

**TRASTORNS DE LA
CONDUCTA ALIMENTÀRIA I ENVELLIMENT**

Trastorns de la conducta alimentària i envelliment

Lydia Sánchez Prieto
Lluís Ballester Brage

Resum

Probablement, per influència dels ideals d'eterna joventut i de figura esvelta i perfecta —variables facilitadores, però no úniques—, els trastorns de la conducta alimentària han augmentat en els últims anys. A pesar que la manca de literatura i de conscienciació social semblen indicar el contrari, s'ha identificat també un augment dels trastorns de la conducta alimentària en edats avançades. Un estudi va revelar que un 3,8% de les dones grans de la mostra complia criteris de patir un trastorn de la conducta alimentària i un 4,4% presentava simptomatologia per a desordres alimentaris. La insatisfacció de l'aparença corporal es manifesta independentment de l'edat i, fins i tot, pot veure's agreujat en arribar la menopausa. Moltes dones grans reben l'arribada de la menopausa com un marcador de l'envelliment, raó per la qual intenten combatre-la mitjançant el control i la disminució del pes. En altres ocasions, es tracta d'una patologia que s'ha mantingut al llarg dels anys i en la qual apareixen recaigudes, que provoquen deterioració en diferents àrees, com la interpersonal, o associades a malalties físiques i mentals. Indiscutiblement, la problemàtica vinculada amb el manteniment i la història d'intents de recuperació fallits compliquen la intervenció.

L'edat actua com una variable amb entitat suficient com per generar diferències significatives entre el col·lectiu de joves i el de grans, com l'edat d'inici, l'evolució del quadre clínic, la comorbiditat associada o la durada del trastorn. No obstant això, és un col·lectiu que no tendeix a declarar la simptomatologia ni a demanar ajuda i que, per tant, passa inadvertit. Per la qual cosa s'ha de fomentar una conscienciació social i professional que desenvolupi abordatges adequats, en els quals el diagnòstic diferencial ha de ser el correcte i la intervenció també ha de reconèixer les especificitats d'un trastorn greu, complicat i mantingut en el temps.

Resumen

Probablemente, por influencia de los ideales de eterna juventud y de figura esbelta y perfecta —variables facilitadoras, pero no únicas—, los trastornos de la conducta alimentaria se han visto incrementados en los últimos años. A pesar de que la ausencia de literatura y de concienciación social parecen indicar lo contrario, se ha identificado también un aumento de los trastornos de la conducta alimentaria en edades avanzadas. Un estudio reveló que un 3,8% de las mujeres mayores de su muestra cumplían criterios para un trastorno de la conducta alimentaria y un 4,4% presentaba sintomatología para desórdenes alimentarios. La insatisfacción por la apariencia corporal se manifiesta independientemente de la edad, e incluso, puede verse agravado al llegar la menopausia. Muchas mujeres mayores reciben la llegada de la menopausia como un marcador del envejecimiento, por lo que intentan combatirla mediante el control y la disminución del peso. En otras ocasiones, se trata de una patología que se ha mantenido a lo largo de los años y en la que aparecen recaídas,

que provoquen deterioro en diferents àrees, com la interpersonal, o associades a malalties físiques i mentals. Indiscutiblement, la problemàtica vinculada al manteniment i la història de intents de recuperació fallits complica la intervenció.

La edat actua com a variable amb entitat suficient per generar diferències significatives entre el col·lectiu de joves i el de majors, com la edat d'inici, l'evolució del quadre clínic, la comorbiditat associada ni la durada del trastorn. No obstant, és un col·lectiu que no tendeix a declarar la simptomatologia o a demanar ajuda i que, per consegüent, passa inadvertit. Per això es ha de fomentar una consciència social i professional que desenvolupi abordatges adequats, en els quals el diagnòstic diferencial sigui el correcte i la intervenció també reconegui les especificitats d'un trastorn greu, complicat i mantingut en el temps.

1. Trastorns de la conducta alimentària. Qüestió d'edat?

En les últimes dècades, s'ha registrat un increment rellevant dels trastorns de la conducta alimentària (TCA), associats a rígids canons de bellesa imposats per una societat cada vegada més exigent (Fairweather-Schmidt, Lee i Wade, 2015; Guerro, Barjau i Chinchilla, 2001; Kumar, Hill i Haslett, 2001). Tant els canvis socials —variacions actitudinals alimentaris— com culturals —culte al cos i cerca d'èxit mitjançant el cos—, han influït en l'increment de la prevalença d'aquests trastorns (Kilpela, Becker, Wesley i Stewart, 2015). Però també, sens dubte, el paper dels mitjans de comunicació i de les grans indústries d'aliments o de productes «prodieta» és innegable (Guerro et al., 2001; Kristeller, 2016b). En afegit, Harris i Cumella (2006) declaren que persones de totes les edats i grups ètnics estan experimentant també taxes de sobrepès i obesitat; aspecte que incideix i pressiona cada vegada més una cultura obsessionada amb la primesa.

Sembla indiscutible que els TCA també s'identifiquen en dones grans i que, a més, el seu abordatge és més complicat que en dones més joves (Elran-Barak et al., 2015). Amb l'edat, el desig per la primesa i per la figura ideal no disminueix, al contrari, la preocupació per l'envelliment i per la figura esvelta correlacionen de manera positiva (Gadalla, 2008; Kristeller, 2016a; Mangweth-Matzek et al., 2008; Nnakwe i Yu, 2014). Prova d'això són els estudis identificats que han informat sobre teràpies clíniques orientades a dones grans que han estat diagnosticades sota la categoria de TCA (Frieling et al., 2010; Gramaglia et al., 2011; Kumar et al., 2001; Mermelstein i Basu, 2001; Shibli-Rahhal i McCormick, 2013). No obstant això, amb prou feines existeix literatura o recerques que abordin el problema al qual s'enfronten les dones grans (Ackard, Richter, Frisch, Mangham i Cronemeyer, 2013; Harris i Cumella, 2006; Kristeller, 2016; Elran-Barak et al., 2015; Mangweth-Matzek, Hoek i Pope, 2014). A més, els estudis han tingut en

compte l'edat i tendeixen a abordar casos de desnutrició i/o de dificultats en l'alimentació, però no els TCA pròpiament (Gadalla, 2008). O bé, segons assenyalen Mangweth-Matzek et al. (2014), molt pocs estudis s'han basat en l'àmbit clínic. La rellevància rau en el fet que la manca de recerca pot estar condicionant els actuals diagnòstics diferencials i, per tant, els adequats abordatges terapèutics (Kumar et al., 2001; Harris i Cumella, 2006).

Tant l'edat com el sexe constitueixen variables amb entitat suficient com per generar diferències significatives, i han de ser tingudes en compte en l'avaluació del trastorn i, especialment, en el tractament (Harris i Cumella, 2006). Per exemple, Harris i Cumella (2006) apunten que infants que realitzen dieta abans dels 14 anys tindran fins a vuit vegades més probabilitats de desenvolupar un TCA. Una altra evidència s'associa a una aparició més primerenca de la menarquia, senyalitzat per alguns autors com un factor de risc. El gènere també és una variable suficientment potent com per establir diferències significatives, com s'argumentarà més endavant. No obstant això, les recerques fetes en dones de diferents ètnies amb prou feines han llançat diferències consistents, per la qual cosa no es pot establir la variable ètnia com una característica diferenciadora (Marcus, Bromberger, Wei, Brown i Kravitz, 2007). Amb tot, l'objectiu d'aquest estudi és considerar l'edat com una variable condicionant dels TCA, per la qual cosa ha de ser avaluada i analitzada.

2. Aproximació a la prevalença

Com s'ha exposat anteriorment, amb prou feines hi ha estudis que abordin els trastorns de la conducta alimentària en dones grans, per la qual cosa, oferir dades homogènies resulta una tasca àrdua. No obstant això, es pot afirmar que l'edat pot incidir en la prevalença i en l'evolució del trastorn (Gadalla, 2008).

L'estudi de Gadalla (2008) va avaluar una mostra canadenca de 5.034 dones d'entre 50 i 64 anys. Fins a un 16% de la mostra analitzada va manifestar «haver estat o estar molt preocupades» per la seva figura o el seu pes en els últims 12 mesos de la seva vida.

Probablement, el que és significatiu de la dada no és únicament l'elevada prevalença, sinó que, a més, el percentatge varia poc en comparació amb dones més joves; un 22% manifesta la mateixa preocupació en una mostra de dones d'entre 25 i 44 anys. De la mostra avaluada, fins a un 2,6% va puntuar positiu en l'escala Eating Attitudes Test (EAT), és a dir, probablement complien criteris per a un TCA.¹ I de nou, la comparació amb el col·lectiu de joves va ressaltar per les mínimes diferències observades (un 3% puntuarien positiu en el mateix qüestionari en la mostra d'entre 25 i 44 anys). Així, les evidències corroboren

¹ S'ha de destacar que el EAT-26 és un instrument utilitzat per al garbellat dels pacients, per tant, no es pot assegurar que sigui una població clínic, sinó que serà rellevant continuar avaluant la mostra per verificar si compleix criteris diagnòstics.

que amb l'edat no disminueix el risc de patir un TCA; mite arrelat en les concepcions actuals. Mangweth-Matzek et al. (2008) analitzen la prevalença en una mostra no clínica de 1.000 dones amb edats compreses entre 60 i 70 anys, en què es va identificar que un 60% manifestaven insatisfacció amb el seu cos i un 80% havia intentat controlar el seu pes. En concret, un 3,8% de dones complia criteris diagnòstics d'un TCA i un 4,4% presentava simptomatologia de desordres alimentaris. De la mostra, un 71% havia realitzat controls de pes en algun moment, un 69% havia practicat exercici físic, un 10% havia optat per dejunar, un 6% usat laxants o diürètics i un 1% s'havia provocat el vòmit.

Una qüestió que també s'ha de considerar és la que van exposar Fairweather-Schmidt et al. (2015), els quals van destacar que les prevalences obtingudes no constitueixen la realitat total, ja que valoren aquelles persones que compleixen criteris diagnòstics per a TCA, però únicament les que en presenten simptomatologia. Ha de recordar-se que, amb freqüència, els pacients poden no complir tots els criteris per ser compatibles amb un quadre clínic, però així i tot, poden patir un elevat malestar o presentar deterioració significativa en diversos àmbits de la seva vida. Els autors van evidenciar mitjançant la seva recerca que tant el desenvolupament dels trastorns —«**eating disorders**»— com la presència de simptomatologia —«**disordered eating**»— disminueixen la qualitat de vida de les persones afectades. En concret, els investigadors van abordar el projecte longitudinal ALSWH, que va estudiar la qualitat de vida en una mostra de 4.000 dones, dividida en tres submostres compreses entre 18-23 anys (nascudes entre 1973-1978), entre 45-50 anys (nascudes entre 1946-1951) i entre 70-75 anys (nascudes entre 1921-1926). Els resultats van revelar que totes aquelles dones que havien presentat simptomatologia vinculada amb els desordres alimentaris en la línia basi presentaven pitjor qualitat de salut mental que les que no l'havien presentat. Fins i tot, exposaven que malgrat les possibles millores al llarg dels anys, la pitjor salut mental es mantenia durant els següents dotze anys. Un altre aspecte rellevant comprovat va ser que la salut física disminuïa a mesura que passaven els anys —com en la població normal ocorre per la deterioració associada a l'edat— però emfatitzaven que, si hi havia simptomatologia de TCA, la pèrdua de salut física era encara major. A diferència del que passava amb la salut mental que tendia a millorar al llarg dels 12 anys, la salut física no deixava d'empitjorar.

La durada dels trastorns també és rellevant, ja que poden acompanyar la persona al llarg de la seva vida; un estudi longitudinal va assenyalar que aproximadament 1 de cada 20 dones diagnosticades de TCA havien mantingut el trastorn després de vint anys (Keel, Gravener, Joiner i Haedt, 2010). D'igual manera, la recerca d'Ackard, Richter, Frisch, Mangham i Cronemeyer (2013) va abordar l'increment de la prevalença dels trastorns de la conducta alimentària en un període que comprèn de 1989 a 2006. Es va identificar un creixement dels TCA del 0% al 13% en dones valorades en l'estudi com de mitjana edat.² S'ha d'emfasitzar que mentre que s'augmenta solament un 4,7% de 1989 a 2001,

² La mostra de l'estudi comprèn dones de 18 a 64 anys.

de 2002 a 2006 les xifres ascendeixen a un 11,6%, per la qual cosa, la prevalença es multiplica en els últims anys.

En un altre estudi longitudinal de Marcus et al. (2007) es va avaluar la prevalença de *bulímia nerviosa* (BN) en una mostra de 589 dones d'edats compreses entre 42 i 55 anys i diferents ètnies (afroamericanes, hispàniques i caucàsiques). Un 2,4% va obtenir puntuacions significatives en el qüestionari Bulímia Test-Revised (BULIT-R), per la qual cosa havien de seguir sent avaluades per determinar si complien criteris diagnòstics. No obstant això, sí que es va identificar múltiple simptomatologia vinculada amb els desordres alimentaris; un 29,7% va declarar insatisfacció amb els seus patrons d'alimentació, un 13% va exposar que amb freqüència menjava de manera compulsiva, un 9,2% va informar sobre les seves preocupacions per engreixar i un 11% que s'atipava dues o tres vegades al mes. Es va destacar que fins a un 13,4% de les dones avaluades va declarar que limitava la seva ingesta amb freqüència per controlar el seu pes.

D'altra banda, l'estudi de Flint et al. (2014), que validava l'escala Yale Food Addiction (YFAS), va identificar que un 8,4% de la mostra amb edats compreses entre 45 i 64 anys presentava addicció al menjar, i un 2,7% de dones entre 62 i 88 anys. En qualsevol cas, els autors explicaven que hi ha una important correlació entre l'addicció al menjar i patir obesitat.

Harris i Cumella (2006) destaquen una característica rellevant associada a la mortalitat; fins a un 78% de les morts associades a *anorèxia nerviosa* (AN) són dones grans de 65 anys —no es tracta de dones joves com erròniament s'ha cregut. S'ha de tenir en compte que la mortalitat per AN és la més elevada de tots els trastorns psiquiàtrics, amb un 5% (Podfigurna-Stopa et al., 2015). Aquesta alarmant dada reforça la rellevància d'investigar i intervenir en els TCA, assumir l'edat com una variable que ha de ser considerada, eradicar la tendència de tractar l'anorèxia nerviosa com un trastorn relacionat amb dones joves o adolescents i, per tant, afavorir la discriminació del col·lectiu de grans.

Com s'ha vist fins al moment, les dades aportades fan referència a altres països, però en la recerca bibliogràfica no s'ha identificat cap document que especifiqui quines serien les xifres a Espanya en dones grans. Com s'ha defensat, el problema és que hi ha una manca d'investigació i de conscienciació que permeti l'avaluació o l'estimació de la prevalença o la incidència. Com s'indica en la revisió bibliogràfica sobre epidemiologia de Peláez, Raich i Labrador (2010) a Espanya és necessària la millora sistemàtica d'estudis sobre la prevalença dels TCA, perquè, entre d'altres aspectes, es té tendència a subestimar la prevalença i, a més, se sol centrar en la població comunitària, escolar, adolescent i juvenil.

La consulta de la prevalença a Espanya ens orienta a dades vinculades quasi sempre amb poblacions juvenils. Però, a més, la diversa metodologia utilitzada per aconseguir la prevalença ha conduït a resultats heterogenis que disten amb freqüència a causa de les diferències de la mostra o de l'instrument de recollida. En concret, i segons la

Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria, s'apunta que entre un 0,14% i un 0,9% compleixen criteris per AN, però s'estudia en una població amb edats compreses entre 12 i 21 anys. Respecte de la BN, les xifres oscil·len entre el 0,41% i 2,9% i, respecte al TCANE, entre el 2,76% i el 5,3%. Per tant, les xifres generals referides als TCA es trobarien entre el 4,1% i el 6,41%.

En un altre estudi, en què s'estudia la prevalença d'una mostra d'alumnes de 12 i 13 anys de Saragossa, s'indica que els resultats apunten que un 0,7% de la població compleix criteris per a un TCANE (Ruiz-Lázaro et al., 2010). D'una altra banda, en un estudi de Gran Canàries, les xifres d'una mostra d'alumnes d'entre 12 i 20 anys era la següent: un 0,19% complia criteris per a AN, un 0,57% per a BN i un 3,34% per a TCANE (Álvarez-Malé, Bautista i Serra, 2015). S'ha d'insistir que, com ja s'ha explicat anteriorment, hi ha tendència a infravalorar les xifres; així, en una mostra alacantina, fins a un 11,2% presentaven conductes de risc de desenvolupar TCA (Pamies-Aubalat, Marcos i Castaño, 2011).

3. Característiques de les dones grans amb TCA: elements diferenciadors

L'etiopatogènia dels TCA es vincula a un complex entramat de factors genètics, biològics i ambientals. Es tracta d'un dels trastorns més variats que es poden identificar, ja que desenvolupa simptomatologia extrema que fluctua entre una restricció elevada de menjar i sobreingestes. Però, a més, pot pertorbar i provocar greus conseqüències, especialment com més s'allarga en el temps i es fa crònica.

Per començar, segons Elran-Barak et al. (2015), en dones grans que han buscat tractament s'han diagnosticat menys anorèxies i bulímies, i una major taxa de diagnòstic de trastorns per afartament (TA) i trastorn de la conducta alimentària no especificat (TCANE), en comparació amb col·lectius més joves. De fet, en la mostra, la majoria dels diagnòstics de TA es realitzava en persones de devers quaranta anys. La restricció calòrica estricta no és tan prototípica en les dones grans com en les joves, en canvi, sí que se'ls associa un major ús de medicaments i de substàncies per perdre pes (Ackard et al., 2013). Mangweth-Matzek et al. (2014) recolzen l'afirmació anterior i conclouen que a pesar que les anorèxies nervioses semblen poc freqüents en dones de 60 o més anys sí que ho són els afartaments i les purgues. Fins i tot s'han informat de diferències entre dones de mitjana edat (considerades a l'estudi entre 50 i 65 anys) i dones d'edat avançada (més grans de 65 anys). En concret, s'exposa que en dones de mitjana edat és més freqüent la ingesta desinhibida d'aliments i el desenvolupament d'impulsos destinats a reduir el pes (Lewis i Cachelin, 2001).

Ackard et al. (2013) també van apuntar una altra característica predominant: la durada del trastorn és superior en el col·lectiu de grans —van registrar una durada del trastorn de 26,5 anys en les dones grans enfront dels 8,1 anys en les joves. A més, també van exposar

que els quadres simptomatològics eren més greus en les dones grans que en les joves i que s'identificava una major comorbiditat amb patologies de l'eix I del DSM. Es va reconèixer una pitjor evolució de la simptomatologia, fins a desembocar en múltiples conseqüències físiques i mentals, com problemes interpersonals, menor competència i autoestima o major sensació de buit emocional, entre d'altres (Ackard, Richter, Egan i Cronemeyer, 2014; Marcus et al., 2007). Kumar et al. (2001) emfatitzen l'elevada comorbiditat registrada entre TCA i depressió, especialment, en dones d'edat, per la qual cosa, l'abordatge de la simptomatologia depressiva és determinant en la teràpia. Per començar, les taxes de simptomatologia depressiva eren 6,9 vegades més probables en població que ja pateix un TCA que en població no clínica. El mateix ocorre amb trastorns d'ansietat, en què la dualitat és més freqüent, fins a 2,6 vegades més probable, especialment, en anorèxies nervioses. Gadalla (2008) també va constatar la correlació d'obtenir puntuacions elevades en els TCA i patir estrès. Tanmateix, el que sens dubte s'ha de ressaltar és l'elevada patologia addictiva identificada; es registren múltiples casos d'addiccions (sobretot alcohol) i TCA. Els autors exposen que patir una addicció era 6 vegades més probable si puntuaven elevada la simptomatologia alimentària. Finalment, no cal destacar que existeix una robusta relació entre els desordres en el patró alimentari i problemes de pes o IMC inadequats (Marcus et al., 2007).

En les poblacions de 65 o més anys, les probabilitats de presentar comorbiditat també són més elevades que en la població normal (Kumar et al., 2001; Marcus et al., 2007). En concret, hi ha un risc 3,2 vegades superior d'experimentar un trastorn de l'ànim i de 5,6 vegades d'experimentar un trastorn de l'ànim.

L'experimentació de simptomatologia sense tractament eficaç mantinguda en el temps, característica de la falta de diagnòstic, es pot vincular, a més, a una major deterioració en l'organisme, com: hipotensió, bradicàrdia, osteoporosi, problemes gastrointestinals i canvis en el sistema nerviós, entre d'altres (Brandsma, 2007; Elran-Barak et al., 2015; Harris i Cumella, 2006; Nnakwe i Yu, 2014).

Com a possibles **factors diferenciadors que predisposen**, Fairweather-Schmidt et al. (2015) subratllen **aspectes socioculturals**. És a dir, exposen que mentre que les dones grans es van poder veure influïdes per l'època de la postguerra, on malgrat la incipient importància de la primesa, també s'apreciaven els canvis corporals de l'edat mitjana, les dones més joves han estat exposades a un bombardeig d'exigències i d'ideals de primesa. Així, per als investigadors els aspectes socioculturals podrien actuar com a factors explicatius de la pitjor evolució del quadre clínic en dones més joves enfront de les grans. També és rellevant destacar que Marcus et al. (2007) identifiquen una relació entre els desordres alimentaris i haver patit maltractament o abusos infantils. Específicament, defensen que haver sofert abús físic o sexual abans dels 19 anys està estretament relacionat amb l'inici de trastorns de l'alimentació, i amb el fet de mantenir-los al llarg de la vida.

A més, també s'han identificat estudis que han intentat establir correlacions amb dades sociodemogràfiques dels pacients avaluats. Per exemple, en l'estudi d'Elran-Barak et al. (2015) es reconeix que persones amb TCA en edats mitjanes o tardanes presenten menys taxes de matrimonis i de fills que persones més joves. Els autors apunten la hipòtesi que es mantenia l'aïllament a causa dels problemes relacionals que aquestes persones tendeixen a presentar.

Ackard et al. (2013) han investigat les principals diferències entre el grup de dones grans i les joves i han assenyalat que presenten múltiples similituds. No obstant això, també han identificat algunes variacions, entre les quals destaquen que **l'edat d'inici** en les dones més grans és més tardana que en el col·lectiu de joves (mitjana de 21,4 anys versus la mitjana de 17 anys). Els autors Bueno et al. (2014) han corroborat que es produeixen diferències significatives entre persones que desenvolupen els TCA en edats primerenques (adolescència) i les que els desenvolupen en edats tardanes (consideren edat tardana quan apareixen després dels 25 anys).³ Els resultats evidencien menors taxes de consum de substàncies i de conductes autolesives, però sí un major percentatge de persones amb obesitat premòrbida. Com pot observar-se, la simple aparició dels TCA en edats més tardanes actua com un condicionant de l'evolució clínica del trastorn i és una variable essencial tant en l'avaluació com en la intervenció. Respecte a l'avaluació, els autors recomanen considerar subtipus de trastorns quan hom es refereix a patologies d'aparició tardana i exposen que la simptomatologia varia: per exemple, hi ha una menor tendència a les bulímies.

D'igual manera, la insatisfacció corporal és un dels predictors més robusts dels TCA, com també del desenvolupament de comportaments inadequats per a la salut, com el control de pes, l'aparició d'estrès, pràctica d'un excés d'exercici físic o disminució de l'estat d'ànim, entre d'altres. Elran-Barak et al. (2015) emfasitzen que s'identifiquen pensaments distorsionats més severos sobre la figura corporal en dones grans. També Kilpela, Becker, Wesley i Stewart (2015) argumenten que la insatisfacció corporal pot ser més severa en dones grans en veure els seus cossos sotmesos a variacions, com la redistribució del teixit adipós, la coloració de la pell i la pèrdua de fermesa i d'elasticitat. Remarquen també que les variacions dels factors psicosocials poden afavorir una major insatisfacció, és a dir, en canviar les prioritats de les dones —atorgar més atenció a les cures de la família o a responsabilitats laborals que a la seva pròpia cura—, augmenta la percepció de descontrol.

Gadalla (2008) assenjala dues possibles situacions vinculades amb l'aparició dels TCA:

- a) L'aparició per primera vegada d'episodis de TCA. Mangweth-Matzek et al. (2008) defineixen com patologies tardanes aquelles que apareixen després de l'adolescència o després dels 25 anys.

³ S'ha de tenir en compte que els resultats no parlen específicament de gent gran, sinó de trastorns que han aparegut després dels 25 anys, per la qual cosa el rang d'edat és ampli.

b) Recaigudes d'episodis anteriors iniciats anteriorment. Podfigurna-Stopa et al. (2015) destaquen que únicament la meitat de les AN es recuperen, mentre que la resta sobreviu amb cicles crònics i múltiples recaigudes.

Harris i Cumella (2006) sintetitzen algun dels esdeveniments vitals que poden disparar l'aparició d'un TCA en edats tardanes, en concret, destaquen els següents:

1. La mort d'un pare o una malaltia és valorada pels autors com una necessitat d'independència, no obstant això, el desenvolupament d'una malaltia, com poden ser les alimentàries, retardaria o reduiria l'impacte de la responsabilitat que ha d'adquirir-se. Kumar et al. (2001) exposen que la pèrdua de persones estimades és un dels motius més comuns en el desenvolupament de trastorns de l'ànim i que la depressió és considerada un dels factors principals que predisposen a l'anorèxia en persones grans.
2. Una ruptura emocional —com un divorci— podria afavorir preocupacions sobre la figura i el desenvolupament de conductes que cerquen la perfecció corporal com a estratègia per obtenir nou company sentimental. S'exposa que la por a la solitud, la dependència del company i/o el temor a tornar a estar solter influeixen en el possible desenvolupament de la patologia.
3. Nous matrimonis o l'establiment de noves relacions també podrien actuar afavorint les malalties vinculades amb l'aspecte físic i l'alimentació. Harris i Cumella (2006) ho relacionen amb la inadaptació al nou sistema familiar, de manera que dèficits comunicatius o problemes en la gestió emocional poden incidir i afavorir també l'aparició de trastorns. Kristeller (2016a) exposa també l'emergència de nous trastorns després de nous matrimonis, així com també després dels embarassos —el guany del pes durant l'embaràs i els quilos que es mantenen malgrat haver donat a llum poden afavorir també el desenvolupament de patologies alimentàries.
4. Malalties associades a la imatge corporal, com un càncer de mama, també poden desenvolupar trastorns tardans. S'ha informat de casos en què apareixen després d'avisos mèdics per sobrepès, hiperlipidèmia, problemes mèdics que poden danyar l'organisme (Frieling et al., 2010). A més, i com a aspecte associat a l'edat, la pèrdua de plaer i de satisfacció a l'hora d'alimentar-se funciona com un element facilitador d'aquests trastorns. És a dir, associat a l'envelliment generalment i a malalties i deterioracions específicament, es pot identificar una pèrdua de sensibilització de les papil·les gustatives i olfactòries, que disminueix el plaer pels aliments (Harris i Cumella, 2006).
5. Els signes d'envelliment normals, com les arrugues, la flaccidesa o l'aparició de la menopausa, també poden influir i provocar una pèrdua d'autoestima i afavorir que s'intenti equilibrar mitjançant la baixada de pes o la millora de la figura. La idea de

l'eterna joventut es converteix en una pressió que tendeix a ser combatuda mitjançant la cerca del cos perfecte, per la qual cosa poden aparèixer desordres alimentaris (Keel et al., 2010). La menopausa és visualitzada per moltes persones com el marcador de l'inici de l'envelliment i per altres, com una època de declivi. Com s'ha exposat anteriorment, pot afectar a la percepció de l'aparença corporal i a la satisfacció, si va acompanyada de canvis corporals, com normalment ocorre —increment del teixit adipós, reducció de fermesa i/o pèrdua de sines (Kilpela et al., 2015).

6. La síndrome del niu buit també es vincula amb el desenvolupament de malalties, especialment, segons expliquen els experts, perquè els possibilita que se centrin en elles de nou, ocasionalment es dirigeix a una millora del seu aspecte físic, a la seva nutrició o a la seva estètica.

La mateixa rellevància ha d'atorgar-se als **factors de manteniment** d'aquestes patologies. Harris i Cumella (2006) emfatitzen que, sovint, dones adultes o grans que sofreixen TCA, en realitat, n'han patit al llarg de tota la seva vida, no obstant això, la identificació no es fa fins que són grans.

En concret, és prototípic d'aquestes patologies *la necessitat de control* com a factor de benestar i calma, que es realitza mitjançant el control de la ingesta d'aliments. Els problemes externs o la incorrecta gestió emocional tendeixen a no ser abordats o a intervenir de manera ineficaç, raó per la qual la frustració i la necessitat de control es projecten sobre el menjar i la imatge corporal. La capacitat de modificació del cos és valorada com un element de promoció de *l'autoestima*, per la qual cosa funciona com un factor de manteniment de la conducta de control alimentari (Kumar et al., 2001). Cal afegir que, en ocasions, el control alimentari també es vincula amb tocs d'atenció als familiars o les persones properes. Aquest aspecte, a més, adquireix especial rellevància en cas de la gent gran, en què la solitud és més comuna (Harris i Cumella, 2006). Podfigurna-Stopa et al. (2015) esmenten que ocorre exactament el mateix en les BN en dones grans, les quals realitzen elevades ingestes tant com una estratègia de gestió emocional, com per obtenir atenció, i les combaten amb mecanismes de compensació, com la purga o els laxants. Els mecanismes de compensació proporcionen una font de control i de poder sobre les seves vides, les seves emocions i les seves figures, que no saben obtenir d'una altra manera i que els ofereix una falsa percepció de benestar i de recuperació de l'autoestima. En canvi, en els TA el control sobre l'aliment és deficitari: els protagonistes poden ingerir grans quantitats de calories en poc temps o diverses vegades al dia sense poder establir límits; així, la variable del control juga un efecte contrari, per la qual cosa el plaer de l'aliment és el principal factor de manteniment del trastorn (Kristeller, 2016a).

També Gordon, Denoma, Bardone, Abramson i Joiner (2005) aborden l'autoestima com un dels eixos articuladors de l'inici i el manteniment dels trastorns. En concret, argumenten que

davant autoestimes baixes, les pressions socials influeixen en major mesura, tot convertint-se en un factor de risc. Així, les persones que presenten una autoestima baixa tendeixen a intentar adaptar-se a les normes socials seguint dietes o patrons alimentaris que els possibilitin adaptar-se als cànons de bellesa. També s'assenyala el perfeccionisme, tret de personalitat, com un desencadenant de les BN. El perfeccionisme indueix a una major intolerància al sobrepès, per la qual cosa les cerques de resolució del problema poden ser més dràstiques (Kumar et al., 2001), com ocorreria amb altres trets de personalitat que podrien ser factors de predisposició, com l'evitació del dany i la inestabilitat emocional, segons Podfigurna-Stopa et al. (2015), qualificats com factors de vulnerabilitat.

No obstant això, també es pot donar el cas contrari. Dels principals resultats extrets de l'anàlisi de Gadalla (2008), s'ha de subratllar que aquells que van puntuar més elevat en TCA, especialment en els TA, també presentaven un IMC més elevat, més preocupacions pel menjar i un historial més extens de dietes. Curiosament, Marcus et al. (2007) troben evidències que relacionen els trastorns alimentaris amb IMC elevats en dones grans, per la qual cosa, malgrat la lluita constant per aconseguir una pèrdua de pes, no s'aconsegueix permanentment, o fins i tot, es converteixen en intents que resulten fallits i que acaben incrementant l'IMC i convertint l'IMC elevat en un factor de manteniment, òbviament.

Finalment, i només a manera introductòria, cal destacar que **el gènere i les diferències ètniques**, segons han indicat Harris i Cumella (2006), també són variables diferenciadores investigades en els TCA en gent gran. Els autors apunten al fet que els homes que tendeixen a desenvolupar més TCA són els que han patit obesitat o sobrepès i també els que han declarat la intenció d'obtenir musculatura. Els autors exposen que en el gènere masculí també s'ha registrat una major prevalença dels trastorns associats a persones que han tingut dubtes sobre la seva orientació sexual, en col·lectius en què l'exigència del físic era elevada —actors, gimnastes o lluitadors— i als qui presentaven trets d'impulsivitat elevats. Actualment, la majoria dels casos identificats s'associen a preocupacions vinculades amb la musculatura, concepte que comença a establir-se sota la denominació de vigorèxia. Segons els autors, les principals diferències respecte de les dones són:

- Amb freqüència rebutgen i temen perdre pes.
- Les disfòrmies corporals o el rebuig del cos es relacionen amb el tronc superior (bíceps, espatlles, esquena, etc.).
- En les bulímies, el sobrepès actua com un factor facilitador i el vòmit autoinduït és menys comú.

Quant a les **diferències ètniques**, sembla que hi ha més tendència per part de les dones afroamericanes grans a tenir conductes compensatòries (purgues o laxants) i

en les caucàsiques a presentar preocupacions sobre el pes i a consumir substàncies. No obstant això, les recerques sobre dones de diferents ètnies amb prou feines han llançat resultats consistents, per la qual cosa es recomana seguir indagant sobre la qüestió (Marcus et al., 2007).

4. Què s'ha de tenir en compte en la intervenció amb aquest col·lectiu?

Sempre a partir de protocols estandarditzats i basats en evidència científica, la intervenció clínica sempre ha intentat respectar les necessitats personals del pacient i adaptar-s'hi, amb freqüència, mitjançant una modalitat individual ($n = 1$). La finalitat és, com és obvi, respondre de la manera més eficaç possible a la simptomatologia del pacient. I és justament aquest objectiu el que defensa aquest article. Les intervencions en dones grans amb problemes de conducta alimentària han de recolzar-se en tractaments basats en l'evidència, però sense deixar de parar esment a les característiques especials de les dones grans. Per exemple, en l'avaluació del trastorn s'ha de tenir en compte que les dones postmenopàusiques no poden presentar amenorrea, com s'exigeix al CIE-10.⁴ Com ocorre amb altres trastorns i en altres edats, Ackard et al. (2014) verifiquen que tant el diagnòstic com la intervenció primerenca afavoreixen una millor evolució del quadre i millors resultats.

A més, adquireix major rigor si es tenen en compte les elevades taxes d'abandó del tractament per part del col·lectiu; Podfigurna-Stopa et al. (2015) esmenten taxes que es mouen entre el 20% i el 50%, també posen en relleu l'elevat percentatge de recaigudes durant el primer any després de l'alta clínica (41%). No sorprèn si es té en compte que l'AN ha estat considerada una de les malalties més difícils d'abordar a causa del rebuig dels pacients a recuperar el pes, a abandonar els seus mecanismes per millorar la figura corporal o als múltiples intents fallits per superar el malestar. Acaben acceptant la teràpia per pal·liar els efectes secundaris ocasionats pels mecanismes rígids establerts per al control del pes. Per això, l'adaptació a la persona i la flexibilitat de les pautes establertes són essencials, especialment quan es tracta de dones grans, que carreguen amb un extens historial d'estratègies fallides i el pronòstic de les quals tendeix a ser més greu. Podfigurna-Stopa et al. (2015) defensen que el primer pas és l'avaluació del risc de la vida del pacient, i que la teràpia s'ha d'encaminar a la recuperació de pes mitjançant consells dietètics i a la prevenció de recaigudes. En canvi, en la BN, els autors recomanen que se segueixin les pautes establertes pels comitès d'experts, com la teràpia cognitiva-conductual de Fairburn, ja que són tractaments planificats i dissenyats per a bulímies cròniques i que presenten recidives.

⁴ Actualment, el DSM-V, actual guia de referència, ha eliminat el criteri d'amenorrea, que s'havia mantingut en el DSM-IV.

El tractament o la teràpia en dones grans s'ha d'encaminar a tres eixos segons Harris i Cumella (2006):

a. (Re)construcció de la identitat personal

La (re)construcció de la identitat personal basada en tota una història d'èxits, experiències i assoliments, no en la imatge corporal. Es tractaria d'adquirir consciència de la pròpia vàlua, de com és, quines experiències ha tingut i quina ha estat la seva aportació.

b. Comprensió i intervenció en la pèrdua de la joventut

La comprensió del procés de dol, entenent el dol com el procés d'envelliment, en el qual s'abandona la ideologia de l'eterna joventut com a única possibilitat de felicitat o de benestar. L'acceptació dels canvis físics associats a l'edat i a l'evolució de l'organisme impliquen un aspecte clau en el tractament. Per la seva banda, Mangweth-Matzek et al. (2014) exposen que les preocupacions sobre l'envelliment actuen com una variable afegida, que agreugen l'autoconcepte. L'accent s'ha de posar a modificar la vàlua atorgada a la figura corporal i transportar el focus atencional a altres esferes personals, com les relacions interpersonals, el desenvolupament de competències o el reconeixement dels èxits obtinguts durant la vida. La intervenció en l'autoestima és essencial. Gordon et al. (2005) han verificat que en el col·lectiu de persones grans l'autoestima és un dels factors que més incidència té en els casos de BN, per la qual cosa el tractament ha de constituir-se incloent el foment i el reforç de l'autoestima d'aquestes dones.

La transició a un nou cicle vital, com és la menopausa, també pot influir en el desenvolupament dels TCA, ja que es relaciona amb importants canvis hormonals, modificacions de la figura corporal i variacions d'aspectes psicossocials (Harris i Cumella, 2006; Kilpela et al., 2015; Podfigurna-Stopa et al., 2015). Es produeix, com s'ha argumentat anteriorment, una afectació de la imatge corporal percebuda, per la qual cosa la intervenció específica sobre el canvi de cicle, sobre els efectes associats, també és rellevant. Tanmateix, l'arribada de la menopausa pot afavorir l'aparició o l'empitjorament d'algunes malalties físiques, disminuir la qualitat de vida i, per tant, l'abordatge també ha de considerar-les (Kilpela et al., 2015).

c. Establiment de suport social i de vincles afectius

El desenvolupament d'un model de comunicació assertiu, que permeti la gestió de les emocions d'una manera saludable i positiva per a la persona. Es recomanaria tant el foment d'habilitats per a la creació de vincles saludables i d'inclinació amb persones properes, com l'adquisició de pautes de criança parental positiva en col·lectius de mitjana edat (Ackard et al., 2014).

La gravetat es pot accentuar si es tracta d'una anorèxia extrema, ja que és característic de les anorèxies l'aïllament social. La severitat dels símptomes provoca inhibició emocional (alexítimia) en els que la pateixen, que deixen d'expressar i experimentar sentiments, i es deterioren les relacions interpersonals experimentades al llarg dels anys (Gramaglia et al., 2011). La supervisió i el suport social adquireixen un aspecte essencial i prioritari en l'abordatge dels trastorns. No obstant això, en el cas de dones grans que durant anys han viscut amb total independència i autonomia, que han adquirit rols de cuidadores en les seves famílies i que han normalitzat la restricció calòrica, és més complicat imposar-los o donar-los ajuda i suport. Per tant, l'aïllament desenvolupa un bucle negatiu i addictiu de solitud i de restricció calòrica que afavoreix l'aparició de conseqüències fatídiques.

A l'hora d'abordar la **tipologia de tractaments** s'ha de destacar que la teràpia cognitiva és seleccionada per la majoria dels autors com l'estratègia per a la modificació de preocupacions irracionals associades amb l'alimentació i/o el pes. Kristeller (2016a) destaca que les dones grans tenen arrelada la creença que l'excés de pes o de teixit adipós pot afectar la seva salut física, la qual cosa és una preocupació afegida i adquirida a través de consells mèdics i nutricionals característics de les etapes anteriors.

No obstant això, no és l'única. Són nombroses les teràpies que s'han provat per tractar els TCA. Kumar et al. (2001), en parlar del cas d'una anorèxia nerviosa en una dona de 72 anys, exposen que la teràpia electroconvulsiva podria funcionar i defensen que les anorèxies en la tercera edat es vinculen amb freqüència a depressions. A més, noves teràpies, com la "*Cinematherapy*", són recomanades per a l'abordatge de simptomatologia resistent i interioritzada durant anys, com és l'alexítimia. En concret, es fomenta la gestió emocional a través de pel·lícules que simbolitzin metàfores i que afavoreixin l'enfrontament a emocions però des d'un context controlat (Gramaglia et al., 2011). D'altra banda, Kristeller (2016a) proposa tècniques de *mindfulness* com a estratègies per reduir el consum calòric, especialment, en trastorns en què la sobreingesta o els afartaments siguin comuns, com en el trastorn per afartament. Específicament, l'autora argumenta que en focalitzar l'atenció sobre l'aliment es poden detectar, sincronitzar i aprofitar els efectes físics positius que es generen en l'organisme després de la ingesta. A més, es pot començar a distingir entre alimentar-se per gana o per pal·liar emocions negatives —s'ha de tenir en compte que amb freqüència s'utilitza la sobreingesta com a mètode d'evasió dels problemes o com a gestió emocional, per la qual cosa la funcionalitat del "*mindfulness*" es dirigeix també a la identificació de les emocions negatives com a pas previ a la ingesta excessiva.

La teràpia també ha de contemplar les múltiples **conseqüències físiques i mentals** associades al pas dels anys. Per començar, les complicacions mèdiques són el resultat d'anys de pèrdua de pes i malnutrició, com els problemes cardíacs, pulmonars, gàstrics, hematològics o neurològics. En dones grans, l'afectació en l'estructura òssia és elevada;

un 38% de les pacients amb AN presenta també osteoporosi i un 92% osteopènia. En concret, s'estima que fins a un 73% de dones grans de 50 anys amb TCA són diagnosticades d'osteoporosis i que el risc de fractura es multiplica per set (Podfigurna-Stopa et al., 2015). D'igual manera, també s'ha d'intervenir en la patologia mental, com la disminució de l'estat d'ànim anteriorment exposat, que incideix en els diferents àmbits (Kumar et al., 2001). Kilpela et al. (2015) recomanen considerar, especialment, les malalties cròniques, ja que representen una de les variables que empitjoren substancialment la satisfacció sobre l'aparença corporal i que disminueixen la qualitat de vida.

Així, són nombroses les possibilitats a l'hora d'intervenir, des de teràpies potencialment reconegudes i emmarcades en el vessant cognitiu-conductual a altres més innovadores que pretenen oferir camins alternatius. El que és indiscutible és que tant les unes com les altres han de valorar i tenir en compte les particularitats d'un col·lectiu que passa inadvertit (Sánchez, Orte i Vives, 2015).

5. Idees principals

Els ideals d'eterna joventut i de figura esvelta són valors transmesos de manera recurrent a través de múltiples vies, i que impregnen i influeixen en la satisfacció de l'aparença corporal de nombroses persones. Tal és l'afectació que poden afavorir l'aparició de trastorns de la conducta alimentària, ja que s'ha evidenciat una correlació entre la insatisfacció per la figura i l'aparició dels TCA. Com s'ha exposat anteriorment, els estudis han posat en relleu que la importància d'un cos desitjat i una imatge perfecta no disminueixen amb l'edat (Lewis i Cachelin, 2001; Mangweth-Matzek et al., 2008; Podfigurna-Stopa et al., 2015). Alguns autors argumenten que, fins i tot, empitjora la percepció i la satisfacció de la imatge corporal en allunyar-se dels cànons de bellesa en què preval la joventut i la primesa (Kilpela et al., 2015). El que pot variar és la tendència a declarar la simptomatologia o la demanda d'ajuda (Sánchez et al., 2015). També tendeix a ser menys visible la problemàtica, perquè no es desenvolupa de manera tan extrema com en col·lectius més joves —s'ha de remarcar que no visualitzar la simptomatologia no implica que disminueixi la gravetat (Lewis i Cachelin, 2001). Per la qual cosa és imprescindible tenir present que els TCA poden aparèixer en qualsevol moment del cicle vital i s'ha d'evitar la discriminació per qüestió d'edat (Gallardo, 2008; Harris i Cumella; 2006; Marcus et al., 2007).

Ha de recordar-se que la menopausa —com ocorre amb l'adolescència— és una etapa de vulnerabilitat, que engloba un entramat de variacions corporals, que poden predisposar a la dona a una pitjor percepció d'ella mateixa (Kilpela et al., 2015; Nnakwe i Yu, 2014). Diversos estudis han evidenciat que la menopausa és assumida com un marcador de l'envelliment, de manera que la seva arribada pot veure's acompanyada de sentiments

d'insatisfacció per la figura corporal i/o pot afavorir l'aparició de malalties que també repercuteixin en l'autoestima de la dona (Kilpela et al., 2015). Així mateix, s'ha comprovat la correlació entre la por a envellir i el desenvolupament de TCA (Lewis i Cachelin, 2001). Per tant, s'ha de valorar l'entrada al nou cicle, l'aparició de la menopausa o el rebuig a envellir com factors de risc, que han de guiar l'avaluació.

Com recullen Fairweather-Schmidt et al. (2015) en el seu estudi longitudinal, tant els TCA com la simptomatologia dels desordres alimentaris fomenten no només el desenvolupament de simptomatologia depressiva, sinó també altres trastorns mentals i físics que es mantindran al llarg dels anys. En el cas del col·lectiu de persones grans, la deterioració física és significativa i major respecte de la població normal (Elran-Barak et al., 2015). Per la qual cosa es considera que es convertirà en un problema de salut pública, que ha de ser no solament abordat, sinó també previngut, però, perquè sigui possible, s'assenyalen directament dues indicacions:

- En l'abordatge s'ha de tenir en compte que es tracta de patologies que, amb freqüència, es diagnostiquen incorrectament —és clau la distinció d'altres malalties de la conducta alimentària o digestives— i que, a més, es mantenen al llarg del cicle vital, per la qual cosa, s'han de tenir en compte les fluctuacions de la simptomatologia, a fi d'evitar que quedin emmascarades.
- El tractament dirigit a dones grans no ha d'anar únicament encaminat a la reestructuració del patró alimentari i de l'autoconcepte, sinó que també ha d'abordar la simptomatologia depressiva i la manca de suport social. Com s'exposava anteriorment, la solitud pot ser freqüent en TCA i s'agreuja en persones d'edat, cosa que afavoreix el desenvolupament de simptomatologia depressiva. Però, al mateix temps, la simptomatologia depressiva afavoreix l'aïllament, per la qual cosa es crea un bucle negatiu de retroalimentació que ha de ser detingut. Cal remarcar que no s'han de confondre amb trastorns depressius que es caracteritzin per falta d'apetit (Frieling et al., 2010).

En la mateixa línia, Gadalla (2008) també defensa la rellevància d'investigar i abordar el risc de comorbiditat dels TCA i d'altres trastorns psiquiàtrics, que és elevada i no pal·liada amb l'edat. Es recomana que l'avaluació i la intervenció no han de centrar-se únicament en si es compleixen els criteris diagnòstics, sinó, més aviat, si apareixen hàbits inadequats que puguin estar provocant deterioració o provocant un elevat malestar —desordres alimentaris— a fi d'evitar que passin inadvertits (Nnakwe i Yu, 2014). També Kilpela et al. (2015) alerten sobre la tendència a confondre insatisfacció per l'aparença corporal amb un TCA; exposen que no és el mateix presentar desgrat i rebuig, que desenvolupar un trastorn clínic, per la qual cosa l'avaluació ha de tenir molt present les diferències establertes entre ambdues categories, així com entre dones joves i grans.

En qualsevol cas, no es tracta d'un problema que pugui ser pal·liat sense una intervenció, ni sense un diagnòstic correcte ni sense la conscienciació social i professional per l'elevat malestar que comporta. Per tant, l'edat no ha d'invisibilitzar els afectats, ni actuar com a variable discriminadora. I, perquè sigui possible, tant la recerca com la intervenció clínica han de fomentar-se, han d'especialitzar-se i han de transmetre els coneixements.

Referències bibliogràfiques

Ackard, D. M., Richter, S., Egan, A. i Cronemeyer, C. (2014). Poor outcome and death among youth, young adults, and midlife adults with eating disorders: An investigation of risk factors by age at assessment. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 825-835. <<http://doi.org/10.1002/eat.22346>>.

Ackard, D. M., Richter, S., Frisch, M. J., Mangham, D. i Cronemeyer, C. L. (2013). Eating disorder treatment among women forty and older: Increases in prevalence over time and comparisons to young adult patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 175-178. <<http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.10.014>>.

Álvarez-Malé, M. L., Bautista, I. i Serra, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutr Hosp*. <<http://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8583>>.

Brandsma, L. (2007). Eating Disorders Across the Life Span. *Journal of Women & Aging*, 19(1/2), 155-172.

Bueno, B., et al. (2014). Late onset eating disorders in Spain: Clinical characteristics and therapeutic implications. *Journal of Clinical Psychology*, 70(1), 1-17. <<http://doi.org/10.1002/jclp.22006>>.

Elran-Barak, R. et al. (2015). Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder in Midlife and Beyond. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(8), 583-90. <<http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000333>>.

Fairweather-Schmidt, A. K., Lee, C. i Wade, T. D. (2015). A longitudinal study of midage women with indicators of disordered eating. *Dev Psychol*, 51(5), 722-729. <<http://doi.org/10.1037/dev0000011>>.

Flint, A. J., Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., Brownell, K. D., Field, A. E. i Rimm, E. B. (2014). Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 99(3), 578-586. <<http://doi.org/10.3945/ajcn.113.068965>>.

Frieling, H., Beyer, S., Kalb, R., Kornhuber, J., Demling, J., de Zwaan, M. i Bleich, S. (2010). Anorexia nervosa in a 56-year-old woman with a diagnosis of hyperlipidemia: A case report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(5), 492-493. <<http://doi.org/10.3109/00048671003614155>>.

Gadalla, T. M. (2008). Eating disorders and associated psychiatric comorbidity in elderly Canadian women. *Archives of Women's Mental Health*, 11(5-6), 357-362. <<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00737-008-0031-8>>.

Gordon, K. H., Denoma, J. M., Bardone, A. M., Abramson, L. Y. i Joiner, T. E. (2005). Self-Competence and the Prediction of Bulimic Symptoms in Older Women. *Behavior Therapy*, 36(2), 169-175.

Gramaglia, C., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Brustolin, A., Campisi, S., De-Bacco, C. i Fassino, S. (2011). Cinematherapy in the day hospital treatment of patients with eating disorders. Case study and clinical considerations. *Arts in Psychotherapy*, 38(4), 261-266.

Guerro, D., Barjau, J. M. i Chinchilla, A. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas españolas de psiquiatría*, 29(6), 403-410.

Harris, M. i Cumella, E. J. (2006). Eating disorders across the life span. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 44(4), 20-6.

Informes y Documentos Oficiales (2009). Guia de pràctica clínica sobre Trastornos de la Conducta alimentaria. Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E. i Haedt, A. A. (2010). Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 492-497. <<http://doi.org/10.1002/eat.20743>>.

Kilpela, L. S., Becker, C. B., Wesley, N. i Stewart, T. (2015). Body Image in Adult Women: Moving Beyond the Younger Years. *Advances in eating disorders (Abingdon, England)*, 3(2), 144-164. <<http://doi.org/10.1080/21662630.2015.1012728>>.

Kristeller, J. L. (2016a). The Struggle Continues: Addressing Concerns About Eating and Weight for Older Women's Well-Being. *Women & Therapy*, 39(1-2), 202-212. <<http://doi.org/10.1080/02703149.2016.1116855>>.

Kristeller, J. L. (2016b). The struggle continues: Addressing concerns about eating and weight for older women's well-being. *Women & Therapy*, 39(1-2), 202-212. <<http://doi.org/10.1080/02703149.2016.1116855>>.

Kumar, S., Hill, R. i Haslett, C. (2001). Anorexia nervosa in an elderly woman. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(2), 246-248.

Lewis, D. M. i Cachelin, F. M. (2001). Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eating disorders*, 9(1), 29-39. <<http://doi.org/10.1080/106402601300187713>>.

Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W. i Pope, H. G. (2014). Pathological eating and body dissatisfaction in middle-aged and older women. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 431-435. <<http://doi.org/10.1097/YCO.000000000000102>>.

Mangweth-Matzek, B., Rupp, C. I., Hausmann, A., Assmayr, K., Mariacher, E., Kemmler, G., ...Biebl, W. (2008). Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: A community study of elderly women. *The International Journal Of Eating Disorders*, 41(2), 174-179. <<http://doi.org/10.1002/eat>>.

Marcus, M. D., Bromberger, J. T., Wei, H. L., Brown, C. i Kravitz, H. M. (2007). Prevalence and selected correlates of eating disorder symptoms among a multiethnic community sample of midlife women. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), 269-277. <<http://doi.org/10.1007/BF02879909>>.

Mermelstein, H. T. i Basu, R. (2001). Can you ever be too old to be too thin? Anorexia nervosa in a 92-year-old woman. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 123-126. <<http://doi.org/10.1002/eat.1064>>.

Nnakwe, N. i Yu, U. (2014). Prevalence of Abnormal Eating Among Middle Aged Peri and Menopause Women Participating in a Community-Based Nutrition Education Program. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education*, 1(8), 149-160.

Pamies-Aubalat, L., Marcos, Y. Q. i Castaño, M. B. (2011). Conductas alimentarias de riesgo en una muestra de 2.142 adolescentes. *Medicina Clínica*, 136(4), 139-143. <<http://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.05.023>>.

Peláez, M. A., Raich, R. M. i Labrador, F. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*.

Podfigurna-Stopa, A., Czyzyk, A., Katulski, K., Smolarczyk, R., Grymowicz, M., Maciejewska-Jeske, M. i Meczekalski, B. (2015). Eating disorders in older women. *Maturitas*. HYPERLINK <<http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.06.036>>.

Ruiz-Lázaro, P. M., Comet, M. P., Calvo, A. I., Zapata, M., Cebollada, M., Trébol, L. i Lobo, A. (2010). Prevalencia de trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4), 204-211.

Sánchez, L., Orte, C. i Vives, M. (2015). Los trastornos de conducta alimentaria en mujeres mayores. A: *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*. Almería: ASUNIVEP.

Shibli-Rahhal, A. i McCormick, L. (2013). Teriparatide treatment of osteoporosis in a patient with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 18(2), 229-231. <<http://doi.org/10.1007/s40519-013-0034-y>>.

Autors

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Experta en Intervenció en qualitat de vida de gent gran per la Universitat Nacional d'Educació a Distància. És psicòloga general sanitària. És professora associada del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, i imparteix l'assignatura de Gerontologia Educativa. Treballa com a psicoterapeuta a l'Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda) des de 2010 i a Centre Es Pla des de 2016.

Ha treballat com a tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal des de 2008 fins a 2013. Ha coordinat el Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB. Ha tutoritzat i coordinat cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència, tant presencials com en línia. La seva línia principal de recerca és la violència de gènere en les dones grans i trastorns de la conducta alimentària. És secretària de *l'Anuari de l'envelliment de Illes Balears* des de 2009.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Doctor en Sociologia (UAB) i en Filosofia (UIB) i diplomat en Treball Social (UIB). Ha fet feina com a educador social i treballador social a l'Ajuntament de Palma, al Ministeri de Justícia, a Càrites i al Consell de Mallorca. De 1988 a 1996 va ser responsable del Departament de Planificació i Estudis de l'àrea de Benestar Social i Sanitat del Consell de Mallorca.

Des de 1997 és professor de Mètodes d'Investigació a la Facultat d'Educació de la UIB. De 2007 a 2011 va ser el director de l'Institut de Ciències de l'Educació.

Coordina, juntament amb el professor Josep Lluís Oliver, el seguiment i assessorament del Programa sobre pobresa infantil i familiar (la Caixa) per a les Illes Balears. Forma part del Grup d'Investigació i Formació: Educació i Societat (GIFES-UIB). També forma part, des de fa més de deu anys, del Grup d'Estudi de la Prostitució a les Illes Balears (GEPiB), de Prosocial i de la comissió permanent de la Red de Jóvenes e Inclusión Social, formada per cinc universitats i vuit entitats socials de l'Estat.