En un estudio, se constató que 20% de las pacientes de edad avanzada fallecieron debido al TCA o sus complicaciones (ej. caquexia, neumonía o insuficiencia cardíaca). Aproximadamente, 42% se benefició del tratamiento, siendo el enfoque más exitoso la terapia combinada (psicoterapia cognitivo-conductual y medicamentos)⁵⁰ y eventualmente de remplazo hormonal en mujeres posmenopáusicas³². Forman y Davis⁵¹ observaron que al ingreso hospitalario por un TCA, las pacientes de mediana edad experimentaron un mayor cambio positivo con respecto a la depresión y a la insatisfacción con la imagen corporal y describieron la terapia familiar y grupal focalizada en la pérdida y el dolor como significativamente más útiles que en las pacientes adultas jóvenes.

Discusión/Conclusiones

Primordialmente los TCA se conciben en adolescentes y adultas jóvenes, pese a que en los últimos años, se ha reconocido cada vez más su ocurrencia en mujeres de mediana edad y ancianas, cuya presentación clínica es similar a aquellas más jóvenes⁵².

Los TCA interfieren el funcionamiento psicosocial de una persona durante muchos años, implicando graves consecuencias. Las mujeres menopáusicas y las prepúberes poseen un mayor riesgo de desarrollarlos debido a que ambos grupos experimentan marcados cambios hormonales. No está claro si las presentaciones de TCA en mujeres de mediana edad y mayores representan una continuación de un desorden de por vida o un inicio tardío de la patología, aunque parece ser que la anorexia nerviosa en mujeres de mediana edad y ancianas es habitualmente una afección crónica de un inicio más temprano².

Lewis-Smith y Diedrichs⁵³ advierten que la investigación realizada con mujeres en la mediana edad, habitualmente se ha basado en instrumentos de medición desarrollados para sus contrapartes más jóvenes, que no han considerado las preocupaciones particulares sobre la apariencia, relaciona-

das con el envejecimiento de este grupo etario. La mayoría de las exploraciones sobre la prevalencia y los factores de riesgo para la insatisfacción corporal y el TCA en la mediana edad son de corte transversal, lo que aumenta el sesgo de efectos de cohorte, por lo que recomiendan la adopción de diseños longitudinales, un mayor rigor metodológico, mejor conocimiento del espectro completo de estos cuadros en esta etapa de la vida¹², evaluación a largo plazo de las intervenciones, consenso y estandarización conceptual de la mediana edad. Además, de la trayectoria evolutiva de la imagen corporal y los TCA, el análisis futuro debe indagar los aspectos estéticos y funcionales de ésta (ej. limitaciones psicomotoras), sobre enfermedades intercurrentes o efectos terapéuticos secundarios (ej. fatiga por terapia oncológica), los que probablemente signifiquen un impacto en el desempeño cotidiano y calidad de vida, conjuntamente con la exploración de factores de protección y predictores de una imagen corporal positiva.

El tratamiento de los TCA se basa en un enfoque multidisciplinario, incluyendo componentes médicos, nutricionales, sociales y psicológicos⁵⁴. Su carácter crónico y la falta de adherencia a las indicaciones, a menudo son la fuente del fracaso terapéutico y el empeoramiento del pronóstico. Frecuentemente, los médicos pasan por alto los TCA en este grupo, pudiendo generarse graves complicaciones. Desafortunadamente, la complejidad de los factores fisiológicos y ambientales conduce a un aumento de la comorbilidad física y/o psicopatológica, especialmente en las ancianas, siendo comunes los problemas cardíacos, gástricos, óseos y metabólicos⁵⁵, lo que obliga a que sea aún más importante efectuar un diagnóstico adecuado y comenzar prontamente el tratamiento, especialmente en la atención médica secundaria.

Los médicos deben estar atentos al peligro aparentemente mayor de TCA en mujeres perimenopáusicas, cuando los cambios en el aspecto físico pueden ser drásticos, inesperados y no deseados y deben esmerarse en explorar esta posibilidad en la práctica clínica diaria, considerando que algunas pacientes sufren TCA de manera encubierta y no divulgan espontáneamente sus síntomas³⁷.

Resumen

Antecedentes: Existe evidencia de un creciente número de mujeres en la mediana edad que sufren trastornos de la conducta alimentaria (TCA). **Objetivo:** Describir las mujeres en la adultez mediana con TCA, en relación a sus características epidemiológicas, etiopatogénicas, clínicas, evolutivas y terapéuticas. **Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva utilizando las bases de datos electrónicas MEDLINE/PubMed, SciELO y la Biblioteca Cochrane, además de textos de consulta especializados, desde 1984 hasta la actualidad (2017). **Resultados:** Las características clínicas y la mayoría de los factores de riesgo (biológico, psicológico, sociocultural) son similares a los encontrados en mujeres más jóvenes, pudiendo ser más probablemente la continuación de un TCA previo o un inicio tardío de la patología. Las variables más distintivas y relevantes para las mujeres de mediana edad son la menopausia y la ansiedad relacionada al envejecimiento, quienes parecen ser menos proclives a desarrollar anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, sino más bien trastorno por atracones y otros TCA no especificados y especificados subumbrales. Es muy frecuente la depresión y las comorbilidades físicas sistémicas. El manejo terapéutico es multidisciplinario y la falta de adherencia implica un desenlace crónico. **Conclusiones:** Los médicos deben tener presentes el mayor riesgo de TCA en mujeres perimenopáusicas, cuando los cambios en la apariencia física pueden ser drásticos, inesperados y no deseados y deben esmerarse en explorar esta posibilidad en la práctica clínica diaria.

Palabras clave: Mujeres, adultez mediana, trastornos de la conducta alimentaria.

Referencias bibliográficas

1. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick, H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 132-5.
2. Gadalia T. Eating disorders and associated psychiatric comorbidity in elderly Canadian women. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11: 357-362.
3. Larranaga A, Docet M, García-Major R. High prevalence of eating disorders nor otherwise specified in northwestern Spain: population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 1669-73.
4. McLean S, Paxton S, Wertheim E. Factors associated with body dissatisfaction and disordered eating in women in midlife. *Int J Eat Disord*; 2010; 43: 527-36.
5. Lewis D, Cachelin F. Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eat Disord* 2001; 9 (1): 29-39.
6. Erickson E. El ciclo vital completado. México: Paidós, 2000.
7. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo psicosocial en la edad adulta intermedia. Desarrollo humano. México DF: McGraw Hill, 2005.
8. Mangweth-Matzek B, Hoek H, Pope H. Pathological eating disorders and body dissatisfaction in middle-aged and older women. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27: 431-5.
9. Gagne D, Von Holle A, Brownley K, Runfola C, Hofmeier S, Branch K, *et al.* Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: results of the Gender and Body Image (GABI) study. *Int J Eat Disord* 2012; 45 (7): 832-44.
10. McLaren L, Kuh D. Body dissatisfaction in midlife women. *J Women Aging* 2004; 16 (1-2): 35-54.
11. Torjesen I. Eating disorders are more prevalent than expected in women during midlife, study finds. *BMJ* 2017; 356: j264doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j264>
12. Micali N, Martini M, Thomas J, Eddy K, Kothari R, Russell E, Bulik C, Treasure J. Lifetime and

- 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Med* 2017; 15 (1): 12. doi: 10.1186/s12916-016-0766-4.
13. Scholtz S, Hill L, Lacey H. Eating disorders in older women: does late onset anorexia nervosa exist? *Int J Eat Disord* 2010;43(5):393-7. doi: 10.1002/eat.20704.
 14. Mangweth-Matzek B, Hoek H, Rupp C, Lackner-Seifert K, Frey N, Whitworth A, *et al.* Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *Int J Eat Disord* 2014; 47 (3): 320-4. doi: 10.1002/eat.22232.
 15. Mangweth-Matzek B, Hoek H. Epidemiology and treatment of eating disorders in men and women of middle and older age. *Curr Opin Psychiatry* 2017; 30 (6):446-51. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000356.
 16. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the General Practice Research Database. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 705-12.
 17. Smink F, Van Hoeken D, Hoek W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406-14.
 18. Dally P. Anorexia tardive-late onset marital anorexia nervosa. *J Psychosom Res* 1984; 28 (5): 423-8.
 19. Russell J, Gilbert M. Is tardive anorexia a discrete diagnostic entity? *Aust N Z J Psychiatry* 1992; 26 (3): 429-35.
 20. Hoek H. Epidemiology of eating disorders in persons other than the high-risk group of young Western females. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27(6): 423-425. doi: 10.1097/YCO.0000000000000104.
 21. Kaye W, Nagata T, Weltzin T, Hsu L, Sokol M, McConaha C, *et al.* Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting-and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 644-52.
 22. Sim L, McGovern L, Elamin M, Swiglo B, Erwin J, Montori V. Effect on bone health of oestrogen preparations in premenopausal women with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 218-25.
 23. Mishra M, Klibanski A. Anorexia nervosa and bone. *J Endocrinol* 2014; 221: 163-76.
 24. Landi F, Lattanzio F, Dell'Aquila G, Eusebi P, Gasperini B, Liperoti R, Bellugi A, *et al.* Prevalence and potentially reversible factors associated with anorexia among older nursing home residents: results from the ULISSE project. *Eur Geriatr Med* 2014; 2: 119-124. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.10.022>.
 25. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, *et al.* The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res* 2009; 43 (14): 1125-32. doi: 10.1016/j.jpsyres.2009.04.003.
 26. Smink F, van Hoeken D, Donker G, Susser E, Oldehinkel A, Hoek H. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychol Med* 2016; 46: 1189-96.
 27. Ben-Porath D, Wisniewski L, Warren M. Differential treatment response for eating disordered patients with and without a comorbid borderline personality diagnosis using a dialectical behavior therapy (DBT)-informed approach. *Eat Disord* 2009; 17: 225-41. Morley J. Thomas D. Anorexia and aging: pathophysiology. *Nutrition*. 1999; 15: 499-503.
 28. Bull E, Dombrowski S, McCleary N, Johnston M. Are interventions for low-income groups effective in changing healthy eating, physical activity and smoking behaviours? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014; 4: e00604.
 29. Linde J, Jeffery R, Levy R, Sherwood N, Utter J, Pronk N, *et al.* Binge eating disorder, weight control self-efficacy and depression in overweight men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28: 418-25.
 30. Slevic J, Tiggemann M Predictors of body dissatisfaction and disordered eating in middle-aged women. *Clin Psychol Rev* 2011; 31 (4): 515-24. doi: 10.1016/j.cpr.2010.12.002.
 31. Baker J, Runfola C. Eating disorders in midlife women: A perimenopausal eating disorder? *Maturitas* 2016; 85: 112-6. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.12.017.
 32. Chojnacki C, Walecka-Kapica E, Błońska A, Winczyk K, Stępień A, Chojnacki J. Serotonin and melatonin secretion in postmenopausal women with eating disorders. *Endokrynol Pol* 2016; 67

- (3): 299-304. doi: 10.5603/EP.2016.0012.
33. Smith L, Becker C, Wesley N, Stewart T. Body image in adult women: moving beyond the younger years. *Adv Eat Disord* 2015; 3 (2): 144-64.
 34. Pirke K, Kellner M, Friess E, Krieg J, Fichter M. Satiety and cholecystokinin. *Int J Eat Disord* 1994; 15: 63-9.
 35. Tiggemann M, Lynch J. Body image across the life span in adult women: the role of self-objectification. *Dev Psychol* 2001; 37 (2): 243-53.
 36. Mangweth-Matzek B, Hoek H, Rupp C, Kemmler G, Pope H, Kinzl J. The menopausal transition-A possible window of vulnerability for eating pathology. *Int J Eat Disord* 2013; 46 (6): 609-16 DOI: 10.1002/eat.22157.
 37. Carter J, Mercer-Lynn K, Norwood S, Bewell-Weiss C, Crosby R, Woodside D, *et al.* A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: implications for relapse prevention. *Psychiatry Res* 2012; 200: 518-23.
 38. Hudson J, Pope H. Genetic epidemiology of eating disorders and co-occurring conditions: the role of endophenotypes. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 76-8.
 39. Cumella E, Kally Z. Profile of 50 women with midlife-onset eating disorders. *Eat Disord* 2008; 16 (3): 193-203. doi: 10.1080/10640260802016670.
 40. Lowe B, Zipfel S, Buchholz C, Dupont Y, Reas D, Herzog W. Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychol Med* 2001; 31: 881-90.
 41. Steinhausen H. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1284-93.
 42. Rigaud D, Tallonneau I, Brindisi M, Verges B. Prognosis in 41 severely malnourished anorexia nervosa patients. *Clin Nutr* 2012; 31: 693-8.
 43. Casper R, Jabine L. An eight-year follow-up: outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa. *J Youth Adolescence* 1996; 25: 466-517.
 44. O'Hara C, Cambell I, Schmidt U. A reward-centered model of anorexia nervosa. A focused narrative review of the neurological and psychophysiological literature. *Neurosci Behav Rev* 2015; 52: 131-52.
 45. Meczekalski B, Podfigurna-Stopa A, Katulski K. Long term consequences of anorexia nervosa. *Maturitas* 2013; 75: 215-20.
 46. Mitchell J, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 438-43.
 47. Treasure J. Treatment of anorexia nervosa in adults. *Psychiatry* 2005; 4: 10-3.
 48. National Institute for Clinical Excellence. National Clinical Practice Guideline: Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. London: NICE 2004. (<http://www.nice.org.uk>).
 49. McLean S, Paxton S, Wertheim E. A body image and disordered eating intervention for women in midlife: a randomized controlled trial. *J Consul Clin Psychol* 2011; 79 (6): 751-8.
 50. Malafarina V, Uriz-Otano F, Gil-Guerrero L, Iniesta R. The anorexia of ageing: physiopathology, prevalence, associated comorbidity and mortality. *Maturitas* 2013; 74: 293-302.
 51. Forman M, Davis W. Characteristics of middle-aged women in inpatient treatment for eating disorders. *Eat Disord* 2005; 13 (3): 231-43.
 52. Midlarsky E, Marotta A, Pirutinsky S, Morin R, McGowan J. Psychological predictors of eating pathology in older adult women. *J Women Aging* 2017; 3: 1-13. doi: 10.1080/08952841.2017.1295665.
 53. Lewis-Smith H, Diedrichs P. Body image and disordered eating in midlife. In: Wade T, editor. *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Singapore: Springer, 2016; p. 1-6. Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/30706>.
 54. Behar R, Figueroa G. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En: Ivanovic-Zuvic F, Correa E, Florenzano R, editores. *Texto de Psiquiatría*. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile. Serie Roja, 2017.p. 416-42.
 55. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 132-5.

Correspondencia:

Rosa Behar

Carvallo 200, Casilla 92-V, Valparaíso, Chile.

E-mail: rositabehara@gmail.com