

**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
EN ADULTOS MAYORES**

EATING DISORDERS IN THE ELDERLY

Inmaculada Ruiz Prieto

Correspondencia: Inmaculada Ruiz Prieto, Inma.irp@gmail.com

Instituto de Ciencias de la Conducta, SCP

C/Virgen del Monte 31, CP: 41011, Sevilla

RESUMEN

Habitualmente los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se desarrollan en la adolescencia, por lo que ha sido poco descrito el desarrollo de TCA en adultos mayores. No obstante, una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos que acontecen en edad avanzada favorecen la malnutrición, aumentando así el riesgo de desarrollar un TCA. En general, la presencia de depresión constituye un factor importante para el inicio de un TCA en adultos mayores, cuando, además, va acompañado de vómitos inexplicados debe considerarse como la posible existencia de bulimia nerviosa (BN).

En el presente trabajo se describe un caso de TCA en edad avanzada.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, adultos mayores, depresión, ancianos.

ABSTRACT

Eating Disorders (ED) usually develop in adolescence so it has been little described the development of ED in the elderly. However, a series of physiological, psychological and socio-economic changes taking place in elderly contribute to malnutrition in older adults thereby increasing the risk of developing an ED. In general, the presence of depression is an important factor for the beginning of an ED in the elderly. When the presence of an affective disorder is accompanied by unexplained vomits it should be regarded as a possible case of bulimia nervosa (BN).

This work describes a clinical case of ED in the elderly.

Key words: eating disorders, elderly, depression

INTRODUCCIÓN

Habitualmente, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) inician su desarrollo en la adolescencia. En general, desde los 12 a los 25 años de edad, de modo que el inicio posterior a los 25 años se considera inicio tardío (1-3).

No obstante, la presencia de TCA en adultos mayores no ha sido descrita en profundidad, desconociéndose la epidemiología en dicho periodo vital y hallándose referencias anecdóticas en la literatura médica sobre ello (3,4).

Sin embargo, el desarrollo de TCA en adultos mayores fue definido por primera vez en 1890, en el Guy's Hospital, y se denominó *senile marasmus* (4).

Se distinguen distintos factores para el diagnóstico de anorexia nerviosa (AN) en adultos mayores. Por un lado, podría ser un caso típico de AN en adolescentes que remitió y ha reaparecido como consecuencia de un estresor. Por otro lado, puede desarrollarse un cuadro de AN en un adulto mayor que presenta un patrón de conducta alimentaria alterado durante toda su vida o una alteración alimentaria crónica, lo cual, unido a un factor desencadenante precipita la aparición de un cuadro completo de TCA. No obstante, el perfil más atípico es el desarrollo de AN *de novo* (3-5).

Pese a todo, es aún menos conocido el desarrollo de bulimia nerviosa (BN) en adultos mayores, ya que no parecen presentar atracones ni purgas, teniendo en cuenta que el uso de laxantes es habitual en esta población.

Con todo, en adultos mayores se producen una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos que favorecen la presencia de malnutrición y, con ello, la aparición de algún TCA (6,7).

Entre los factores fisiológicos se encuentran cambios en la composición corporal, entre los que se encuentran sarcopenia, aumento de la masa grasa corporal y disminución de la masa ósea y el agua corporal total. Como consecuencia, aumenta el riesgo de padecer diabetes mellitus, osteoporosis y se produce una alteración del centro de la sed, lo que induce una baja ingesta de agua y una menor apetencia por alimentos con elevado contenido en agua (7,8).

Además, el gasto metabólico basal en adultos mayores corresponde al 60-75% del gasto energético total y las necesidades en reposo disminuyen, lo que promueve la baja apetencia (7,8).

Se produce una hipofunción secretora que resulta en una disminución de la absorción de nutrientes. Además, es habitual la presencia de estreñimiento, que favorece la baja ingesta de alimentos (7,8).

Se producen distintas alteraciones en la cavidad oral que dificultan la percepción de los sabores, especialmente de los dulces y salados, habitualmente restringidos por patologías asociadas (diabetes mellitus o hipertensión arterial, entre otras). Asimismo, existe un deterioro sensorial que, combinado con afectaciones articulares o debilidad extrema impide una adecuada compra, elaboración e ingesta de alimentos (7,8).

Entre factores socioeconómicos pueden diferenciarse menor capacidad económica, relacionada a la jubilación, soledad y aislamiento social por pérdida de seres queridos, emancipación de los hijos e incapacidad o minusvalía para salir del domicilio. Hábitos alimentarios y de vida rígidos, con resistencia a los cambios, promueven una mala adaptación a las nuevas necesidades y facilitan la malnutrición o desnutrición (4,7,8).

La coexistencia de patologías crónicas y degenerativas empeora la ingesta en adultos mayores, por un lado al provocar necesidades alimentarias específicas que mejoren o disminuyan las complicaciones de dichas patologías. Por otro lado, la plurimedicación provoca interacciones fármaco-nutriente, fármaco-fármaco, fármaco-alimento, que puede dificultar la ingesta, absorción, metabolismo y excreción de nutrientes (7,8).

Todos estos factores se encuentran relacionados entre sí, por lo que el riesgo de malnutrición y, con ello, el riesgo de desarrollar un TCA en adultos mayores, es elevado. Ciertamente, la prevalencia de desnutrición en adultos mayores es desconocida (9) pero se estima que más del 50% de la población anciana la sufre (10).

Uno de los factores importantes en el desarrollo de un TCA es la presencia de depresión en adultos mayores. Se ha observado que cuando los hijos se independizan, abandonando el domicilio familiar, la soledad actúa como factor estresor que puede promover el desarrollo de un TCA. El adulto mayor dejaría de comer voluntariamente como llamada de atención, lo que podría convertirse en un círculo vicioso que desencadene la aparición de un TCA (3,4,7).

La presencia de vómitos inexplicados en un adulto mayor con trastorno afectivo debe hacer sospechar la existencia de BN (11).

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 68 años de edad que acudió a consulta en junio de 2011, acompañada de su hija y su marido, solicitando tratamiento para un cuadro

depresivo, baja ingesta de alimentos y vómitos inexplicados que sucedían varias veces al día.

Presentaba diabetes tipo 2, tratada mediante antidiabéticos orales, y hepatitis C. Nunca había presentado amenorrea y situaba la menopausia entre los 40 y 50 años de edad.

La paciente refería un índice de masa corporal (IMC) habitual de 27, afirmando que *“yo estaba gordita porque comía”*. En el momento de la visita presentaba un IMC de 17.38 y aseguraba no querer pesar tan poco y llorar cuando no ganaba peso, *“Quiero engordar aunque ponga 90 kg”*.

La paciente presentaba dificultades para realizar la compra y elaboración de alimentos, lo que empeoraba su ingesta. Decía no querer comida preparada por nadie que no fuese ella y no gustarle ningún tipo de alimento, aunque aseguraba que antes le gustaba todo.

Sin embargo, su hija relataba que durante un periodo de ingreso hospitalario la paciente sí comía todo. Al llegar a casa volvía a no comer nada. En otra ocasión, de vacaciones en un hotel, la paciente también comió con normalidad y al llegar a casa de nuevo nada.

El hábito de ingesta de la paciente era coger el alimento que más le apetecía en el momento en que sentía hambre y, en caso de aparecer náuseas, dejaba de comer. Habitualmente comía tumbada.

Antes del desarrollo de la patología la paciente comía muy rápido y cambió el ritmo de ingesta enlenteciéndolo considerablemente. Siempre dejaba

comida y las raciones habituales de consumo eran pequeñas, por ejemplo la ración habitual de fruta era un cuarto de manzana.

En cuanto a la patología, la paciente refería vómitos espontáneos autoinducidos mediante contracción del diafragma, provocados al comer o simplemente al ver u oler algún alimento. Le ocurría diariamente, varias veces al día.

Referente al desarrollo de la alteración alimentaria la paciente describía que tras varias crisis de ansiedad su apetito fue disminuyendo, paralelo a un estado de ánimo cada vez más bajo. Hacía varios meses apareció la sensación de náuseas y fue reduciendo la ingesta alimentaria unido a la aparición de vómitos, por lo que llegó a perder 1kg a la semana.

Además, la paciente presentaba sequedad en la piel, mareos continuos y desmayos frecuentes, no conseguía mantenerse erguida y precisaba ayuda para subir escaleras o levantarse de la cama o el sofá, lo que inducía a pensar en la presencia de una baja hipotensión ortostática. Asimismo refería cansancio extremo y dolor intenso de piernas. Por otro lado, la paciente refería un estado de ánimo muy bajo.

Se inició, entonces, tratamiento nutricional y médico. Se optó por un menú hipercalórico, adecuado a su edad y situación física en el momento de inicio, junto a tratamiento farmacológico mediante la prescripción de un fármaco antidepresivo tricíclico (clomipramina clorhidrato), un fármaco antidepresivo tetracíclico (mirtazapina) y un hipnótico imidazopiridinico no benzodiazepínico (zolpidem). Al conocer que el tratamiento se basaba en un

menú la paciente afirmó que no podía comer e insistió en iniciar un tratamiento mediante batidos o fármacos orexígenos (*“pastilla que me abran el apetito”*).

Tras dos semanas de tratamiento se observó una mejora significativa del estado de ánimo, no habían reaparecido los vómitos, podía mantenerse erguida y era capaz de subir escaleras sin ayuda. Sin embargo los mareos y desmayos no habían cesado.

Transcurridas cuatro semanas de tratamiento se cambió el menú por uno más calórico y se pautó la ingesta de agua, puesto que la paciente estaba bebiendo muy poca cantidad. Los mareos y desmayos continuaban sucediendo y, además, reaparecieron los vómitos, aunque sólo presentó dos a lo largo de un mes.

La paciente aseguraba presentar ansiedad antes de las comidas, especialmente antes de los almuerzos y no cumplía el menú. Realizaba comidas mal estructuradas. Tomaba más fruta de la recomendada, no tomaba alimentos proteicos (carne, huevo, pescado) y tomaba muchos dulces. Sus almuerzos y cenas solían basarse en pasta o legumbres, lo que constituía un menú poco adecuado a su situación fisiológica (diabetes tipo 2). No obstante, la paciente relataba que cuando salía a comer en lugares de restauración tomaba carne sin problemas.

Aunque no presentaba signos de distorsión de la imagen corporal sí mostraba una importante preocupación por el aspecto físico comentando que no quería hacerse vieja o que lloraba al mirarse al espejo y ver cómo colgaban *“los pellejos”*.

Su estado de ánimo continuaba mejorando y la paciente había comenzado a realizar labores del hogar, hacer la compra y pasear.

Dos meses más tarde la alimentación de la paciente continuaba siendo desequilibrada y desestructurada y afirmaba no gustarle el menú (“*odio el papelito de la dieta*”). Decía que las cantidades que se servía eran enormes cuando realmente eran pequeñas. En esta ocasión se retiró el menú de su tratamiento, se le indicaron unas pautas de alimentación saludable y se le encargó organizar adecuadamente sus ingestas.

La paciente afirmaba necesitar dejar siempre algo de comida en el plato, para quedarse tranquila. Habitualmente, en cada visita mencionaba el recuerdo de su madre a la hora de las comidas, comentando que cuando una persona se encuentra en edad infantil las madres son las responsables de cuidarla si presenta una enfermedad y son las encargadas de cocinar para que la persona coma. Además, decía recordar a su hija menor a la hora de las comidas como para que se sentase con ella y su marido a comer a la mesa, aunque su hija hacía un tiempo que se había independizado. Por otro lado, recordaba con nostalgia su lugar de nacimiento y los olores y sabores de la comida típica de su hogar y afirmaba que allí comería mejor.

Los vómitos aún no habían desaparecido.

Transcurrido un mes, la paciente acudía a consulta con un buen estado de ánimo. Había estado en su lugar de nacimiento acompañada de su familia y decía haber comido mejor porque el lugar y las comidas le recordaban a su madre. Había incluido en su alimentación la carne y el huevo aunque comentaba que aún no había conseguido introducir el pescado. Además, afirmaba que había

aumentado las cantidades consumidas. Continuaba tomando demasiados dulces y bebía muy poca agua. Asimismo, cada semana escogía un alimento que era el que estaba más presente en su menú, una semana cocidos, otra semana pasta, otra semana sándwiches, otra semana pizza...

Seguía presentando mareos al levantarse bruscamente tras haber estado un tiempo sentada o acostada y había presentado un par de vómitos a lo largo de un mes. Además, se había levantado de madrugada a comer chocolate en varias ocasiones y, al día siguiente, no lo recordaba.

La paciente comentaba que volvería a su lugar de origen mientras le ayudase a mejorar y pidió un menú para organizar sus comidas adecuadamente.

En resumen, tras cuatro meses de tratamiento la paciente ganó 2kg, presentando un IMC de 18.16. Su estado de ánimo mejoró notablemente, (*“yo tiré la toalla y estaba esperando a ver si me moría pero me habéis devuelto las ganas de vivir, quiero recuperarme para disfrutar de mis nietos, jugar con ellos...”*). Dejó de estar aislada en su domicilio para salir a la calle, viajar y visitar a su familia y su lugar de origen. Disminuyó la frecuencia de vómitos y desaparecieron los desmayos. Además, comenzó a introducir alimentos en su ingesta y aumentó las cantidades de consumo.

DISCUSIÓN

Resulta difícil el diagnóstico de TCA en adultos mayores dado el incumplimiento de criterios diagnósticos como consecuencia de la edad.

No obstante, la conducta alterada de la paciente corresponde con los factores predisponentes y precipitantes para el desarrollo de un TCA en la edad adulta.

En este caso, no existe sospecha de TCA previo por lo que cabe pensar en una conducta alterada, mantenida a lo largo de toda la vida que, unida a una serie de situaciones de estrés hayan conllevado la aparición de un TCA.

Se observa en la paciente una baja ingesta de agua, que disminuye la apetencia por los alimentos. Además, en el momento de la primera consulta el gasto energético total de la paciente se corresponde, casi en su totalidad, con la tasa de metabolismo basal, lo que también contribuye a una baja ingesta de alimentos.

La presencia de debilidad extrema produce incapacidad para salir del domicilio lo que, unido a una menor capacidad económica, dificulta la compra y elaboración de alimentos.

La plurimedicación por coexistencia de patologías crónicas aumenta el riesgo de malnutrición.

Además, como consecuencia de la presencia de depresión, por distintas situaciones de estrés, entre ellas la vivencia de la independización de los hijos como algo negativo, disminuye la apetencia por la comida y aparece la sintomatología como “llamada de atención”.

Al aparecer los vómitos los fármacos antidepresivos no tenían efecto sobre su estado de ánimo de modo que no aumentaba la apetencia por los alimentos.

Teniendo en cuenta las características del cuadro y según la bibliografía, podría tratarse de un caso de BN atípica en adultos mayores, con un trastorno afectivo acompañante.

REFERENCIAS

1. Lindberg N, Sailas E. Anorexia Nervosa and involuntary treatment. *Duodecim*. 2011; 127 (112): 1090-1096.
2. Jáuregui I. Varones, niños y mayores. In: *La cárcel del cuerpo. Guía útil para conocer los trastornos alimentarios*. 2nd ed. España: Grafema; 2008. p. 66- 68.
3. Jáuregui I. Trastornos de la conducta alimentaria en varones, en la infancia y de inicio tardío. In: *La imagen de una sociedad enferma. Anorexia, Bulimia, Atracones y obesidad*. 1st ed. España: Grafema; 2006. p. 145-151.
4. Pérez-Cruz E, Meléndez-Mier G, Caballero-Romo A. Anorexia nerviosa en el anciano: mito o realidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2007; 42 (6): 348-356.
5. Hewitt PL, Coren S, Steel, GD. Death from anorexia nervosa: age span and sex differences Source. *Aging and Mental Health*. 2001; 5 (1): 41-46.
6. Blundell JE. Understanding anorexia in the elderly: formulating biopsychological research strategies. *Neurobiology of aging*. 1988; 9: 18-20.
7. Gil Canalda I. Factores que inciden sobre el estado nutricional del anciano. In: *Toquero de la Torre F. Guía de la buena práctica clínica en estado nutricional y productos lácteos en la tercera edad*. España:

- Atención Primaria de Calidad, Organización Médica Colegial de España; 2008. p. 61-85.
8. Varela Moreiras G. Consejo nutricional para las personas mayores: una necesidad permanente. In: Amarilla Mateu N, Aparicio Vizuet A, Bodas Pinedo A, Castro Rodríguez B, del Pozo Domínguez F, Fernández Rivas M et al. Recomendaciones en nutrición y hábitos de vida saludable desde la oficina de farmacia. España: International Marketing & Communication; 2010. p. 75-98.
 9. Shock NW. Commentary on anorexia in the elderly by Morley and Silver. *Gastroenterology clinics of North America*. 2009; 38 (3): 393-409.
 10. Ramic E, Pranjić N, Batic-Mujanović O, Karić E, Alibasić E, Alić A. The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Med Arch*. 2011; 65 (2): 92-5.
 11. Morgan D, Connie M. Bulimia Nervosa in an elderly male: a case report. *Int J Eat Disord*. 2005; 39 (2): 170-171.