

DISTORSIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y TRATAMIENTO CON OLANZAPINA

M^a J. García Cantalapiedra; E. Pérez Ruíz; A. M^a Ruíz Otazo; L. Liqueste Arauzo; L. García García

Hospital Clínico Universitario de Valladolid
garciacantalapiedra@yahoo.es

RESUMEN:

Introducción: La distorsión e insatisfacción con la imagen corporal suponen uno de los síntomas motores principales de los TCA a la vez que acompañan a otras patologías, perpetuando su permanencia y agravándolas (Grijalba y cols. INFOCOP nº 36). La molécula de Olanzapina, por su efecto en los receptores 5HT₂ puede ser eficaz en estos problemas.

Objetivos: 1^o-Revisión conceptual de la patología de la imagen corporal, 2^o-Revisión bibliográfica de la misma, 3^o-Revisión de sus alternativas terapéuticas, 4^o-Análisis en una muestra de los beneficios de Olanzapina en esta sintomatología.

Material y método: Estudio longitudinal de N=28 pacientes de 1^a consulta externa de psiquiatría. División en control y experimental. Aplicación de Escala Gardner, EDI, IMC, datos sociodemográficos y clínicos. Análisis por ANOVA, Tukey y perfiles.

Resultados: Experimental significación de $F_B = 28,06$; $F'_B = 7,67$; $F_{AB} = 3,37$ y $F'_{AB} = 117,86$ y Control de $F_A = 4,28$; $F_B = 12,06$; $F'_B = 2,93$ y $F'_{AB} = 56$. Siendo A= momentos de medida y B=VD de Gardner. EDI descenso de puntuaciones medias en: Control=15,64 a 13,40 y experimental = 12,63 a 10,49.

Conclusiones:

- 1^o-Resulta significativo el peso del factor sujetos.
- 2^o-Destaca en ambos grupos la significación de B.
- 3^o-Olanzapina puede ser beneficiosa en respuesta a la patología de la imagen corporal

INTRODUCCIÓN:

Los trastornos alimentarios son trastornos psicológicos que cursan con graves alteraciones en la esfera psíquica y física. Se estima que entre un 2% y un 4% de mujeres jóvenes sufre síndromes completos de TCA, según criterios DSM-IV TR. La patología alimentaria, en su conjunto, constituye uno de los problemas psicológicos más prevalentes en las mujeres. Son alteraciones marcadas por la cronicidad y las recidivas y asociadas a un elevado riesgo de suicidio y muerte (tasa de mortalidad en España en los años 2003 y 2007 de 3,3% y 5,56% en adolescentes entre 12 y 20 años). La preocupación por la figura y la insatisfacción corporal son uno de los síntomas y motores prioritarios de estos problemas de salud, así como de su perpetuación y cronicidad. (1)(2)(3).

Historia y conceptualización de los términos "distorsión e insatisfacción de la imagen corporal":

Fishe (1990) indica que Bonnier en 1905 acuña el término de "*aschemata*" para definir la sensación de desaparición del cuerpo por daño cerebral. También Pick, en 1922, utiliza el término de "*autotopagnosia*" para referirse a problemas de la orientación corporal y Pick creía que cada persona desarrollaba su propia y genuina imagen espacial de su cuerpo (4).

La imagen corporal fue descrita por Schilder (1935) como la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro propio cuerpo se nos manifiesta (5). La de Schilder constituye la primera definición que no remite a criterios exclusivamente neurológicos. Su definición fue exactamente: "*La imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos*" (6).

Bruch (1962) fue la primera autora que propuso que la distorsión de la imagen corporal, evidenciada por la sobre-estimación de su tamaño, era una característica patognomónica de la anorexia nerviosa. Después se ha evidenciado que este fenómeno, más allá de la anorexia nerviosa, puede presentarse en la población normal (que además se toma como grupo control en muchos casos) (7). Para Bruch concretamente, la anorexia nerviosa tiene 3 características: "*Un paralizante sentimiento de ineficacia personal, incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo y la alteración de la imagen corporal*". La alteración de la imagen corporal se ha considerado, desde entonces, como criterio diagnóstico necesario en los TCA referido en los sucesivos DSM (8).

Ragalaz y Rodríguez ofrecen una definición sencilla y actualizada del concepto: "*El esquema o imagen corporal es la representación mental, imágenes y sentimientos que un individuo tiene acerca de su aspecto*" (9).

Para Garner y Garfinkel (1981) la distorsión de la imagen corporal incluye dos aspectos relacionados:

- La distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobrestimación de partes del cuerpo.
- La alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura (10).

Posteriormente Gardner (1996) afirmará, reiterando esta misma idea, que la imagen corporal incluye dos componentes:

- Uno perceptivo que refiere a la estimación del tamaño y apariencia.
- Otro actitudinal que recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo (11).

En 1990 Pruzinsky y Cash proponen, también, que existen realmente varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen perceptual: Se refiere a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo. Parece al concepto de "*esquema corporal mental*". Incluye información sobre el tamaño, la forma y las partes del cuerpo.
- Una imagen cognitiva: Incluye pensamientos, auto-mensajes y creencias sobre nuestro cuerpo.
- Una imagen emocional: Remite a los sentimientos sobre la satisfacción con nuestra figura y con las experiencias con nuestro cuerpo (12).

Para Pruzinsky y Cash la imagen corporal es una experiencia fundamentalmente subjetiva que no tiene porque tener un correlato objetivo y real. El concepto tiene las siguientes características:

- Es un concepto multifacético.
- Interrelaciona con la autoconciencia, con la percepción de nosotros mismos.

DISTORSIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y TRATAMIENTO CON OLANZAPINA

- Esta socialmente determinada.
- No es fija, varía a lo largo de la vida, no es estática.
- Influye en el procesamiento de la información sobre el mundo.
- Influye en el comportamiento ya que, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, hay un componente conductual en la imagen corporal que tiene su base en un cortejo de conductas asociadas a ella (13).

Así pues, el trastorno de la imagen corporal incluye aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos y se define como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física, lo cual lleva a devaluar la apariencia, a preocuparse en exceso por la opinión de los demás y a pensar que no se vale, ni se puede ser querido, debido a la apariencia física (14). La anoréxica promedio tiende a percibir las dimensiones de su cuerpo distorsionado a la alza en alrededor del 30% de su volumen. Tal distorsión no refiere al cuerpo que la anoréxica ve, refiere al cuerpo que imagina, la imagen obedece a "*la representación mental del cuerpo*" (15). Así, diferentes investigaciones señalan, no obstante, que la distorsión de la imagen corporal no obedece "*un problema alucinatorio*", y que la anorexia nerviosa y la esquizofrenia rara vez coexisten, sin embargo, esto puede obedecer a que muchos centros para TCA excluyen a las pacientes si asocian esquizofrenia, lo cual no ofrece explicación alguna que aclare la base del problema.

En relación a los factores psicológicos, sociales y del estilo de vida, referir que "*el impacto del ideal de belleza*" ha impuesto socialmente a las jóvenes la idea de la posibilidad de moldear el cuerpo a voluntad, ha causado la estigmatización de la obesidad y el culto al cuerpo, entre otros problemas. Destaca, en este sentido, la relevancia, y trascendencia, de las actitudes y conductas asociadas a tener "*un cuerpo socialmente deseable*". El problema está vinculado a una idea sobrevalorada de la delgadez. Así, actualmente, el autoconcepto de los sujetos se construye, más por el atractivo interpersonal que por el éxito académico, que era el eje prioritario hasta casi recientemente (16).

En suma, una definición integradora de la imagen corporal sería:

"La imagen corporal es un constructo psicológico complejo, que se refiere a como la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y

así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas" (17).

En relación al debate abierto sobre las diferentes facetas de la imagen corporal, es obligado referir dos aspectos relevantes:

-La distorsión obedece más a razones "*del tamaño*" y la insatisfacción a "*la valoración subjetiva negativa*" de esa distorsión.

-En el marco de las actuales clasificaciones DSM la distorsión de la imagen corporal se incluye dentro de las dismorfofobias, y del trastorno dismórfico corporal.

-La distorsión e insatisfacción con la imagen corporal constituyen síntomas principales de los actuales trastornos de la conducta alimentaria (18).

Olanzapina y distorsión de la imagen corporal:

En relación a la molécula de Olanzapina, su ficha, refiere como la misma pertenece al grupo de las diazepinas, oxacepinas, y tiazepinas. La Olanzapina es un agente antipsicótico, antimaniaco y estabilizador del ánimo, pero con un amplio perfil farmacológico a través de un número de sistemas receptores. En estudios no clínicos Olanzapina mostró afinidad por los receptores 5HT_{2A/2C}, 5HT₃, 5HT₆; receptores de dopamina D₁, D₂, D₃, D₄, D₅, receptores muscarínicos m₁-m₅, receptores alfa 1 adrenérgicos y receptores de histamina H₁. Demostró una afinidad in vitro mayor sobre los receptores de serotonina 5HT₂ que en los receptores de dopamina D₂ y mayor actividad in vivo en los modelos de 5HT₂ que en los de D₂. Así, Olanzapina destaca por su eficacia en los síntomas negativos de la esquizofrenia, la mejoría sobre los procesos, rendimiento y funciones cognitivas, su efecto sobre el estado de ánimo, e incluso, propiedades anti-TOC, lo cual puede comprenderse por el mecanismo de acción implícito al fármaco.

Si se pudiera considerar la distorsión de la imagen corporal un fenómeno cognitivo, la eficacia de Olanzapina vendría dada por la mejoría que ejerce en los procesos atencionales y de ejecución, superiores a los otros antipsicóticos atípicos. Pero también pudiera ser que su eficacia en este síntoma le viniera dada por su efecto sobre los cuadros obsesivos.

Sobre los tratamientos para la distorsión de la imagen corporal, estos han sido investigados en el grueso de los estudios sobre los tratamientos de los TCA. Carmina Saldaña los recopila en un

DISTORSIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y TRATAMIENTO CON OLANZAPINA

artículo sobre los mismos (2001) hasta nuestra década actual y muestra como éstos no van mucho más allá de la, ya clásica, terapia cognitivo-conductual y la fluoxetina. En este sentido, los antidepresivos solo se han mostrado eficaces en la reducción de los síntomas bulímicos y la retirada de la medicación produce altas tasas de recaída, lo que induce a pensar en la búsqueda de otras moléculas entre las que tal vez los antipsicóticos tengan una opción (19).

La mayoría de los artículos e investigación sobre la ayuda de Olanzapina en la distorsión de la imagen corporal y los TCA remite a la eficacia de la misma para aumentar el peso y mejorar el humor, pero por otro lado, Olanzapina se ha mostrado eficaz en las ideas obsesivas sobre la imagen del cuerpo y en el miedo y la preocupación de estar gordo (20). Estos síntomas devendrían de la función serotoninérgica alterada que Olanzapina restauraría (21). También, el hecho de que Olanzapina tenga efectos sobre la saciedad, en el sentido de un incremento del apetito, sería beneficioso, también, en los sujetos con distorsión de la imagen (22) (23).

Por otro lado, existen trabajos de investigación que muestran como la molécula que nos ocupa es eficaz no solo en la patología de la imagen corporal, también en otros síntomas asociados a los TCA (24). Y en suma, aunque, si bien, la distorsión de la imagen corporal no se considera que corresponda a un síntoma de características psicóticas, esto es, no es una alucinación, ni obedece a mecanismos de reconstrucción delirante, ni a una patología de base principalmente dopaminérgica, si es relevante el hecho de que TCA y esquizofrenia coexisten en un 12% de los casos, lo cual podría explicar también los beneficios de Olanzapina en la distorsión de la imagen corporal que acompaña a los TCA (25).

OBJETIVOS:

- 1-Realizar una revisión teórica conceptual sobre los conceptos de distorsión e insatisfacción de la imagen corporal.
- 2-Realizar una revisión sobre la literatura que refiere a la investigación existente hasta la fecha y más reciente, sobre todo, de las bases cerebrales implicadas en la patología de la imagen corporal.
- 3-Realizar una revisión sobre la investigación, existente hasta la fecha y más reciente, de los tratamientos farmacológicos utilizados en psiquiatría en la patología de la imagen corporal.
- 4-Conocer la eficacia de la molécula Olanzapina, en su forma velotab, sobre una muestra de pacientes con diferentes diagnósticos de patología mental y que presentaban distorsión e insatisfacción de su imagen corporal en el momento de la consulta inicial en una U.S.M.

MATERIAL:

Para la realización del trabajo de investigación sobre la muestra se ha utilizado la siguiente batería:

1-Toma de datos socio-demográficos: Sexo, edad, estado civil, nivel educativo y profesión.

2-Toma de datos clínicos: Diagnóstico DSM, estructura de personalidad y tratamiento.

3-Toma de datos antropométricos: IMC.

4-Escala de Evaluación de la Imagen Corporal de GARDNER: Es una escala compuesta por 13 siluetas de la figura humana sin atributos reconocibles. La silueta central representa la mediana de la distribución de peso para la población de referencia (edad media de 19 años y peso de 63,99Kgs), a ambos lados se sitúan otras seis siluetas que representan en orden creciente y decreciente el incremento y el decremento progresivo de peso (5, 10, 15, 20, 25 y 30%), de tal modo que de los extremos representan uno una figura extremadamente delgada y el otro una figura muy obesa. El paciente realiza dos valoraciones: Marca con una cruz la percepción actual de su imagen corporal y con un círculo la de su imagen ideal. El evaluador marca con un asterisco la imagen real. En la corrección la imagen central puntúa como 0 y las figuras de la derecha puntúan de 1 a 6 progresivamente y las de la izquierda de -1 a -6 a medida que se alejan de la central. La interpretación de la Escala ofrece dos índices: El índice de insatisfacción de la imagen corporal (diferencia entre la imagen percibida y deseada) y el índice de distorsión de la imagen corporal (diferencia entre la imagen percibida y la real). Recientemente TEA ha presentado el Test de Siluetas para Adolescentes (TSA) que ofrece mejoras sobre la anterior Escala de Gardner (26) (27).

5-Inventario de Trastornos de la Alimentación, Eating Disorder Inventory, EDI: El EDI es un cuestionario diseñado para evaluar rasgos psicológicos y comportamentales comunes a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa. Consta de 64 ítems que se agrupan en ocho subescalas

DISTORSIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y TRATAMIENTO CON OLANZAPINA

diferentes:

- 1ª-Impulso a la delgadez.
- 2ª-Sintomatología bulímica.
- 3ª-Insatisfacción corporal.
- 4ª-Inefectividad y baja autoestima.
- 5ª-Perfeccionismo.
- 6ª-Desconfianza interpersonal.
- 7ª-Conciencia interoceptiva.
- 8ª-Miedo a madurar.

Cada ítem puntúa de 6 maneras que van desde "siempre" a "nunca". La puntuación total del cuestionario oscila desde 0 a 192. La relevancia clínica reside más en cada subescala que sobre la puntuación global (28).

MÉTODO:

La metodología seguida en el trabajo ha sido:

1-Revisión de la literatura: Se revisado el material bibliográfico existente sobre el tema de estudio a través de diferentes búsquedas.

2-Selección de una muestra aleatoria de pacientes de 1ª consulta externa de psiquiatría ubicada en Centro de Salud: Se ha tomado una muestra aleatoria de pacientes de 1ª consulta externa de psiquiatría de N=28, donde n1=14 grupo control y n2=14 grupo experimental. Se han estimado las siguientes variables:

3-Recogida de datos clínicos y sociodemográficos: Sexo, edad, estado civil, profesión y nivel educativo. Diagnóstico DSM, tratamiento e IMC.

4-Aplicación de la Escala de Gardner y:

-Si existencia de distorsión y/o insatisfacción de la imagen corporal, valoración de criterios de inclusión o exclusión: Se excluyen los casos con diagnóstico DSM de Trastorno de Alimentación anterior o actual y los casos en tratamiento previo o actual con antipsicóticos típicos y atípicos.

-Asignación aleatoria a grupo control o experimental.

-El tratamiento de Olanzapina fue de 5mgs Velotab en única dosis nocturna.

-Aplicación del EDI a una submuestra de N=16 donde n1=8 eran del grupo experimental y n2=8 del grupo control, para considerar la implicación en el estudio de otras variables asociadas a la patología de la alimentación más allá de la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal y su respuesta a la Olanzapina.

5-Evaluación de la respuesta al tratamiento a los 3 meses: Mediante una nueva aplicación de la Escala Gardner a la muestra y el EDI a la submuestra.

6-Análisis estadístico de los datos mediante: Contraste para más de 2 muestras dependientes: ANOVA con medidas repetidas 2 factores. Estudio de las diferencias significativas con la prueba de Tukey y estudio de medias y porcentual de los perfiles clínicos y sociodemográficos de la muestra.

DISTORSIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y TRATAMIENTO CON OLANZAPINA

RESULTADOS:

ANOVA GRUPO EXPERIMENTAL

Factor A = Visita inicial y visita a los 3 meses

Factor B = Variables de la Escala de GARDNER

FV	SC	g.l.	MC
Intertratamientos	315,78	9	
A	7,78	1	7,78
B	275	4	68,75
AB	33	4	8,25
Sujetos	41,7	13	
Error	287,52	117	2,45
A x sujetos	51,52	4	12,88
B x sujetos	466,3	52	8,96
AB x sujetos	3,78	52	0,07
Total	645	139	

$F_A = 3,17$; $F_B = 28,06$; $F_{AB} = 3,37$

$F'_A = 0,6$; $F'_B = 7,67$; $F'_{AB} = 117,86$

$f_A 0,95, 1, 117 = 3,84$. Aceptación de H0

$f_B 0,95, 4, 117 = 2,45$. Rechazo de H0

$f_{AB} 0,95, 4, 117 = 2,45$. Rechazo de H0

$f'_A 0,95, 1, 4 = 7,71$. Aceptación de H0

$f'_B 0,95, 4, 52 = 2,53$. Rechazo de H0

$f'_{AB} 0,95, 4, 52 = 2,53$. Rechazo de H0

COMPARACIONES MULTIPLES, PRUEBA DE TUKEY PARA FACTOR B EN EL GRUPO EXPERIMENTAL

Para $\alpha = 0,01$; HSD = 1,39 las diferencias significativas son:

B1 y B2 (Imagen percibida e imagen ideal) = 3,35

B1 y B3 (Imagen percibida e imagen real) = 2,35

B2 y B4 (Imagen ideal e insatisfacción corporal) = 3,53

B2 y B5 (Imagen ideal y distorsión de la imagen) = 2,85

B3 y B4 (Imagen real e insatisfacción corporal) = 2,53

B3 y B5 (Imagen real y distorsión de la imagen) = 1,85

COMPARACIONES MULTIPLES, PRUEBA DE TUKEY PARA LA INTERACCIÓN AB EN EL GRUPO EXPERIMENTAL

Para $\alpha = 0,01$; HSD = 2,22 las diferencias significativas son:

A1B1 y A1B2 = 52

A1B1 y A1B3 = 32

A1B1 y A1B4 = 15

A1B1 y A1B5 = 14

A2B1 y A2B2 = 42

A2B1 y A2B3 = 34

A2B1 y A2B4 = 10

DISTORSIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y TRATAMIENTO CON OLANZAPINA

ANOVA GRUPO CONTROL

Factor A = Visita inicial y visita a los 3 meses

Factor B = Variables de la Escala de GARDNER

FV	SC	g.l.	MC
Intertratamientos	201,3	9	
A	6	1	6
B	193,05	4	48,26
AB	2,25	4	0,56
Sujetos	40,7	13	
Error	167,8	117	1,43
A x sujetos	114	4	28,5
B x sujetos	113,75	52	2,2
AB x sujetos	0,62	52	0,01
Total	409,8	139	

F A = 4,28; F B = 12,06; F AB = 0,14

F' A = 0,21; F' B = 21,93; F' AB = 56

f A 0,95, 1,117 = 3,84. Rechazo de H0

f B 0,95, 4,117 = 2,45. Rechazo de H0

f AB 0,95, 4, 117 = 2,45. Aceptación de H0

f' A 0,95, 1,4 = 7,71. Aceptación de H0

f' B 0,95, 4,52 = 2,53. Rechazo de H0

f' AB 0,95, 4,52 = 2,53. Rechazo de H0

COMPARACIONES MULTIPLES, PRUEBA DE TUKEY PARA FACTOR B EN EL GRUPO CONTROL

Para alfa = 0,01; HSD = 0,24 las diferencias significativas son:

B1 y B2 (Imagen percibida e imagen ideal) = 1,96

B1 y B3 (Imagen percibida e imagen real) = 1,25

B1 y B4 (Imagen percibida e insatisfacción corporal) = 1,07

B1 y B5 (Imagen percibida y distorsión de la imagen) = 0,83

B2 y B3 (Imagen ideal e imagen real) = 0,71

B2 y B4 (Imagen ideal e insatisfacción corporal) = 3,03

B2 y B5 (Imagen ideal y distorsión de la imagen) = 2,79

B3 y B4 (Imagen real e insatisfacción corporal) = 2,59

B3 y B5 (Imagen real y distorsión de la imagen) = 2,08

B4 y B5 (Insatisfacción corporal y distorsión de la imagen) = 0,24

INDICE DE MASA CORPORAL

	INICIO	3 MESES	I.MEDIO
G.EXPERIMENTAL	25,01	23,40	24,20
G.CONTROL	21,61	20,56	21,08

DISTORSIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y TRATAMIENTO CON OLANZAPINA

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL EDI G. EXPERIMENTAL

ESCALA	INICIO	3 MESES	BALANCE Diferencia
I.Delgadez	13,87	9,25	4,62
Bulimia	15,37	9,75	5,62
I.Corporal	18,62	14,87	3,75
Autoestima	17,5	13,37	4,13
Perfeccionismo	7,37	6,75	0,62
Desconfianza I.	8,87	8,12	0,75
C.Interoceptiva	16,12	12,25	3,87
M. Madurar	11,37	9,62	1,75
Media	13,63	10,49	

PUNTUACIONES MEDIAS EN EL EDI G. CONTROL

ESCALA	INICIO	3 MESES	BALANCE Diferencia
I.Delgadez	17,75	12,87	4,88
Bulimia	15,25	14,25	1
I.Corporal	21,5	17,87	3,63
Autoestima	20,37	18,62	1,75
Perfeccionismo	9,25	9,37	-0,12
Desconfianza I.	7,87	7	0,87
C.Interoceptiva	19,25	16,62	2,63
Miedo madurar	13,87	10,62	3,25
Media	15,64	13,40	

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL

SEXO	EDAD	PROFESIÓN	E. CIVIL	DIAGNÓSTICO	TRATTO
Mujer: 85,71%	Media 27,7 años	Ama casa: 35,71%	Soltero: 57,14%	T.D. NE: 35,71%	Isrs+Bz: 14,28%
Varón: 14,28%		Estudia: 28,57%	Casado: 28,57%	T.Personalid: 28,57%	Isrs: 71,43%
		No cualific: 14,28%	Viudo: 7,14%	T.D. Mayor: 21,43%	Isrs+Estb: 7,14%
		Cualificado: 7,14%	Separado: 7,14%	T.Bipolar: 7,14%	Olanzap: 7,14%
		Paro: 14,28%		T. Adaptat: 0%	
		Jubilado: 0%		T. Angustia: 0%	
				T. Somatizac: 0%	
				Dep. Sustan: 7,14%	

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES DEL GRUPO CONTROL

SEXO	EDAD	PROFESIÓN	E. CIVIL	DIAGNÓSTICO	TRATTO
Mujer: 92,86%	Media 34,57 años	Ama casa: 7,14%	Soltero: 64,28%	T.D. NE: 7,14%	Isrs+Bz: 100%
Varón: 7,14%		Estudia: 35,71%	Casado: 21,43%	T.Personalid: 35,71%	Isrs: 0%
		No cualific: 14,28%	Viudo: 7,14%	T.D. Mayor: 14,28%	Isrs+Estb: 0%
		Cualificado: 28,57%	Separado: 7,14%	T.Bipolar: 7,14%	Olanzap: 0%
		Paro: 7,14%		T. Adaptat: 21,43%	
		Jubilado: 7,14%		T. Angustia: 7,14%	
				T. Somatizac: 7,14%	
				Dep. Sustan: 0%	

1-El perfil sociodemográfico del grupo experimental corresponde a: Mujer (85,71%), de una edad de 27,71 años, ama de casa fundamentalmente (35,71%) y soltera (57,14%).

2-El perfil sociodemográfico del grupo control corresponde a: Mujer (92,86%) de edad media de 34,57 años, estudiante (35,71%) y soltera (64,28%).

3-El perfil clínico del grupo experimental remite a: Depresión N.E. (35,71%) y tratamiento con ISRS (71,43%).

4-El perfil clínico del grupo control remite a: Trastornos de Personalidad (35,71%) en tratamiento simultáneo con ISRS y Benzodiazepinas en todos los casos.

CONCLUSIONES:

1º- El ANOVA pone de manifiesto que en el grupo experimental las variables medidas por la Escala de Gardner (B1,B2,B3,B4,B5) no sufrieron modificaciones significativas (a un n.c del 95%) en los 2 momentos de registro del estudio, esto es, al inicio del tratamiento (A1) y a los 3 meses (A2), mientras que el grupo control si presentó diferencias significativas en ambos momentos (F A experimental = 3,17 y F A control = 4,28).

2º- No obstante del resultado referido anteriormente para el factor A, y de que el grueso de la medida de cambio en los dos momentos temporales de registro en el estudio, el factor B relativo a las variables medidas en la Escala de Gardner (B1=Imagen percibida, B2=Imagen ideal, B3=Imagen real, B4=Insatisfacción con la imagen corporal y B5=Distorsión de la imagen corporal) si mostró cambios significativos destacados en las 2 poblaciones (control y experimental), en la línea de apoyo a la hipótesis de partida del trabajo presente (H0 = el efecto beneficioso de la molécula de Olanzapina en el síntoma de distorsión e insatisfacción de la imagen corporal) ya que las diferencias de medias significativas son mayores en el grupo experimental que en el control (diferencia de medias significativas en el grupo experimental oscilan entre 1,85 y 3,53 y en el grupo control entre 0,71 y 3,03).

3º- Los resultados del EDI estimados de modo % ponen de manifiesto como las puntuaciones medias de las escalas se moderan y disminuyen, en ambos grupos a lo largo de los 3 meses del estudio (grupo experimental de 13,63 a 10,49 y grupo control de 15,64 a 13,40).

4º- El análisis estadístico presentado sobre los posibles beneficios de Olanzapina en la sintomatología de la distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, ha mostrado estar limitado por la interacción en el grupo control del factor sujetos (falta de correspondencia en las significaciones de F y F´) lo que puede estar implícito en diferentes variables que no han sido controladas:

4.1- El hecho de que la propia escala de medida (Escala de Gardner) pueda fomentar la subjetividad de los sujetos por su modo de construcción y valoración.

DISTORSIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y TRATAMIENTO CON OLANZAPINA

4.2- Este resultado pudiera ser debido, también, a la diferencia en el perfil clínico de ambas poblaciones, ya que se estima que el grupo experimental "ha sido peor que el control" (Depresión - 35,71%- y tratamiento solo con ISRS-71,43%- frente a Trastornos de Personalidad- 35,71%- en tratamiento de asociación con ISRS y Benzodiacepinas en todos los casos-100%-). Este aspecto se muestra, también, en el IMC (IMC medio en el grupo experimental de 24,20 y en el grupo control de 21,08). En este sentido, la asociación de Benzodiacepinas junto a Olanzapina podría beneficiar, en mayor grado que la Olanzapina aislada, a los pacientes con patología de la imagen corporal. Del mismo modo, el diagnóstico de Trastorno de Personalidad unido a patología de la imagen corporal, remite a mejor pronóstico y más fácil manejo terapéutico, que el de Depresión N.E. asociado a la misma.

Este hecho, relativo al factor sujetos, puede ser el responsable de la significación del factor A solo en el control, debiéndose el mismo a este componente de error e interacción de medida frente la hipótesis de partida.

5º- El estudio muestra resultados positivos y congruentes al uso y beneficio de Olanzapina en la sintomatología asociada a la distorsión e insatisfacción con la imagen corporal. Debiera completarse el mismo con otros de más amplia población de muestra, y de criterios, tal vez, más estrictos de inclusión y admisión, así como el ensayo con dosis mayores de la molécula.

BIBLIOGRAFÍA:

1-ALONSO GRIJALBA E., BERDULLAS SAUNDERS S., y ALBARRACÍN GARRIDO D. "Los trastornos alimentarios. Obesidad y sobrepeso". Infocop nº 36, enero-febrero, 2008.

2-ALONSO GRIJALBA E., BERDULLAS SAUNDERS S., y ALBARRACÍN GARRIDO D. "La importancia de los factores psicológicos en la obesidad infantil. Entrevista a Rosa Calvo". Infocop nº 36, enero-febrero, 2008.

3-ALONSO GRIJALBA E. BERDULLAS SAUNDERS S. y ALBARRACÍN GARRIDO D. "La prevención de los trastornos alimentarios. Entrevista a Greta Noordenbos". Infocop nº 36, enero-febrero, 2008.

4-BAILE AYENSA J.I. "¿Qué es la imagen corporal?". Cuadernos del Marqués de San Adrián". En www.uned.es/ca-tudela/revista.

5-CONXA PERPIÑÁ R.M. "Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes". Rev. Anales de Psicología, 1990, 6 (1), 1-9.

6-Ob.cit. "¿Qué es la imagen corporal?...."

7-Ob.cit. "Distorsión de la imagen corporal: Un estudio...."

8-Ob.cit. "¿Qué es la imagen corporal?...."

9-ZAGALAZ SANCHEZ M^a L. y RODRÍGUEZ MARÍN I. "Distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Programa de prevención desde la educación escolar". Rev. Fuentes 6, 2005.

10- ZAGALAZ SANCHEZ M^a L. y RODRÍGUEZ MARÍN I. "Distorsión de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria en edad escolar. Intervención del profesorado de educación física". Actas del V Congreso Internacional de educación física y deporte en edad escolar, Págs. 195-197.

11-Ibíd.

12-Ob.cit. "¿Qué es la imagen corporal?...."

13-Ibíd.

14-Ob.cit. "Distorsión de la imagen en los trastornos de la conducta...."

15-Ibíd.

16-VERA GUERRERO M^a N. "El cuerpo ¿culto o tiranía?". Rev. Psicothema, Vol. 10, nº 1, Págs. 111-125.1998.

17-Ob.cit. "Distorsión de la imagen en los trastornos de la conducta...."

18-FIRST M. B., FRANCES A., PINCUS H. A. "DSM-V-TR: Manual de diagnóstico diferencial". Masson. S.A. Barcelona 2002.

19-SALDAÑA C. "Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos del comportamiento alimentario". Rev. Psicothema, Vol. 13, Nº, Págs. 381-392.2001.

20-MALINA A., GASKILL J., McCONABA C., FRANK G.K. , LaVIA M. SCHOLAR L.,y KAYE W.H. "Olanzapina treatment of anorexia nerviosa: A retrospective study". International Journal of Eating Disorders, 33 (2) (pp 234-237), 2003.

DISTORSIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y TRATAMIENTO CON OLANZAPINA

21-LaVIA M.C., GRAY N., y KAYE W.H. "Case Reports of olanzapine Treatment of anorexia nerviosa". En: By John Wiley & Sons, Inc. 2000.

22-Ob.cit. "Olanzapina treatment of anorexia nervosa: A retrospective.."

23-Ob.cit. "Case Reports of olanzapine"

24-Ibíd.

25-POWERS P.S., SANTANA C.A. y BANNON Y.S. "Olanzapine in the treatment of anorexia nerviosa: An open label trial". En By Wiley Periodicals Inc.2002.

26-GARCÍA PORTILLA M.P., BASCARAN M.T., SAIZ P.A. BOUSOÑO M, y BOBES Y."Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica", 4º edición. Ars Médica. 2006.

27- MAGANTO C. y CRUZ M^a S. "Test TSA (Test de Siluetas para Adolescentes)". TEA.Madrid. 2008.

28-Ob.cit. "Banco de instrumentos básicos....."