

Disonancia cognoscitiva en la prevención de trastornos alimentarios. Significancia clínica y estadística

Cognitive dissonance in eating disorders prevention. Clinical and statistical significance

Gisela Pineda García¹, Gilda Gómez Peresmitré²
y Saúl Méndez Hernández¹

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia a largo plazo de un programa preventivo basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva y un programa preventivo psicoeducativo en la reducción y eliminación de factores de riesgo de trastornos alimentarios. Se utilizó un diseño experimental con la participación de 43 mujeres adolescentes, estudiantes de secundaria, quienes fueron asignadas al azar a uno de estos programas. Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos con propiedades psicométricas aceptables. Entre los principales resultados se encontraron reducciones estadísticamente significativas en la insatisfacción con la imagen corporal en ambos programas; además, la significancia clínica señaló que todas las adolescentes que recibieron prevención disonante registraron un nivel sin riesgo en la variable dieta restringida durante el periodo de seguimiento. Los hallazgos son congruentes con los reportados en estudios nacionales e internacionales previos.

Palabras clave: Prevención; Trastornos alimentarios; Factores de riesgo; Disonancia cognoscitiva; Significancia clínica.

ABSTRACT

The aim of this study was to compare the long-term efficacy of a program based on the cognitive dissonance theory with a psycho-educational program to reduce risk factors that lead to eating disorders. An experimental design was used with 43 teenagers, who were randomly assigned to either one of those programs. To collect data, measures with acceptable psychometric properties were used. The main results indicated statistically significant reductions in body image dissatisfaction in both programs. In addition, the clinical significance indicated that all the teenagers of the first program showed to be risk free in restrictive dieting along the follow-up period. The results are similar to other national and international previous studies.

Key words: Prevention; Eating disorders; Risk factors; Cognitive dissonance; Clinical significance.

¹ Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales, Universidad Autónoma de Baja California, Blvd. Zertuche s/n, Fracc. Valle Dorado, 22890 Ensenada, B.C., México, tel. (646)176-66-00, ext. 177, fax (646)176-66-00, correos electrónicos: gyspygp@yahoo.com.mx y smendez@uabc.mx. Artículo recibido el 13 de enero y aceptado el 23 de mayo de 2009.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco, Universidad, Del. Coyoacán, 04510, México, D.F., tel. (55) 56 22 22 52, e mail: gildag@servidor.unam.mx.

La teoría de la disonancia cognoscitiva (TDC en lo sucesivo), propuesta por Leon Festinger en 1957, señala de manera general que las personas tienden a cambiar sus ideas, creencias, emociones y actitudes (cogniciones), o en su defecto a justificar su conducta cuando perciben la incompatibilidad de dos cogniciones simultáneas. La aplicación de esta importante teoría en la prevención de los trastornos alimentarios (TA en adelante) es una aportación de Stice, Mazotti, Weibel y Agras (2000), y combina elementos de la TDC con el llamado “modelo del camino doble” de estos autores sobre la conducta bulímica, cuya propuesta preventiva consiste básicamente en que las mujeres cuyo deseo es una silueta corporal delgada, al adoptar voluntariamente una posición contraria, enfrentan un conflicto entre su ideal corporal interiorizado (creencia) y los argumentos que ellas generan para contrarrestar la idea de lucir una figura delgada (conducta). Teóricamente, la reducción del conflicto se traduciría en un cambio saludable en sus creencias sobre el ideal corporal, lo que llevaría a mejorar su imagen corporal y, consecuentemente, según el modelo del camino doble, contrarrestar las conductas alimentarias de riesgo.

Diversos estudios que apoyan la eficacia de la prevención de TA basada en la TDC se han publicado a desde el año 2000. La primera investigación (un estudio piloto con un solo grupo, pretest-postest) (Stice y cols., 2000), llevada a cabo con una muestra de mujeres universitarias con problemas de imagen corporal y conductas bulímicas, tuvo la particularidad de ser uno de los pocos intentos preventivos exitosos para disminuir factores de riesgo asociados con la enfermedad. Hasta ese momento, la prevención basada esencialmente en formatos psicoeducativos había tenido resultados nulos e inclusive adversos.

En los estudios subsecuentes (Stice, Chase, Stormer y Appel, 2001; Stice, Trost y Chase, 2003; Matusek, Wendt, y Wiseman, 2004) también se trabajó con estudiantes universitarias, pero añadiendo un grupo comparativo al que se le aplicó un programa de prevención de formato psicoeducativo; en el último de dichos estudios se incluyó un grupo en lista de espera (control). En todos y cada uno de los reportes acerca de la investigación preventiva de TA fundamentados en

la TDC, comparados con el programa psicoeducativo, se ha hallado que el primero de ellos ha mostrado ser más eficiente para disminuir factores de riesgo relacionados con dichos problemas.

Ahora bien, ¿la eficacia del programa basado en la TDC depende del grupo cultural al que se aplica, o rebasa el efecto de la cultura? En otras palabras, ¿es similar tal efecto en las adolescentes mexicanas o es exclusivo de las muestras de mujeres estadounidenses universitarias? Los resultados de investigaciones llevadas a cabo con muestras mexicanas (Pineda y Gómez-Peresmitré, 2006; Pineda, Gómez-Peresmitré, León y Rodríguez, 2006) indican que el programa preventivo resultó eficaz para reducir la sintomatología anoréxica y mejorar la imagen corporal en dos muestras distintas de mujeres estudiantes adolescentes. Es importante mencionar que en las investigaciones señaladas no se aplicó la prueba de la significancia clínica. De acuerdo con Jacobson y Truax (1991), un cambio es clínicamente significativo cuando un paciente pasa de un nivel disfuncional a uno normal de funcionamiento. En cambio, en la prevención de la enfermedad, la significancia clínica se determina cuando un participante se mueve de un nivel de riesgo a otro sin peligro de padecer un trastorno, ya que no se trabaja con pacientes diagnosticados clínicamente sino con población en riesgo.

Dos fueron los objetivos en el estudio que aquí se reporta: 1) comparar la eficacia potencial a largo plazo (tres meses) de un programa preventivo basado en la TDC, frente a un programa preventivo psicoeducativo para reducir o eliminar factores de riesgo de TA (Conducta bulímica, Dieta crónica y restringida e Insatisfacción con la imagen corporal) y 2) valorar la significancia clínica y estadística en los cambios, reducción o eliminación de los factores de riesgo.

MÉTODOS

Diseño

Se utilizó un diseño factorial de 2 x 4 para dos programas preventivos (TDC y psicoeducativo) y cuatro condiciones de medición: pretest, intervención, postest y seguimiento.

Participantes

Se encuestó a 105 mujeres adolescentes, estudiantes de secundarias privadas y públicas de la Ciudad de México. De la muestra total, se seleccionó a las adolescentes que mostraban insatisfacción con su imagen corporal y seguían dietas restrictivas. Se trabajó con 52 adolescentes que cumplieron con este criterio de selección. Debido a la pérdida o muerte experimental, el tamaño final de las muestras se redujo a un grupo disonante de 18 adolescentes y un grupo psicoeducativo de 25. La media de edad de las participantes en el grupo disonante fue de 12.3 años (D.E. = .63), en tanto que la del otro grupo fue de 13.15 (D.E. = .65).

Control de varianza de error

Se igualaron los grupos en las variables de edad, sexo, escolaridad y ubicación de la escuela. Se mantuvo constante el que las facilitadoras en ambos grupos fueran mujeres, a quienes entrenó y supervisó la responsable de la investigación.

Instrumentos y mediciones

Se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud en su versión para mujeres adolescentes (Gómez-Péresmitré y Ávila, 1998). Este instrumento, cuyo coeficiente de consistencia interna es de 0.90, incluye doce escalas que evalúan datos demográficos, conducta alimentaria de riesgo e imagen corporal, entre otras variables.

Conducta bulímica. Para evaluar esta variable se aplicó el Factor 1 (Conducta alimentaria compulsiva) de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998). El factor con catorce ítems tipo Likert tiene un alfa de confiabilidad de 0.91.

Dieta crónica restringida. Se mide con los reactivos del Factor 6 (Dieta crónica y restrictiva) de la EFRATA (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998). El factor con ocho ítems tipo Likert tiene un alfa de 0.81.

Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal. Se obtiene a partir de la diferencia en-

tre la figura actual y la figura ideal. Una diferencia igual a cero indica satisfacción; una diferencia positiva (deseo de ser más delgado) o una negativa (deseo de ser más grueso) revela insatisfacción; a mayor diferencia, mayor insatisfacción (Gómez-Peresmitré, 1997).

Procedimiento

Se formaron dos grupos de participantes de sexo femenino, quienes fueron entrenadas en la aplicación de los programas; una vez formados estos, cada facilitadora fue asignada al azar a uno de los dos grupos.

El procedimiento elegido fue de carácter no invasivo. Se informaron a los padres de familia de los participantes los propósitos de la investigación y se obtuvo su consentimiento firmado. Se presentaron los resultados a las autoridades escolares que así lo solicitaron.

El día de la aplicación del instrumento se dijo a las alumnas que su participación era voluntaria, que tenían la libertad de abandonar el programa si así lo deseaban, y que la información que proporcionaran sería confidencial. Para seleccionar a las alumnas, se aplicó el instrumento grupalmente en horario de clase y por encuestadores previamente entrenados. Se seleccionó a las adolescentes que tenían insatisfacción con su imagen corporal o que seguían una dieta restrictiva, asignándolas al azar a las condiciones experimental y control.

A las adolescentes del grupo experimental se les produjo disonancia a través de diferentes técnicas, como juego de roles, modelamiento, grupos de discusión y desarrollo de actividades en casa. A las adolescentes del grupo psicoeducativo se les proporcionó exactamente el mismo contenido que al grupo de disonancia, pero a través de un formato tradicional de enseñanza. Tanto la intervención control como la experimental incluyeron ocho sesiones de una hora semanal cada una (Tabla 1).

Una vez concluidos los programas, se aplicó el postest, y tres meses después se acudió nuevamente a las escuelas para aplicar el seguimiento.

Tabla 1. Contenido de las ocho sesiones de los programas preventivos.

Núm. de sesión y semana	Disonancia cognoscitiva/ Programa psicoeducativo
Primera	Presentación e invitación
Segunda	Autoconcepto
Tercera	Figura ideal y dieta restrictiva
Cuarta	Presión social hacia la delgadez
Quinta	Alimentación y nutrición
Sexta	Aceptación corporal
Séptima	Actitud hacia la obesidad
Octava	Desarrollo de estrategias contra la presión hacia la delgadez

RESULTADOS

Análisis preliminares

Para el análisis de la significancia clínica se utilizó el Criterio C (Cambio confiable) propuesto por Jacobson, Follette y Revenstorf (1984). Con el propósito de investigar la significancia clínica de los programas preventivos, se obtuvieron los puntos de corte para determinar si las participantes transitaron de un nivel de riesgo a uno que no tenía, o viceversa.

Los puntos de corte obtenidos con el criterio citado fueron los siguientes: Insatisfacción con la imagen corporal, 1.52; Conducta bulímica, 1.51, y Dieta restringida, 1.7. Las participantes que obtienen valores por debajo de los puntos de corte logran el criterio para considerarse un cambio clínicamente confiable. Cuando las adolescentes se ubican por debajo de estos valores, puede decirse que no tienen riesgo de padecer conductas características de desórdenes alimentarios, de acuerdo

con la siguiente fórmula, propuesta por Jacobson, Follette y Revenstorf (1984):

$$C^* = \frac{S0 (\bar{x} 1) + S1 (\bar{x} 0)}{S0 + S1}$$

Donde

$\bar{x} 1$ = promedio de los valores pretest de los grupos experimental y control; $\bar{x} 0$ = promedio de los valores de la población sin riesgo; **S0** = desviación estándar del grupo control; **S1** = desviación estándar del grupo experimental.

Análisis principales

Significancia estadística

Los datos arrojados por el análisis de varianza indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas por tipo de prevención en las variables dependientes: Conducta bulímica, Dieta restringida e Insatisfacción con la imagen corporal (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis de varianza. Conducta bulímica, dieta restringida e insatisfacción con la imagen corporal por tipo de prevención.

Fuente de variación	Suma de cuadrados tipo 1	gl	M ²	F	Sig.
Conducta bulímica	.0044	1	.022	.060	.941
Dieta restringida	.0039	1	.0019	.012	.988
Insatisfacción	1.955	1	.978	.318	.729

El análisis factorial de varianza dentro de grupos (Tabla 3) indicó diferencias significativas (reducción) en los factores de riesgo: Conducta bulímica,

Dieta restringida e Insatisfacción con la imagen corporal entre las participantes que recibieron la prevención psicoeducativa.

Tabla 3. Comportamiento de las variables de estudio en los diferentes momentos de medición de la prevención psicoeducativa (N = 25).

Variable	Pretest (PR)	Postest (PS)	Seguimiento (S)	Análisis de varianza (Medidas repetidas)		
	X (DE)	X (DE)	X (DE)	F	P	Prueba de medias
Conducta bulímica	1.71 (.58)	1.52 (.62)	1.27 (.49)	6.999	.002	PR = PS > S
Dieta restringida	1.56 (.48)	1.44 (.49)	1.25 (.55)	4.710	.014	PR = PS > S
Insatisfacción	2.25 (1.26)	1.29 (1.78)	1.43 (1.66)	6.067	.004	PR > PS = S

En la Tabla 4 puede observarse que sólo se produjeron diferencias significativas en la variable insatisfacción en el grupo de estudiantes con prevención basada en la TDC; su insatisfacción corporal se redujo del pretest al postest y en el seguimiento.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables Conducta bulímica y Dieta restringida, a pesar de la evidente reducción de sus promedios. Sin embargo, se obtuvieron tamaños del efecto bastante buenos.

Tabla 4. Comportamiento de las variables de estudio en los diferentes momentos de medición de la prevención disonante (N = 18).

Variable	Pretest (PR)	Postest (PS)	Seguimiento (S)	Análisis de Varianza (Medidas repetidas)			Tamaño del efecto
	X (DE)	X (DE)	X (DE)	F	P	Prueba de medias	
Conducta bulímica	1.74 (.56)	1.51 (.75)	1.31 (.91)	2.842	.072	PR = PS = S	D = .97
Dieta restringida	1.80 (1.3)	1.39 (.44)	1.20 (.66)	2.993	.061	PR = PS = S	D = .91
Insatisfacción	2.60 (1.5)	1.6 (1.3)	1.5 (1.5)	7.400	.007	PR > PS = S	No aplica

Significancia clínica

En la Tabla 5 se encuentran los resultados de la significancia clínica, esto es, el porcentaje de participantes en cada uno de los grupos preventivos que pasaron de un nivel de riesgo a uno sin riesgo después de ser intervenidas y en los tres meses subsecuentes (medición de seguimiento). Los datos señalan resultados muy similares en la varia-

ble de Conducta bulímica en ambos grupos en el postest; en el factor de dieta restringida, las chicas en prevención basada en la TDC lograron mayor porcentaje de mejoría, mientras que esta situación se invierte en la variable Insatisfacción, donde las participantes del programa psicoeducativo alcanzaron porcentajes más altos de funcionamiento.

Tabla 5. Porcentaje de participantes que lograron el Criterio C (Cambio confiable) en las variables Conducta bulímica, Dieta restringida e Insatisfacción con la imagen corporal.

Variable	Cambio confiable Prevención psicoeducativa		
	Punto de corte	Postest (%)	Seguimiento (%)
Conducta bulímica	1.50	90	85
Dieta restringida	1.70	77	80
Insatisfacción	1.52	65	60
Variable	Cambio confiable Prevención disonante		
	Punto de corte	Postest (%)	Seguimiento (%)
Conducta bulímica	1.50	88	92
Dieta restringida	1.70	85	100
Insatisfacción	1.52	40	56

En el periodo de seguimiento, parece ser que el nivel más alto de mejoría lo presentó el grupo con intervención disonante: 100% y 92% manifestaron ausencia de dieta restringida y de conducta bulímica, respectivamente, contra 80% y 85% del otro grupo.

DISCUSIÓN

El primer objetivo del presente estudio fue comparar la eficacia a largo plazo (tres meses) que tiene un programa preventivo basado en la TDC frente a un programa preventivo psicoeducativo para reducir o eliminar factores de riesgo de TA (Conducta bulímica, Dieta crónica y restringida e Insatisfacción con la imagen corporal). Según los resultados obtenidos con la prueba de significancia estadística, las adolescentes expuestas al tratamiento disonante sólo redujeron significativamente la insatisfacción con la imagen corporal del pretest al postest, manteniendo la reducción en el periodo de seguimiento. Llama la atención que, pese a la reducción en las variables Dieta restringida y Conducta bulímica, éstas no resultaron ser estadísticamente significativas. ¿Cuál sería una posible explicación de este dato? Según Rosenthal y Rosnow (1991), el que sea muy pequeño el tamaño de la muestra es un factor que contribuye a la posibilidad de cometer el error tipo II, es decir, aceptar la hipótesis nula siendo falsa, esto es, omitir diferencias donde las hay. Con el fin de conocer si se estaba cometiendo este tipo de error, se calculó el tamaño del efecto bajo investigación. Los resultados indicaron tamaños del efecto bastante buenos: el tamaño pequeño de la muestra influyó para que no se produjeran diferencias significativas (Rosenthal y Rosnow, 1991), lo cual, por otra parte, permite esperar que si se aumenta el tamaño de la misma los resultados serán estadísticamente significativos. Por esta razón se sugieren nuevas investigaciones que sometan a prueba esta propuesta.

Respecto del segundo objetivo, los resultados de la prueba de significancia estadística parecen indicar que ambos programas son efectivos para reducir conducta bulímica, dieta restringida e insatisfacción con la imagen corporal. Estos datos son consistentes con los reportados por Stice y cols. (2000, 2001, 2003) y Matusek y cols. (2004), quienes encontraron reducciones de sintomatología

bulímica en estudiantes universitarias expuestas a los programas de disonancia y psicoeducativo en las mediciones del postest y seguimiento (Stice y cols., 2003). ¿A qué se debe la mejoría mostrada en las variables de insatisfacción con la imagen corporal y seguimiento de dieta restrictiva en el grupo psicoeducativo en el postest y en el seguimiento? Los argumentos dados por Stice y cols. (2001) ofrecen una explicación parsimoniosa: el tratamiento control (psicoeducativo) también resulta efectivo para las participantes, descartando otras explicaciones alternativas, como una regresión a la media, el efecto de acarreo producido por las medidas múltiples o las expectativas de las participantes de que las intervenciones serían efectivas, ya que los mismos efectos podrían haberse producido en otros programas de prevención que no han sido exitosos.

Los resultados arrojados por la prueba de significancia estadística parecen indicar que ambos programas son efectivos al reducir los factores de riesgo de TA, pero ¿qué información adicional proporciona la prueba de significancia clínica?

El análisis global de los datos de la prueba de significancia clínica señala que, en el postest, la prevención psicoeducativa tiene la ventaja de mejorar la imagen corporal de las participantes en comparación con el grupo disonante, que supera a aquél en la disminución de la dieta restringida. En la variable de conducta bulímica ambos grupos parecen ser muy similares en cuanto a reducir el riesgo, no así en los efectos a mediano plazo, donde los porcentajes dan una ventaja en los niveles de funcionamiento normal de las estudiantes en las variables de estudio de la prevención basada en la TDC sobre la psicoeducativa. Entre los resultados más interesantes relacionados con este tipo de evaluación se puede encontrar que la totalidad de las participantes en la prevención basada en la TDC registraron niveles normales de funcionamiento en una de las variables de la conducta alimentaria de este estudio, a saber, la dieta restringida. Este dato es especialmente importante ya que significa que ninguna de ellas estaba bajo dieta restringida, que es una de las variables con más índice de predicción de TA (Polivy y Herman, 1985, Gómez-Peresmitré, Pineda y Oviedo, 2008).

Los hallazgos del presente trabajo de investigación conducen a las siguientes conclusiones:

1) La teoría de la disonancia cognoscitiva aplicada en la prevención de TA resulta eficaz para reducir o eliminar factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria –especialmente la dieta restringida y la imagen corporal– en el corto plazo, al igual que el programa psicoeducativo.

2) El programa disonante tiene mayor eficacia en la reducción y eliminación de factores de riesgo de largo plazo (seguimiento de tres meses), en comparación con el programa psicoeducativo.

Por último, debe señalarse que la limitación principal de este estudio es la imposibilidad de generalizar los resultados a la población de la cual se extrajeron las muestras debido al diseño de la selección y a la carencia de un grupo control, por lo que se sugieren diseños más fuertes (experimentales, longitudinales o prospectivos) que permitan probar relaciones causales entre las variables de interés de la presente investigación.

REFERENCIAS

- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 31-40.
- Gómez-Peresmitré, G., y Ávila, A.E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Psicología Iberoamericana*, 6(2), 10-21.
- Gómez-Peresmitré, G., Pineda G., G. y Oviedo C., L. (2008). Modelos estructurales: conducta bulímica en interrelación con sus factores de riesgo en muestras de hombres y mujeres universitarios. *Psicología y Salud*, 18(1), 45-55.
- Jacobson, N., Follette, W. y Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. y Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining the meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Matusek, A., Wendt, S. y Wiseman, C. (2004). Dissonance thin-ideal and didactic healthy behaviour eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 376-388.
- Pineda G., G. y Gómez-Peresmitré, G. (2006). Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 87-95.
- Pineda G., G., Gómez-Peresmitré, G., León H., R. y Rodríguez, R. (2006). Programa preventivo de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia dirigido a adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología Social*, 11(1), 269-275.
- Polivy, J. y Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: a causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193-201.
- Rosental, R y Rosnow, L. (1991). *Essentials of behavioral research methods and data analysis*. New York: McGraw-Hill.
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S. y Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating-disorders prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 247-262.
- Stice, E., Mazotti, I., Weibel, D. y Agras, S.W. (2000). Dissonance prevention program decrease thin-ideal internalization body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 206-217.
- Stice, E., Trost, A. y Chase, A. (2003). Healthy weight psycho-educative and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 10-21.