

# Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes

Margarita Gasco, Pablo Briñol y Javier Horcajo  
Universidad Autónoma de Madrid

Las actitudes hacia la imagen que las personas tienen de su cuerpo constituyen un elemento central en la comprensión y el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA). En el presente trabajo de investigación se llevó a cabo un estudio en el que se modificaron las actitudes hacia el cuerpo de los participantes a través de un tratamiento persuasivo que implicaba una alta elaboración mental (autopersuasión) o a través de un procedimiento que requería menos participación activa (exposición pasiva). Tal y como se esperaba, los participantes de los dos grupos de tratamiento mostraron unas actitudes hacia su cuerpo significativamente más favorables que aquellos del grupo control. No obstante, a pesar de que los dos grupos de tratamiento mostraron un cambio de actitudes similar, la fuerza de las mismas varió en función del procedimiento a través del cual se modificaron dichas actitudes. El grupo de alta elaboración mostró unas actitudes más fuertes que el grupo de baja elaboración. Este último resultado tiene una importancia considerable para el tratamiento de los TCA puesto que la fuerza de las actitudes determina el impacto a largo plazo de las mismas.

*Attitude change toward body image: The role of elaboration on attitude strength.* Attitudes toward body image have been shown to play a central role in the understanding and treating of eating disorders. In the present research, participants' attitudes toward their body image were changed through a persuasive procedure involving high mental elaboration (self-persuasion) or through a less engaging procedure involving less active participation (passive exposure). As expected, participants in these two groups showed more favourable attitudes toward their bodies than those in the control group. Despite that both treatments were equally efficient in changing attitudes, the strength associated with those attitudes was significantly different depending on the amount of thinking involved in the process of change. Specifically, attitudes were stronger in the high rather than low thinking group of treatment. This finding is important because the strength of the attitude may determine the long-term consequences of an intervention.

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) son uno de los problemas psicológicos más relevantes en las sociedades modernas. La anorexia y la bulimia nerviosa constituyen dos de los trastornos psiquiátricos con mayor índice de mortalidad (Harris y Barraclough, 1998). Actualmente, los TCA afectan aproximadamente al 5% de la población juvenil española, sobre todo a la femenina, y continúan aumentando tanto en Europa y Estados Unidos (Cervera, 2005), como en otros países (e.g., Rodríguez y Cruz, 2008; Gómez-Peresmitré y Acosta, 2002).

Además, aunque tanto la anorexia como la bulimia nerviosa tienen en común la extrema preocupación por la *imagen corporal* —relacionada con el peso, la forma corporal y la idea sobrevalorada de la delgadez (véase e.g., Raich, Torras, y Mora, 1997)—, la insatisfacción con dicha imagen está presente en la mayor parte de

la población adolescente (e.g., Espina et al., 2001; Merino, Pombo y Godás, 2001).

La imagen corporal se ha conceptualizado como un constructo multidimensional que representa cómo los individuos piensan, sienten y se comportan respecto a sus propios atributos físicos (Muth y Cash, 1997). Un elemento central de la imagen corporal son las *actitudes* hacia el propio cuerpo (véase Sepúlveda, Botella y León, 2001), que son definidas como las evaluaciones generales (positivas o negativas) que las personas realizan de su propio cuerpo. El sentirse a disgusto con nuestra imagen constituye un factor de riesgo importante en los TCA (Polivy y Herman, 2002; Toro, 2004). De hecho, las actitudes hacia la imagen corporal afectan tanto a la conducta (e.g., restricciones alimentarias, evitación de determinadas situaciones sociales), como a los pensamientos (e.g., la creencia de que un cuerpo delgado es un cuerpo atractivo) y a las emociones (e.g., tristeza, culpa, ansiedad) relacionadas con la comida (Toro, 2004).

Dada la importancia de las actitudes hacia el propio cuerpo en los TCA, el cambio de las mismas constituye un aspecto muy importante de la intervención psicológica en estos trastornos. Así, el trabajo sobre la modificación de actitudes hacia la imagen corporal forma parte de los tratamientos psicológicos más eficaces esta-

---

Fecha recepción: 21-8-08 • Fecha aceptación: 20-5-09

Correspondencia: Pablo Briñol  
Facultad de Psicología  
Universidad Autónoma de Madrid  
28049 Madrid (Spain)  
e-mail: pablo.brinnol@uam.es

blecidos por la APA para los TCA (véase e.g., Saldaña, 2001; Treasure y Ward, 1997). De hecho, se han incorporado a estos tratamientos algunas intervenciones dirigidas a modificar este aspecto concreto (e.g., Perpiñá, Botella y Baños, 2003).

Si bien muchos de estos tratamientos pueden resultar efectivos a la hora de modificar las actitudes relevantes para los TCA, una característica común a la mayoría de ellos es que se han generado de una forma relativamente independiente de la literatura científica sobre cambio de actitudes. Esto es importante porque los modelos actuales sobre cambio de actitudes sostienen que, aunque se pueden cambiar las actitudes de las personas a través de muchos procedimientos diferentes y a través de muchos procesos psicológicos distintos, las consecuencias asociadas a dichos cambios pueden variar entre ellos, por ejemplo, a la hora de que dichos cambios de actitudes puedan dar lugar a cambios en las conductas de las personas (Briñol, Horcajo, Valle y De Miguel, 2007, para una revisión en castellano).

El Modelo de Probabilidad de Elaboración (ELM, Petty y Cacioppo, 1986) postula que el cambio de actitudes puede ocurrir tanto cuando las personas piensan activamente sobre una información persuasiva (procesos de alta elaboración - ruta central), como cuando no piensan sobre dicha información (procesos de baja elaboración - ruta periférica). Los procesos de alta elaboración cognitiva (e.g., generación de pensamientos en una determinada dirección) requieren una mayor motivación y capacidad por parte de los individuos y conllevan un mayor esfuerzo mental, mediante el cual las personas utilizan su experiencia y conocimientos previos para analizar cuidadosamente toda la información que consideran relevante sobre el objeto de actitud. Por su parte, los procesos de baja elaboración cognitiva (e.g., uso de heurísticos) requieren una menor motivación y capacidad, y no conllevan un esfuerzo cognitivo tan activo por parte de las personas para que opere un cambio de actitud, ocurriendo mediante procesos relativamente simples o automáticos.

Como se ha señalado, los diferentes procesos psicológicos a través de los cuales las actitudes cambian influyen sobre la fuerza de las actitudes resultantes. En concreto, la investigación ha demostrado que las actitudes modificadas a través de procesos de alta elaboración cognitiva resultan más fuertes, esto es, más accesibles, estables, duraderas en el tiempo, resistentes a cambios posteriores y con más capacidad predictiva sobre la conducta futura de las personas (Haugtvedt y Petty, 1992; Petty y Krosnick, 1995). A menudo, estos indicadores de fuerza de las actitudes son evaluados a través de indicadores subjetivos que se refieren, por ejemplo, a cómo de segura se siente una persona con respecto a sus opiniones (Briñol, Falces y Becerra, 2007). En la presente investigación se analiza el papel de estos indicadores de fuerza subjetiva en relación con las actitudes hacia la imagen corporal.

El objetivo de esta investigación fue probar la hipótesis de que distintos tratamientos que producen cambios de actitud hacia la imagen corporal (aparentemente iguales) podrían estar dando lugar a actitudes que difieren en su fuerza, dependiendo del grado de actividad cognitiva que exija cada tratamiento. Se llevó a cabo un estudio en el que los participantes fueron asignados a dos tratamientos diferentes o a una condición de control. En un tratamiento se pedía a los participantes que generaran activamente pensamientos positivos sobre su cuerpo (condición de autopersuasión). En el otro tratamiento los participantes fueron expuestos a información positiva sobre el cuerpo (exposición pasiva). Por su parte, a los participantes que sirvieron de grupo control se les pidió que

generaran pensamientos positivos sobre un objeto de actitud irrelevante, o que pensarán de forma neutra sobre su cuerpo.

En línea con el ELM, esperábamos que las dos condiciones de tratamiento mejorasen las actitudes hacia el cuerpo de los participantes, en comparación con el grupo control (H1). Sin embargo, se pronosticó que las actitudes de los participantes de la condición de autopersuasión, que representa una estrategia terapéutica que conlleva una mayor elaboración, resultasen más fuertes que las actitudes de los participantes de la condición de exposición pasiva, que supone un menor esfuerzo cognitivo por parte del sujeto (H2).

## Método

### *Participantes*

Participaron de forma anónima y voluntaria 97 estudiantes de la Escuela Universitaria de Magisterio de Albacete y del Instituto de Enseñanza Secundaria «Cencibel» de Villarrobledo (33 hombres y 64 mujeres, con un rango de edad entre 15 y 38 años; media: 19.43; SD: 4.06). En esta muestra no se encontraron diferencias significativas por género ni edad en respuesta al tratamiento. Se eliminaron 12 participantes que no completaron el material.

### *Procedimiento*

La investigación se presentó como un estudio demográfico con el objetivo de medir las actitudes hacia el propio cuerpo de los estudiantes de las distintas comunidades autónomas españolas. Se entregaron a los participantes cuestionarios que contenían las tareas que debían realizar y las instrucciones necesarias para llevarlas a cabo. En primer lugar, para ser coherentes con el supuesto objetivo de la investigación, se recogieron algunos datos demográficos. A continuación los participantes debían llevar a cabo la tarea relacionada con la manipulación experimental. Los participantes fueron asignados de forma aleatoria a las 3 condiciones experimentales de la variable independiente. Se pidió a un tercio de los participantes que generara pensamientos positivos hacia su cuerpo (tratamiento de autopersuasión), otro tercio de participantes leyó afirmaciones positivas sobre su cuerpo (tratamiento de exposición pasiva) y un último grupo de participantes tuvo que generar pensamientos neutros hacia el cuerpo o pensamientos positivos hacia un tema irrelevante (grupo control). Seguidamente, se evaluaron las actitudes de todos los participantes hacia su cuerpo, así como la fuerza de dichas actitudes.

### *Instrumentos y variables*

*Variable independiente:* se crearon tres condiciones experimentales, dos condiciones de tratamiento de cambio de actitudes hacia el propio cuerpo y una de control. La primera condición de tratamiento fue denominada tratamiento de *autopersuasión*. En esta condición de autopersuasión se les pidió a los participantes que describieran qué les gustaba de su cuerpo generando pensamientos positivos sobre su imagen corporal. Las instrucciones fueron adaptadas de Killeya y Johnson (1998), quienes demostraron que pensar en argumentos en una determinada dirección puede ser un procedimiento muy efectivo para cambiar las actitudes (para un ejemplo en castellano de esta técnica véase Briñol, Horcajo, Becerra, Falces y Sierra, 2003). Además, la generación de pensamientos positivos constituye una técnica terapéutica que exige un

trabajo de elaboración cognitivamente activo por parte del paciente (e.g., Ellis, Abrams y Dengelegi, 1992).

La segunda condición de tratamiento recibió el nombre de grupo de *exposición pasiva*. En esta condición los participantes simplemente fueron expuestos a una serie de afirmaciones positivas sobre su cuerpo, pero sin que hubieran generado ellos mismos dichas afirmaciones o sin que tuvieran que pensar sobre ellas. En concreto, los participantes de esta condición recibieron cinco argumentos positivos sobre su imagen corporal, extraídos de programas de tratamiento para los TCA (e.g., Rosen, 1997). Entre las afirmaciones positivas se incluyó también una afirmación neutra sobre el cuerpo humano con el objetivo de reducir la posible percepción de intento persuasivo. Esta segunda condición se adaptó de los tratamientos convencionales que se han utilizado en persuasión, en los que habitualmente se expone a los participantes a un mensaje persuasivo compuesto por una serie de argumentos (Briñol et al., 2007). Además, la exposición verbal o escrita de información psicoeducativa en forma de argumentos forma parte de los tratamientos terapéuticos orientados al cambio de actitud en los TCA (Ellis et al., 1992).

Finalmente, en el grupo *control* se crearon inicialmente dos condiciones distintas. A la mitad de los participantes del grupo control se le pidió que pensara de forma neutra sobre su propio cuerpo, lo cual permitió mantener la accesibilidad del objeto de actitud (i.e., el cuerpo), sin hacer saliente una valencia (i.e., positiva o negativa). Y a la otra mitad de participantes se le pidió que pensara en positivo, pero no sobre su cuerpo, sino sobre su capacidad de aprendizaje; lo cual permitió equiparar la valencia (positiva) con los participantes de las condiciones de tratamiento cambiando el objeto de actitud. Ambos grupos control funcionaron de manera muy similar (no difirieron estadísticamente) combinándose en un solo grupo control para simplificar la descripción los análisis estadísticos y las comparaciones entre tratamientos.

#### Variables dependientes:

**Actitudes hacia el cuerpo.** Las actitudes hacia el cuerpo se evaluaron mediante 10 escalas de diferencial semántico de 9 puntos (1-9) (e.g., bueno-malo, positivo-negativo, agradable-desagradable, deseable-indeseable, me gusta-no me gusta). Estas escalas mostraron una alta consistencia interna ( $\alpha = .96$ ), por lo que se creó un índice actitudinal compuesto por la puntuación media de todas ellas. Valores mayores en este índice reflejaban actitudes más favorables hacia el propio cuerpo. Estas escalas de actitudes se examinaron en un estudio piloto en el que participaron 47 estudiantes para valorar su validez convergente con una escala tradicionalmente usada para la evaluación de las valoraciones de la imagen corporal, concretamente, la escala *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ, Cash y Pruzinsky, 1990; Cash, Winstead y Janda, 1986). La correlación entre las escalas empleadas en el presente estudio y la escala MBSRQ fue de  $r = .81$  ( $p < .001$ ).

**Fuerza de las actitudes.** Después de medir las actitudes se evaluó la fuerza de las mismas, utilizando una medida subjetiva de fuerza compuesta por cuatro escalas de diferencial semántico de 9 puntos (1-9) en las que se pidió a los participantes que valoraran la seguridad, la importancia y la intensidad de sus actitudes, así como la facilidad (vs. dificultad) con que pensaban que podrían cambiar sus opiniones al respecto. Estas escalas mostraron una aceptable consistencia interna ( $\alpha = .73$ ), por lo que se creó un índice compuesto de fuerza de las actitudes con la media de todas ellas.

Valores mayores en este índice reflejaron actitudes más fuertes. Como se ha señalado anteriormente, cuando más segura está una persona de sus opiniones, y cuanto más válidas, importantes e intensas le parecen las mismas, más probable es que dichas actitudes guíen efectivamente sus comportamientos posteriores y permanezcan estables en el tiempo (véase Fazio y Zanna, 1978; Rucker, Petty y Briñol, 2008).

#### Análisis estadísticos realizados

Las medidas dependientes fueron sometidas a un análisis de varianza (ANOVA) de un factor con tres niveles (autopersuasión, exposición pasiva y control). Previamente a la realización de estos análisis, se comprobó que los datos cumplían el criterio de normalidad estadística mediante la prueba de Shapiro-Wilk y de homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene. Con la medida de las actitudes se encontró que no se podían asumir varianzas iguales,  $L(2,78) = 3.53$ ,  $p < .05$ . Con la medida de la fuerza de las actitudes sí se pudieron asumir varianzas iguales,  $L(2,81) = 1.66$ ,  $p = .20$ . De esta forma, cuando se asumieron varianzas iguales, se empleó como estadístico de contraste *post hoc* la prueba Tukey y, cuando no se asumieron varianzas iguales, se empleó como estadístico de contraste *post hoc* la prueba de Games-Howell.

#### Resultados

**Actitudes.** Se encontraron diferencias significativas entre los tratamientos en las actitudes de los participantes hacia su cuerpo,  $F(2,78) = 13.12$ ,  $p < .001$  [ $\eta^2 = 0.25$ ]. Tal y como se esperaba y aparece reflejado en la figura 1, tanto las actitudes de los participantes que recibieron el tratamiento de exposición pasiva ( $M = 6.89$ ,  $SD = .92$ ) como las del grupo de autopersuasión ( $M = 6.25$ ,  $SD = 1.74$ ), resultaron significativamente más positivas que las de los participantes del grupo control ( $M = 5.06$ ,  $SD = 1.46$ ) ( $p < .001$  y  $p < .05$ , respectivamente). Las actitudes de los dos grupos de tratamiento no difirieron entre sí ( $p = .27$ ), lo cual sugiere que la extremidad de las actitudes se puede cambiar independientemente de la cantidad de elaboración que implique un tratamiento.

**Fuerza de las actitudes.** Más importante para el objetivo de la presente investigación, se encontraron diferencias significativas sobre la fuerza de las actitudes,  $F(2,81) = 5.16$ ,  $p < .01$  [ $\eta^2 = 0.11$ ].

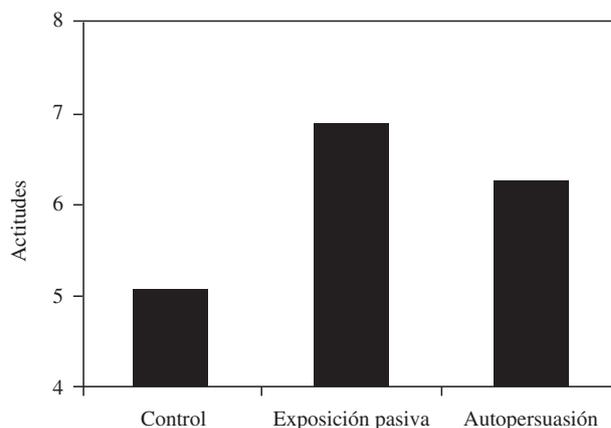


Figura 1. Actitudes en función del tratamiento. Valores más altos indican actitudes más favorables hacia la propia imagen corporal

Como se muestra en la figura 2, la fuerza de las actitudes de los participantes del grupo de autopersuasión fue significativamente mayor ( $M= 6.75$ ,  $SD=.99$ ) que la fuerza de las actitudes de los participantes que recibieron el tratamiento de exposición pasiva ( $M= 6.22$ ,  $SD= .83$ ) ( $p<.05$ ) y la fuerza de las actitudes del grupo control ( $M= 5.86$   $SD= 1.05$ ) ( $p<.01$ ). No se encontraron diferencias significativas en la fuerza de las actitudes entre los grupos de exposición pasiva y control ( $p= .14$ ).

#### Discusión y conclusiones

Como se señaló al principio, las actitudes hacia la imagen que las personas tienen de su cuerpo constituyen un elemento central en la comprensión y el tratamiento de los TCA. Los modelos contemporáneos sobre cambio de actitudes sostienen que, aunque se pueden cambiar las actitudes de las personas a través de muchos procedimientos, y también a través de muchos procesos psicológicos, las consecuencias asociadas con dichos cambios pueden variar. En concreto, las actitudes modificadas a través de procesos psicológicos de alta elaboración tienden a ser más fuertes que las actitudes modificadas a través de procesos psicológicos de baja elaboración.

En el presente trabajo de investigación se examinó este planteamiento teórico en el contexto específico de las actitudes hacia la imagen corporal. En primer lugar, se modificaron las actitudes hacia el cuerpo de los participantes a través de un proceso de alta (tratamiento de autopersuasión) o baja (tratamiento de exposición pasiva) elaboración mental. Tal y como se esperaba, los participantes de los dos grupos de tratamiento mostraron unas actitudes hacia su cuerpo significativamente más favorables que aquéllos del grupo control. Es decir, los tratamientos fueron efectivos cambiando las actitudes hacia la imagen corporal. Además, este efecto persuasivo del tratamiento fue independiente del grado de elaboración mental requerido por el mismo.

Lo más relevante de este estudio es que, a pesar de que los dos grupos de tratamiento mostraron cambio de actitudes, la fuerza de las mismas (e.g., la confianza, importancia e intensidad de sus actitudes) varió en función del procedimiento a través del cual se modificaron dichas actitudes. En línea con nuestra hipótesis, el grupo que cambió sus actitudes a través de un mecanismo que requería un alto grado de elaboración mental (tratamiento de autopersuasión) acabó mostrándose más seguro de sus evaluaciones y percibiendo a sus actitudes como más fuertes que el grupo que modificó sus actitudes mediante un proceso psicológico que supues-

tamente implicaba una menor elaboración mental (tratamiento de exposición pasiva).

Este último resultado tiene una importancia considerable para el tratamiento de los TCA puesto que la confianza y las percepciones que tienen las personas sobre sus propias actitudes determinan el impacto a largo plazo de las mismas. Es decir, las actitudes sobre las cuales una persona está más segura son las que resultan más estables en el tiempo e influyen en la conducta. Expresado de otra forma, aunque dos personas tengan exactamente las mismas actitudes hacia su imagen corporal, sólo aquellas que confían en esa actitud y la consideran válida es probable que las usen para determinar qué hacer en relación con su cuerpo.

En términos generales, y aunque el presente trabajo no se efectuó sobre una población con TCA, supone una aportación novedosa a la creciente corriente orientada a establecer relaciones entre modelos básicos de psicología social y psicología clínica (para una revisión véase, e.g., Strauman et al., 2007). Por ejemplo, los psicólogos sociales han llevado a cabo aportaciones importantes para el estudio y el tratamiento de la depresión, como demuestran los trabajos sobre sesgos en los estilos de atribución, sobre indefensión aprendida o los estudios sobre autoconcepto y autoestima (e.g., Peterson y Seligman, 1987). Los resultados de esta investigación sugieren que los modelos básicos sobre persuasión también pueden contribuir a la hora de diseñar y evaluar tratamientos de los TCA. En concreto, conviene señalar la necesidad de evaluar no sólo las actitudes hacia la imagen corporal, sino también la fuerza de esas actitudes, aspecto que no sólo es relevante para la población general, sino también, previsiblemente, para personas diagnosticadas con TCA. Futuras investigaciones deberían examinar los planteamientos de la presente investigación con este tipo de población clínica.

En este mismo sentido, un aspecto a destacar es que la variable dependiente en la que se obtienen diferencias significativas en el presente trabajo es de naturaleza metacognitiva. Es decir, los indicadores subjetivos de fuerza actitudinal implican pensar sobre pensamientos, ya que las actitudes son constructos mentales. Por tanto, no sólo los modelos psicosociales sobre cambio de actitudes, sino también la literatura sobre metacognición puede resultar relevante para comprender algunos fenómenos clínicos, tales como los TCA. Una muestra de ello se puede encontrar en los trabajos sobre metacognición de Wegner (1994), que demuestran que, cuanto más se intenta no pensar en algo, más probable es que se acabe pensando justamente en ello. La importancia de estos efectos paradójicos de la supresión del pensamiento ha quedado patente en los trabajos llevados a cabo con pacientes con TCA (Boon, Stroebe, Schout y Ijntema, 2002; Mann y Ward, 2001) y sugieren la necesidad de diseñar intervenciones basadas en estrategias mentales de distracción más que de negación, represión o supresión (e.g., Roemer y Salters, 2004; Robins, 2002). Los trabajos sobre rumiación mental y repetición del pensamiento (e.g., Segerstrom, Stanton, Alden y Shortridge, 2003), así como las teorías intuitivas que las personas tienen sobre la experiencia subjetiva que acompaña a esa repetición mental (Briñol, Petty y Tormala, 2006), constituyen otros ejemplos sobre trabajos de metacognición con potencial de aplicación práctica en el contexto terapéutico. Quizá la mejor ilustración del papel de los procesos metacognitivos en el contexto clínico la constituya la nueva terapia metacognitiva (Wells, 2009).

Una última ilustración de esta categoría la constituyen los trabajos sobre la confianza que tienen las personas sobre quiénes son.

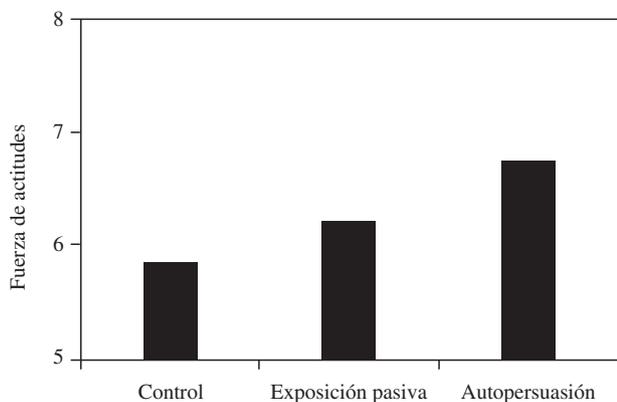


Figura 2. Fuerza de las actitudes en función del tratamiento

La investigación experimental ha demostrado que las personas que están seguras de su auto-concepto son más estables y se comportan de una forma más coherente que aquellas que dudan sobre sí mismas (e.g., DeMarree, Petty y Briñol, 2007). Comparado con las personas seguras, aquellas que dudan sobre su auto-concepto también suelen mostrar más síntomas depresivos, actuar de forma más defensiva y pesimista, e intentar compensar dichas dudas a través de numerosas estrategias, tales como el auto-boicoteo o el trabajo compulsivo (para una revisión, véase, Briñol, DeMarree y Petty, 2010). En este mismo sentido, la investigación sobre las actitudes de las personas hacia sí mismas (auto-estima) ha demostrado que la seguridad asociada a la auto-estima muchas veces resulta un mejor predictor de la conducta (e.g., agresiva) que la propia auto-estima (Baumeister, Campbell, Krueger y Vohs, 2003).

Desde el punto de vista metodológico, la presente investigación podría proporcionar una nueva herramienta para evaluar con mayor precisión la eficacia de los tratamientos persuasivos en el contexto de los TCA ya que la medida subjetiva de la fuerza en las actitudes resultó sensible a diferencias entre los tratamientos que no aparecieron reflejadas en las medidas tradicionales de actitudes. En este sentido, los resultados encontrados son consistentes con los de otras investigaciones recientes que sugieren que, incluso cuando un tratamiento persuasivo parece no tener ningún efecto a la hora de modificar las actitudes, las medidas de confianza en las actitudes pueden mostrar el impacto de la intervención (e.g., Rucker, Petty, y Briñol, 2008). A un nivel conceptual, estos resultados también coinciden con los encontrados en otros trabajos en los que el efecto del tratamiento persuasivo no fue detectado por las medidas de las actitudes evaluadas de forma explícita, pero sí se manifestó en cambios en las asociaciones automáticas entre el objeto de actitud y su valencia (Briñol, Horcajo, Becerra, Falces y Sierra, 2002) y entre el objeto de actitud y el auto-concepto (Briñol et al., 2003). Por tanto, la medida subjetiva de la fuerza en las actitudes, así como posiblemente de las asociaciones automáticas con la imagen corporal, permiten una evaluación más completa y sensible del cambio de actitudes y de las consecuencias asociadas al mismo.

A pesar de las implicaciones potenciales de estos resultados a distintos niveles, es preciso señalar algunas limitaciones y explicaciones alternativas de los mismos. En primer lugar, las diferencias observadas en los indicadores de fuerza subjetiva de las actitudes podrían deberse a otros factores distintos a los postulados en el estudio. Por ejemplo, en lugar de responder a la cantidad de pensamiento implicada en el proceso psicológico de cambio, las diferencias observadas podrían deberse a diferencias en la *extremidad* de la actitud. Si bien es cierto que las personas suelen tener más confianza en las actitudes que son más extremas (véase, Briñol, Falces y Becerra, 2007), ésta no parece una explicación alternativa plausible en este caso concreto ya que la extremidad de las actitudes fue similar en las dos condiciones de tratamiento. Por otra

parte, es posible que los participantes de la condición de tratamiento activo, no sólo pensarán y elaborarán más, sino que repetirán mentalmente su actitud con mayor frecuencia que los participantes de las otras condiciones. En ese caso, los cambios observados en la fuerza podrían deberse a las diferencias en la *accesibilidad* del objeto de actitud en lugar de a la cantidad de elaboración sobre el mismo (e.g., Tormala, Petty y Briñol 2002). A pesar de la plausibilidad de esta alternativa, la variable tiempo estuvo equiparada para las dos condiciones de tratamiento, reduciendo las posibilidades de generar diferencias en la repetición mental. Además, por otro lado, el número de frases de la condición de exposición pasiva fue mayor que el número medio de pensamientos generados en la condición de tratamiento activo. Por tanto, en el caso de existir diferencias en la accesibilidad como resultado de la repetición, dichas diferencias serían a favor del grupo pasivo, lo cual reduce la viabilidad de esta posibilidad. En tercer lugar, también es posible que las personas que se consideran más resistentes, más seguras, o con más experiencia, cayeran justamente en la condición de tratamiento activo. Sin embargo, la aleatoriedad en la asignación de participantes a las condiciones experimentales hace esta posibilidad muy remota.

Una última explicación alternativa tiene que ver con la percepción del origen de los pensamientos. En lugar de variar en la cantidad de pensamiento, los grupos de tratamiento podrían haber diferido en las atribuciones sobre sus propios pensamientos. Por ejemplo, el grupo de tratamiento activo pudo haber pensado que sus pensamientos eran realmente suyos, es decir, tenían un origen interno; mientras que el grupo de tratamiento pasivo pudo haber pensado que el origen de sus pensamientos era relativamente más externo (e.g., originado por las auto-afirmaciones que fueron proporcionadas por el experimentador). Esta alternativa resulta especialmente atractiva dada su naturaleza meta-cognitiva. Sin embargo, la investigación llevada a cabo sobre el origen percibido de los pensamientos demuestra que el efecto de dichos procesos se hace evidente en la extremidad y no en la confianza de las actitudes (véase Briñol y Petty, 2009). Por tanto, esta posibilidad tampoco resulta convincente dado que los resultados obtenidos en este estudio se encontraron precisamente en la fuerza y no en la extremidad de las actitudes.

En conclusión, el presente trabajo demuestra que las actitudes hacia el propio cuerpo pueden cambiarse eficazmente a través de distintas técnicas persuasivas. Sin embargo, el grado de elaboración implicado en los procesos de cambio resulta fundamental para entender las consecuencias, en este caso, para la fuerza asociada a dichas actitudes. Como hemos descrito, el registro de este parámetro meta-cognitivo de fuerza de las actitudes, no sólo permite detectar efectos persuasivos de una manera más precisa y a largo plazo, sino que además abre numerosas posibilidades de cara a la futura investigación.

## Referencias

- Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I., y Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44.
- Boon, B., Stroebe, W., Schout, H., y Ijntema, R. (2002). Ironic processes in the eating behaviour of restrained eaters. *British Journal of Health Psychology*, 7, 1-10.
- Briñol, P., y Petty, R.E. (2009). Persuasion: Insights from the self-validation hypothesis. En M.P. Zanna (Ed.): *Advances in experimental social psychology* (vol. 41, pp. 69-118). New York: Academic Press.
- Briñol, P., Falces, C., y Becerra, A. (2007). Actitudes. En J.F. Morales, C. Huici, M. Moya y E. Gaviria (Eds.): *Psicología Social* (3ª ed., pp. 457-490). Madrid: McGraw-Hill.

- Briñol, P., Horcajo, J., Becerra, A., Falces, C., y Sierra, B. (2002). Cambio de actitudes implícitas. *Psicothema*, *14*, 771-775.
- Briñol, P., Horcajo, J., Becerra, A., Falces, C., y Sierra, B. (2003). Equilibrio cognitivo implícito. *Psicothema*, *15*, 395-280.
- Briñol, P., Horcajo, J., Valle, C., y De Miguel, J.M. (2007). Cambio de actitudes a través de la comunicación. En J.F. Morales, E. Gaviria, C.M. Moya e I. Cuadrado (Eds.): *Psicología Social* (3ª ed., pp. 491-516). Madrid: McGraw-Hill.
- Briñol, P., DeMarree, K.G., y Petty, R.E. (2010). Processes by which confidence (vs. doubt) influences the self. En R. Arkin, K. Oleson y P. Carroll (Eds.): *The uncertain self* (pp. 13-35). New York: Psychology Press.
- Briñol, P., Petty, R.E., y Tormala, Z.L. (2006). The malleable meaning of subjective ease. *Psychological Science*, *17*, 200-206.
- Cash, T.F., y Pruzinsky, T. (Eds.) (1990). *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F., Winstead, B.W., y Janda, L.H. (1986). The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology Today*, *19*(4), 30-37.
- Cervera, M. (2005). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Madrid: Pirámide.
- DeMarree, K.G., Petty, R.E., y Briñol, P. (2007). Self-certainty: Parallels to attitude certainty. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *7*, 159-188.
- Ellis, A., Abrams, M., y Dengelegi, L., (1992). *The art and science of rational eating*. New York: Barricade Books Inc.
- Espina, A., Ortego, M.A., Ochoa de Alda, I., Yenes, F., y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, *13*, 533-538.
- Fazio, R.H., y Zanna, M.P. (1978). Attitudinal qualities relation to the strength of the attitude-behavior relationship. *Journal of Experimental Social Psychology*, *14*, 398-408.
- Gómez-Peresmitré, G., y Acosta, M.V. (2002). Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural (Mexico/España). *Psicothema*, *14*, 221-226.
- Harris, E.C., y Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *173*, 11-53.
- Haugtvedt, C.P., y Petty, R.E. (1992). Personality and persuasion: Need for cognition moderates the persistence and resistance of attitude changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 308-319.
- Killeya, L.A., y Johnson, B.T. (1998). Experimental induction of biased systematic processing: The directed-thought technique. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *24*, 17-33.
- Mann, T., y Ward, A. (2001). Forbidden fruit: Does thinking about a prohibited food lead to its consumption? *International Journal of Eating Disorders*, *29*, 319-327.
- Merino, H., Pombo, M.G., y Godás, A. (2001). Evaluación de las actitudes alimentarias y la satisfacción corporal en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, *13*, 539-545.
- Muth, J.L., y Cash, T.F. (1997). Body-image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, *16*, 1438-1452.
- Perpiñá, C., Botella, C., y Baños, R.M. (2003). Virtual reality in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *11*, 261-278.
- Peterson, C., y Seligman, M.E. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, *55*, 237-265.
- Petty, R.E., y Cacioppo, J. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer Verlag.
- Petty, R.E., y Krosnick, J.A. (1995). *Attitude strength: Antecedents and consequences*. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.
- Polivy, J., y Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, *53*, 187-213.
- Raich, R.M., Torras, J., y Mora, M. (1997). Análisis de las variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. *Psicología*, *5*, 55-70.
- Robins, C.J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, *9*, 50-57.
- Rodríguez, S., y Cruz, S. (2008). Insatisfacción corporal en adolescentes latinoamericanas y españolas. *Psicothema*, *20*, 131-137.
- Roemer, L., y Salters, K. (2004). A preliminary study of the effects of directed suppression of rape-related material among rape survivors using unobtrusive measures. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *32*, 149-164.
- Rosen, J.C. (1997). Cognitive-behavioral body image therapy. En D.M. Garner y P.E. Garfinkel: *Handbook of treatment for eating disorders* (2ª edn). New York: Guilford Press.
- Rucker, D.D., Petty, R.E., y Briñol, P. (2008). What's in a frame anyway? A meta-cognitive analysis of the impact of one versus two sided message framing on attitude certainty. *Journal of Consumer Psychology*, *18*, 137-149.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, *13*, 381-392.
- Seegerstrom, S.C., Stanton, A.L., Alden, L.E., y Shortridge, B.E. (2003). A multidimensional structure for repetitive thought: What's on your mind and how and how much? *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*, 909-921.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J., y León, J.A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un metaanálisis. *Psicothema*, *13*, 7-16.
- Strauman, T.J., Costanzo, P.R., Jones, N.P., McLean, A.N., y Merrill, K.A. (2007). Contributions of social psychology to clinical psychology: Three views of a research frontier. En E.T. Higgins y A.W. Kruglanski (Eds.): *Social psychology: Handbook of basic principles* (2ª ed., pp. 850-868). NY: Guilford Press.
- Tormala, Z.L., Petty, R.E., y Briñol, P. (2002). Ease of retrieval effects in persuasion: A self-validation analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *28*, 1700-1712.
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona. Ariel, S.A.
- Treasure, J.L., y Ward, A. (1997). Cognitive analytical therapy (CAT) in eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *4*, 62-71.
- Wegner, D.M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, *101*, 34-52.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. NY: Guilford Press.