

*ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LAS TESIS DE PREGRADO
Y POSTGRADO REALIZADAS EN BOGOTÁ,
SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS
DE TERAPIA Y MODIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO¹*

CÉSAR A. REY A. *, ASTRID ACEVEDO SANTOS
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

Resumen

El objetivo de esta investigación fue realizar un análisis bibliométrico de las tesis de pregrado y de postgrado que se habían realizado desde el enfoque de terapia y modificación del comportamiento, en las instituciones de educación superior de Bogotá (capital de Colombia), hasta el año 2003 (incluido). Para ello se analizaron las siguientes variables: a) número de tesis por década, b) número de tesis por director, c) número de tesis por cada una de las técnicas y programas de terapia y modificación del comportamiento implementados, d) número de tesis por cada una de las problemáticas que se abordó en las mismas, e) número de tesis por década correspondiente a cada una de las técnicas implementadas y f) número de tesis por década perteneciente a cada una de las problemáticas que se abordó en dichas tesis. En total se analizaron 119 tesis correspondientes a ocho instituciones de educación superior de la ciudad, entre las cuales se pudieron identificar 30 técnicas o programas terapéuticos pertenecientes al enfoque en cuestión y 50 problemáticas abordadas a través de dichas técnicas o programas. Los resultados se discutieron en términos de la evolución que ha exhibido el enfoque a lo largo del período estudiado.

Palabras clave: modificación del comportamiento, terapia de conducta, análisis bibliométrico, tesis.

*BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF THE GRADUATE
AND POST GRADUATE THESES ABOUT BEHAVIOR THERAPY
AND BEHAVIOR MODIFICATION CARRIED
OUT IN BOGOTÁ, COLOMBIA*

Abstract

The objective of this investigation was to carry out a bibliometric analysis of the pre graduate and post graduate theses about behavior therapy and behavior modification, which had been concluded until the year 2003 (included) in the universities of the city of Bogotá

* Correspondencia: Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia. Calle 47 No. 13-32 Piso 1. crey@ucatolica.edu.co,

¹ Con la participación de: Iván Camacho Acero, Martha Lucía Gómez González, Nohelia Hewitt Ramírez, Jaime Moreno Mendez, Margarita Rozo Sánchez y la colaboración de: Diana García y Catalina González.

(capital of Colombia) that offered the career of Psychology. With this purpose they were analyzed on the basis of the following variables: to) number of theses found per decade, b) theses number for director, c) number of theses for each one of the implemented behavior therapy and modification techniques and programs, d) number of theses for each one of the problems that was approached by these theses, e) theses number per decade corresponding to each one of the implemented techniques and programs and f) theses number per decade belonging to each one of the problems that was approached. In total 119 theses corresponding to eight universities of the city were analyzed, which involved 30 therapeutic techniques or programs and 50 problems approached through this techniques or programs. The results were discussed in terms of the evolution that has exhibited the behavior therapy and behavior modification approach during the studied period.

Key words: behavior modification, behavior therapy, bibliometric analysis, thesis.

La “terapia y modificación del comportamiento” es el nombre genérico con el que se ha designado a la psicología clínica de enfoque conductual y se puede definir como aquella perspectiva teórica y metodológica dirigida hacia la intervención que, basándose en los conocimientos sobre la conducta y el aprendizaje obtenidos a través de la psicología experimental, utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación, para la consecución de metas terapéuticas mediante la modificación de conductas clínicamente relevantes (Labrador, Cruzado & Muñoz, 1998; Kazdin, 1983; Martin & Pear, 1999).

A lo largo de su desarrollo histórico, este enfoque ha mostrado cuatro orientaciones generales (Labrador, Cruzado & Muñoz, 1998): la orientación conductista mediacional, el análisis conductual aplicado, el aprendizaje social y la orientación cognoscitivo conductual.

La orientación conductista mediacional fue la primera aproximación conductista a la psicología clínica y surgió con base en una serie de desarrollos terapéuticos fundamentados en los principios del condicionamiento clásico descubiertos por Pavlov en

la primera mitad del siglo veinte (McGinn & Sanderson, 2001; Pérez, 1996). Esta orientación, conocida inicialmente como “terapia de conducta” por un término acuñado por Lazarus en 1958, hace énfasis en la participación de variables intermediarias entre el estímulo y la respuesta (como por ejemplo, la ansiedad y la personalidad), en la explicación de la conducta disfuncional, propendiendo por la definición operacional de estas variables intermediarias y su modificación a través de técnicas de reentrenamiento emocional y de confrontación con el estímulo, como las técnicas de relajación, la desensibilización sistemática y las técnicas de exposición (Pérez, 1996).

El análisis conductual aplicado surgió como un enfoque terapéutico basado en la utilización de los principios del aprendizaje y la conducta descubiertos por medio del análisis experimental del comportamiento, fundamentado por Skinner (Baer, Wolf & Risley, 1973; McGinn & Sanderson, 2001; Pérez, 1996). Esta orientación asume que tanto la conducta “normal” como la “anormal”, así como la conducta observable y la conducta encubierta, siguen los mismos principios y se pueden analizar en términos

funcionales a la luz de las contingencias biológicas y ambientales a las que ha sido expuesto el individuo. Propende por la implementación de técnicas de control de estímulos y de manejo de contingencias para el tratamiento de la conducta disfuncional, basándose en metodologías experimentales de caso único y en el registro continuo del comportamiento (Arias, Fernández & Perona, 2000; Pérez, 1996; Kazdin, 1996). En general, trabaja con técnicas de modificación del comportamiento basadas en el condicionamiento operante, como el refuerzo y el auto refuerzo, el costo de respuesta, la economía de fichas, entre otras (véase en la Tabla 1, las principales técnicas psicoterapéuticas fundamentadas en dicha forma de aprendizaje).

La orientación basada en el aprendizaje social, a su vez, considera que la determinación del comportamiento depende de los estímulos ambientales (físicos y sociales), de los procesos cognoscitivos y de los patrones de conducta del sujeto, que a su vez modifican su propio medio. Es decir, se basa en el determinismo recíproco entre ambiente, procesos cognoscitivos y conducta (Labrador et al., 198; Pérez, 1996). Esta orientación se fundamentó en los planteamientos sobre el aprendizaje social expuestos por Bandura y propende por la adquisición de habilidades por parte del individuo, por medio de procedimientos basados en el modelado, el aprendizaje por observación, la imitación y el refuerzo (Labrador et al., 1998; Pérez, 1996).

La orientación cognoscitiva conductual es la más reciente perspectiva en psicología clínica de enfoque conductual, de las cuatro mencionadas inicialmente y nace con el advenimiento de las terapias cognoscitivas fundamentadas por autores como Ellis y

Beck en las décadas de los años cincuentas y sesentas y la conjugación de estas terapias con técnicas psicoterapéuticas de las tres orientaciones anteriores (McGinn & Sanderson, 2001; Rey, 2004). Esta orientación asume la posibilidad terapéutica de tratar los tres “canales de respuesta”, entendidas como los componentes de la mayoría de las diferentes formas de conducta anormal, haciendo uso no solo de las tres principales teorías conductistas del aprendizaje, sino de las teorías cognoscitivas sobre la conducta disfuncional. Algunas de estas teorías cognoscitivas se basan en estructuras cognoscitivas como los esquemas y las creencias, mientras que otras se fundamentan en procesos de información como los pensamientos, las distorsiones cognoscitivas y la solución de problemas, generando técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de solución de problemas y el entrenamiento en auto instrucciones, que consideran que la principal causa de la conducta disfuncional es alguno de estos procesos o estructuras, los cuales se deben modificar para que ello conlleve a un cambio concomitante y deseado en el comportamiento (Labrador et al., 2001).

Una de las mayores fortalezas del enfoque de terapia y modificación del comportamiento es la utilización de técnicas psicoterapéuticas que gozan de un amplio respaldo empírico (McGinn & Sanderson, 2001) y la tendencia a sustentar empíricamente, con metodologías experimentales, cualquier desarrollo terapéutico realizado desde el mismo (Martin & Pear, 1999), lo que le da a dichos desarrollos el carácter de terapias sustentadas empíricamente (Chambless & Hollon, 1998). La tendencia contemporánea de este enfoque se inclina por un desarrollo inusitado de terapias cognoscitivo conductuales y

Tabla 1

Principales técnicas de terapia y modificación del comportamiento (con base en Labrador, Cruzado & Muñoz, 1998, McGinn & Sanderson, 2001 y Pérez, 1996).

Teoría de base	Técnicas	Principales aplicaciones
Condicionamiento clásico	<p><i>Técnicas de relajación:</i> entrenamiento autógeno, entrenamiento en respiración, relajación muscular progresiva, relajación a través de visualización guiada.</p> <p><i>Técnicas de confrontación con el estímulo:</i> Inundación, implosión, entrenamiento en habituación, desensibilización sistemática; prevención de respuesta.</p>	<p>Trastornos de ansiedad, especialmente fobias simples y sociales, control de respuesta agresiva (autocontrol emocional).</p> <p>Fobias simples y sociales, conductas obsesivas.</p>
Condicionamiento operante	<p><i>Técnicas de análisis conductual aplicado:</i> Reforzamiento positivo y negativo, costo de respuesta, tiempo fuera de reforzamiento, extinción, corrección y sobre corrección; control aversivo, moldeamiento, economía de fichas.</p> <p><i>Procedimientos de autocontrol:</i> auto observación y auto registro, auto reforzamiento y auto castigo, contrato conductual, control de estímulos.</p> <p><i>Condicionamiento encubierto:</i> reforzamiento positivo encubierto, reforzamiento negativo encubierto, costo de respuesta encubierto, extinción encubierta, castigo encubierto.</p> <p><i>Biorretroalimentación.</i></p>	<p>Problemas de conducta infantil.</p> <p>Control de impulsos (comer en exceso, ludopatía), fumar, consumo de drogas y alcohol.</p> <p>Incrementar conductas deseables (por ejemplo, interacciones sociales), decrementar conductas indeseables (por ejemplo, fumar).</p> <p>Decremento de respuestas autónomas excesivas y que ofrecen un riesgo para la salud.</p>
Aprendizaje social	<p><i>Aprendizaje estructurado y juego de roles.</i></p>	<p>Déficit en habilidades sociales y asertivas; manejo del estrés; manejo de la ira; académicas (de estudio, de exposición, etc.), de comunicación familiar y de pareja; de crianza.</p>
Teoría cognoscitiva	<p><i>Terapia racional emotiva.</i></p> <p><i>Reestructuración cognoscitiva.</i></p> <p><i>Entrenamiento en habilidades de solución de problemas y toma de decisiones.</i></p> <p><i>Entrenamiento en auto instrucciones.</i></p>	<p>Trastornos emocionales y afectivos.</p> <p>Trastornos emocionales y afectivos.</p> <p>Dificultades relacionadas con el afrontamiento a diferentes estresores (familiares, de pareja, económicos, etc.).</p> <p>Déficits atencionales e impulsividad en niños, manejo del estrés.</p>

su utilización para una amplia variedad de problemáticas, que se caracterizan, de acuerdo con McGinn y Sanderson (2001) por: a) la utilización de manuales de tratamiento, b) el uso de técnicas empíricamente sustentadas, c) la definición de metas terapéuticas específicas, realistas y medibles, d) la evaluación periódica y continua del tratamiento y e) la implementación de estrategias para la prevención de recaídas.

A pesar de esta amplia trayectoria histórica, en Colombia se conoce muy poco sobre cómo ha evolucionado este enfoque a nivel investigativo y profesional, aunque es de esperar que su desarrollo haya ido a la par con las tendencias mundiales del mismo. Los orígenes de la psicología clínica conductista en este país se pueden remontar al comienzo de la década de los sesentas, cuando se comenzaron a realizar estudios sobre la efectividad de técnicas de modificación del comportamiento en diferentes problemas conductuales (Ardila, 1974).

Con el fin de obtener algunos indicadores de la evolución de este enfoque en dicho país, este estudio tuvo como *objetivo* realizar un análisis bibliométrico de las tesis de pregrado y de postgrado que se han realizado dentro del mismo, en la ciudad de Bogotá hasta el año 2003 (incluido). Con ese fin se analizaron las siguientes variables: a) número de tesis por década, b) número de tesis por director, c) número de tesis por cada una de las técnicas y programas de terapia y modificación del comportamiento implementados, d) número de tesis por cada una de las problemáticas que se abordó en las mismas, e) número de tesis por década correspondiente a cada una de las técnicas implementadas y f) número de tesis por década perteneciente a cada una de las problemáticas que se abordó en las mismas.

MÉTODO

Tipo de investigación

Este estudio tuvo un carácter descriptivo bibliométrico. Para su realización se definió una serie de variables por medio de las cuales se analizó el material documental que constituyó su universo de estudio (la definición de dichas variables se encuentra en el apartado de procedimiento).

Universo de Estudio

Estaba conformado por todas las tesis de pregrado y postgrado realizadas en Bogotá hasta el año 2003 (incluido), desde el enfoque de terapia y modificación del comportamiento. Para la recolección de este material documental se revisaron las tesis de pregrado y postgrado de las universidades o fundaciones universitarias de Bogotá que habían tenido o tenían una facultad o un departamento de psicología hasta el año en mención.

Instrumentos

Se diseñó una ficha de registro en Excel para Windows XP (Windows Corporation, 2002) en la que se consignaron los datos sobre las tesis encontradas correspondientes al universo de estudio, concernientes a las siguientes variables: a) año, b) código o número topográfico, c) título, d) autor(es), e) director (es), f) palabras clave y g) descriptores o temas. También se recolectó el resumen e información complementaria de la tesis de manera manual o mecánica, si era permitido.

Procedimiento

En primera instancia se identificaron las facultades o departamentos de psicología que habían funcionado o se encontraban funcionando en la ciudad de Bogotá, obteniéndose

una lista conformada por 16 universidades y fundaciones universitarias. Posteriormente se consultaron sus bases de datos a través de los catálogos en línea y terminales de computador de las bibliotecas o hemerotecas en las cuales reposaban sus tesis de pregrado y postgrado, obteniéndose un listado inicial de las tesis dirigidas a la implementación y evaluación de programas de tratamiento psicológico. Se revisó el resumen o resumen analítico de investigación de estas tesis, con el fin de seleccionar aquellas que se hubiesen realizado de cara a la implementación y evaluación de programas de terapia y modificación del comportamiento, descartándose aquellas que si bien habían implementado alguna técnica de terapia o modificación comportamental, se habían realizado en un área distinta a la psicología clínica (por ejemplo, en medicina conductual o en psicología de la salud).

La búsqueda y selección de las tesis estuvo a cargo de siete psicólogos y psicólogas postgraduados, formados desde dicha orientación psicoterapéutica en su pregrado o en su postgrado y con experiencia profesional en psicología clínica. Estos psicólogos(as) consultaron el resumen de cada tesis para determinar su pertenencia al universo de estudio o, en su defecto, el documento entero de la tesis. También discutieron en grupo aquellos casos en los que era difícil identificar si la tesis en cuestión, correspondía a una investigación en psicología clínica realizada desde el enfoque en mención.

Una vez seleccionada la tesis, se recolectaba la siguiente información: el año en la que se aprobó y empastó, su código o número topográfico, su título, su(s) autor(es), su(s) director (es), sus palabras claves, sus descriptores o temas y el resumen u otros apartados de la tesis, que permitiera deter-

minar la técnica implementada y la problemática abordada.

Esta información permitió realizar el análisis del material documental, con base en las variables que se definieron al respecto: a) número de tesis encontradas por cada década; debido a que no se encontró ninguna tesis de este tipo antes de 1970, se analizaron los siguientes períodos de producción: años 70's, años 80's, años 90's y años 2000 al 2003; b) número de tesis por director, tomando como mínimo dos tesis dirigidas; c) número de tesis por cada una de las técnicas y programas de terapia y modificación del comportamiento implementados; d) número de tesis por cada una de las problemáticas que se abordó en las mismas; e) número de tesis por década correspondiente a cada una de las técnicas de terapia y modificación del comportamiento implementadas y f) número de tesis por década perteneciente a cada una de las problemáticas que se abordó en las mismas.

Adicionalmente, se agruparon las técnicas y los programas psicoterapéuticos identificados, con base en la teoría en la cual se fundamentaban (Vg., condicionamiento clásico, condicionamiento operante, teoría del aprendizaje social y teoría cognoscitiva) y se congregaron las problemáticas identificadas de acuerdo a sí éstas eran propias de: a) niños y adolescentes, b) adultos o c) niños, adolescentes y adultos en general. Es importante aclarar, en relación con este último aspecto, que algunas de las problemáticas identificadas especificaban claramente la población participante (por ejemplo, "Conductas rumiativas en niños con retardo"), por lo que sencillamente se ubicaban en la categoría respectiva.

En total se analizaron 119 tesis, 116 de pregrado y tres de postgrado, correspon-

dientes a ocho entidades de educación superior. Las demás instituciones no participaron debido a que no se encontraron en ellas tesis pertenecientes al universo de estudio, a que no habían implementado o habían retirado la modalidad de tesis como trabajo de grado, a que aún no contaban con estudiantes graduados o a una combinación de estas circunstancias.

Identificación de la técnica o programa terapéutico. Para determinar la técnica o programa terapéutico utilizado en cada tesis, el equipo investigador tuvo en cuenta su conocimiento profesional al respecto y se apoyó en libros especializados como el de Labrador y sus colegas (1998), Martin y Pear (1999), Pérez (1996), entre otros. En algunos fue necesario acudir a artículos especializados para identificar la técnica o programa en cuestión o discutir en grupo la pertenencia de la técnica dentro de las tesis que constituyeron el universo de estudio. Cuando en la tesis se habían utilizado dos técnicas distintas en el mismo programa terapéutico o se había llevado a cabo una comparación de dos técnicas distintas, se registraba la primera técnica mencionada en el título, con el fin de simplificar el proceso de obtención de las frecuencias. En el caso de que en la tesis se hiciera alusión a un programa de tratamiento de enfoque cognoscitivo conductual, ésta simplemente se clasificaba dentro de la categoría “Programa de terapia cognoscitivo conductual” y no con base en una técnica en particular, ya que este tipo de programas involucra tanto técnicas cognoscitivas como de las demás orientaciones en terapia y modificación del comportamiento (McGinn & Sanderson, 2001; Labrador et al., 1998).

Cuando la tesis hacía referencia a la implementación de varias técnicas operantes, sin especificarlas, se situaba bajo el epígrafe “Técnicas operantes”. Sin embargo, si se especificaba dicha(s) técnica(s), su nombre era utilizado para establecer una nueva categoría (por ejemplo, “Economía de fichas”, “Sobre corrección”, “Refuerzo positivo”).

Cuando la técnica o el programa terapéutico se presentaba con un nombre que el equipo consideraba poco utilizado o poco conocido en la actualidad, pero claramente perteneciente al enfoque de terapia y modificación del comportamiento, se presentaba entre comillas constituyendo una categoría (por ejemplo, “Consejería comportamental de grupo”). Los programas “Psicoeducativos”, es decir, aquellos dirigidos a incrementar los conocimientos de los usuarios sobre el comportamiento, para facilitar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos (por ejemplo, sobre la ansiedad, la sexualidad infantil, etc.), eran tenidos en cuenta si habían utilizado por lo menos una de las técnicas del enfoque o se habían desarrollado desde una de las orientaciones de la terapia y modificación del comportamiento. Estas tesis fueron incluidas dentro de la categoría “Programa psicoeducativo que incluía una técnica conductual”.

Identificación de la problemática. Las categorías de las problemáticas identificadas correspondían a aquellas de amplio uso en el área de la psicología clínica, a la luz del conocimiento profesional y experiencia del equipo investigador. Cuando la problemática era muy precisa y no se podía incorporar en una categoría de amplio uso, se presentaba de esa manera constituyendo otra categoría (por ejemplo, “Autoestima en niños abandonados e institucionalizados”).

RESULTADOS

Como se puede observar en la Tabla 2, el mayor número de tesis encontradas, de acuerdo a la década en la cual se llevaron a cabo, correspondía a la década de los 80's, con un total de 56 tesis. De la década de los 70's se encontraron 27 tesis, mientras que de la década de los 90's se hallaron 28 tesis. De los primeros años del siglo actual (2000-2003), se encontraron nueve tesis. La tesis más antigua correspondía al año 1972, mientras que la más reciente al año 2003.

Tabla 2

Número de tesis por década.

Década	Frecuencia
70's	27
80's	55
90's	28
2000-2003	9
Total	119

Estas 119 tesis correspondían a las siguientes entidades de educación superior: La Pontificia Universidad Javeriana con 45 tesis (la primera databa de 1974), la Universidad Católica de Colombia con 35 tesis (la primera correspondía a 1978), la Universidad Nacional de Colombia con 17 tesis (siendo la más antigua una tesis correspondiente a 1972), la Universidad de la Sabana con 13 tesis (año de la más antigua: 1990), la Universidad Santo Tomás con cinco tesis (1981), la Universidad de los Andes con dos tesis (1980), la Universidad El Bosque también con dos tesis (2001) y la Fundación Universitaria Konrad Lorenz con una tesis (1991). (Es importante tener en

cuenta que existen varios factores que podrían explicar las diferencias en el número de tesis entre las distintas entidades de educación superior: el año de creación del departamento o Facultad de Psicología en cuestión, la permanencia de dicha modalidad de grado, el énfasis en un modelo teórico en particular, etc.).

En cuanto al número de tesis por director, tomando un mínimo de dos tesis dirigidas, se encontró que 15 profesores tenían a su haber la dirección de por lo menos dos trabajos de grado de esta naturaleza (véase la Tabla 3), destacándose, en ese sentido, a Myriam Rodríguez Páez con 13 tesis dirigidas, Blanca Victoria Barrientos con 12 tesis, Carlos Cifuentes con 10 tesis y Edgar Peña con siete tesis.

Tabla 3

Número de tesis por director (mínimo dos tesis dirigidas).

Director	Nº de tesis
Myriam Rodríguez Páez	13
Blanca Victoria Barrientos	12
Carlos Cifuentes	10
Edgar Peña	7
Leonidas Castro, Inés Lombana, Luis Ramírez, Clemencia Ramírez	4
Luis Flórez, Gloria García, Luis Guevara, Margarita Guzmán	3
Patricia Bustamante, José Antonio Sánchez, Carmen Serrano	2
Total	51 (42,85% del total de tesis analizadas)

La Tabla 4 presenta el número total de tesis por cada una de las técnicas y programas de terapia y modificación del comportamiento que se identificaron, 30 en total.

Se puede destacar, en ese sentido, que la técnica o programa más frecuentemente implementado en las tesis analizadas, fue el entrenamiento en habilidades sociales con 28 tesis, seguida por el entrenamiento de padres con 12 tesis, la terapia cognoscitivo conductual con 10 tesis y el entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas para parejas con 7 tesis.

La Tabla 4 también muestra el número de tesis correspondiente a cada una de las técnicas y programas de terapia y modificación del comportamiento identificados, correspondiente a cada una de las décadas analizadas. Esta información se organizó de manera que agolpará, de la técnica 1 a la 3, las técnicas basadas en el condicionamiento clásico, de la técnica 4 a la 16, las fundamentadas en el condicionamiento operante, de la técnica 17 a la 24, las cimentadas en la teoría del aprendizaje social, de la 25 a la 29, las técnicas fundamentadas en la teoría cognoscitiva y los programas de terapia cognoscitivo conductual y con el número 30 los programas cobijados bajo la categoría "Programa psicoeducativo que incluía una técnica conductual". Esto último en razón de que se consideró que este tipo de programas no se podía ubicar en alguna de las cuatro orientaciones mencionadas.

Esta organización por técnicas o programas psicoterapéuticos y su correspondiente orientación teórica, mostró que 48 tesis presentaban técnicas o programas basados en el condicionamiento operante, 47 técnicas o programas fundamentados en la teoría del aprendizaje social, 14 técnicas o programas cimentados en la teoría cognoscitiva y cinco técnicas o programas basados en el condicionamiento clásico, mientras que las cinco restantes correspondían a programas psicoeducativos.

La Tabla 5, finalmente, presenta las problemáticas identificadas en las tesis bajo análisis, con el número total de tesis correspondiente a cada problemática y el número perteneciente a cada una de las décadas analizadas. Se puede resaltar, en ese sentido, que el déficit en habilidades sociales, con 22 tesis, el maltrato infantil, con siete tesis, la agresividad infanto juvenil, con nueve tesis, la satisfacción marital, con seis tesis, las pautas de interacción paterno filial y familiar, con cinco tesis y el autismo/conductas autistas también con cinco tesis, fueron las problemáticas más abordadas en las 119 tesis bajo análisis.

La organización de las problemáticas identificadas con base en la población característica (niños y adolescentes, adultos y niños, adolescentes y adultos), evidenció que casi la mitad de las tesis (53) se destinó a abordar problemáticas propias de las poblaciones de niños y adolescentes (problemática 1 a la 27), mientras que 24 afrontaron problemáticas típicamente adultas (problemática 28 a la 41) y las restantes 42 problemáticas que pueden envolver tanto a niños, como adolescentes y adultos (problemática 42 a la 50).

DISCUSIÓN

Si se tiene en cuenta el número de tesis por cada década bajo estudio, se hace evidente que la década en la cual hubo un mayor interés por el enfoque de terapia y la modificación del comportamiento, fue la de los 80's. Sin embargo, es posible que hubiese un interés similar por dicho enfoque en la década de los 70's, pero que no se vio reflejado en dichas tesis de grado, debido a que muchas de las facultades y departamentos de psicología participantes no se habían creado por

Tabla 4

Número de tesis por década, correspondiente a cada una de las técnicas y programas de terapia y modificación del comportamiento implementados.

Técnica	Década				Total
	70'	80'	90'	00'	
1. Desensibilización sistemática	2	0	0	0	2
2. Entrenamiento en relajación	0	0	1	1	2
3. Exposición en vivo	0	0	1	0	1
Subtotal técnicas basadas en el condicionamiento clásico	2	0	2	1	5
4. Entrenamiento de padres	0	8	4	0	12
5. Refuerzo positivo	3	5	0	0	8
6. Técnicas operantes*	6	1	0	0	7
7. Economía de fichas	3	1	0	1	5
8. Control de estímulos	1	2	0	0	3
9. Refuerzo diferencial de otras conductas	3	0	0	0	3
10. Autocontrol	0	1	1	0	2
11. Contrato conductual	0	1	1	0	2
12. "Consejería comportamental de grupo"	2	0	0	0	2
13. Biorretroalimentación	1	0	0	0	1
14. Auto registro	1	0	0	0	1
15. Sobre corrección	1	0	0	0	1
16. "Técnica de Kimell"	0	1	0	0	1
Subtotal técnicas basadas en el condicionamiento operante	21	20	6	1	48
17. Entrenamiento de habilidades sociales con o sin aprendizaje estructurado	0	16	11	1	28
18. Entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas para parejas	0	6	1	0	7
19. Modelamiento	2	2	0	0	4
20. Entrenamiento en habilidades de comunicación paterno filial	1	1	0	0	2
21. Terapia asertiva	0	2	0	0	2
22. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento	0	0	1	1	2
23. Juego de roles	1	0	0	0	1
24. "Terapia breve basada en el aprendizaje social"	0	0	0	1	1
Subtotal técnicas/programas basados en el aprendizaje social	4	27	13	3	47
25. Programa de terapia cognitivo conductual	0	2	5	3	10
26. Disonancia cognoscitiva	0	1	0	0	1
27. Entrenamiento en habilidades y solución de problemas	0	1	0	0	1
28. Terapia racional emotiva	0	1	0	0	1
29. Auto instrucciones	0	1	0	0	1
Subtotal técnicas/programas basados en la teoría cognoscitiva	0	6	5	3	14
30. Programa psicoeducativo que incluía una técnica conductual	0	2	2	1	5

* Nota: esta categoría incluía las tesis en las que no se especificaba las técnicas operantes utilizadas.

Tabla 5

Número de tesis por década perteneciente a cada una de las problemáticas que se identificaron.

	Problemática	Década				Total
		70'	80'	90'	00'	
1.	Agresividad infantil y adolescente	1	7	0	1	9
2.	Maltrato infantil	0	2	5	0	7
3.	Autismo/Conductas autistas	3	1	1	0	5
4.	Conducta verbal y/o social en niños con retardo	3	1	0	0	4
5.	Enuresis	1	2	0	0	3
6.	Dificultades en el aprendizaje	2	0	0	0	2
7.	Relaciones interpersonales en escolares	0	1	1	0	2
8.	Conductas rumiativas en niños con retardo	1	1	0	0	2
9.	Conducta cooperativa en adolescentes retardados	0	1	0	0	1
10.	Hiperkinesia	1	0	0	0	1
11.	Comportamiento de juego en niños ciegos	1	0	0	0	1
12.	Ecolalia en niños con retardo, esquizofrenia y daño cerebral	1	0	0	0	1
13.	Comportamiento verbal disruptivo en niños normales	1	0	0	0	1
14.	Conductas autoestimulatorias y respuesta de orientación en niños con lesión cerebral	1	0	0	0	1
15.	Conductas tímidas en adolescentes	1	0	0	0	1
16.	Ansiedad dental	0	0	1	0	1
17.	Conducta agresiva en niños sordos	1	0	0	0	1
18.	Conducta disruptiva en clase en niños normales	1	0	0	0	1
19.	Conductas indisciplinarias o de no seguimiento de normas en adolescentes	0	1	0	0	1
20.	Delincuencia juvenil	0	1	0	0	1
21.	Autoestima en adolescentes	0	1	0	0	1
22.	Hábitos de estudio	0	0	0	1	1
23.	Habilidades asertivas en adolescentes	0	0	1	0	1
24.	Conductas inapropiadas en el salón de clase en niños sordos	0	0	0	1	1
25.	Autoestima en niños abandonados e institucionalizados	0	1	0	0	1
26.	Fluidez verbal en escolares tartamudos	0	1	0	0	1
27.	Actitud y conducta de maltrato en hermanos que desempeñan el rol de cuidadores	0	0	1	0	1
	Subtotal problemáticas niños y adolescentes	19	21	10	3	53
28.	Satisfacción marital	0	6	0	0	6
29.	Violencia conyugal	0	1	2	0	3
30.	Mejoramiento de la crianza de padres y madres de niños con retardo	0	3	0	0	3
31.	Afrontamiento de la separación conyugal	0	0	1	1	2
32.	Prevención en pareja pre matrimonial	0	1	0	0	1
33.	Ansiedad en padres de niños con retardo	0	1	0	0	1

(Continuación tabla 5)

	Problemática	Década				Total
		70'	80'	90'	00'	
34.	Conductas de pacientes psiquiátricas hospitalizadas	1	0	0	0	1
35.	Aceptación corporal en pacientes mastectomizadas	0	0	0	1	1
36.	Respuesta sexual en parapléjicos	0	1	0	0	1
37.	Auto concepto en esposas de alcohólicos	0	0	1	0	1
38.	Depresión femenina	0	1	0	0	1
39.	Ansiedad y depresión en personas amputadas	0	1	0	0	1
40.	Ansiedad y depresión en pacientes cero positivos con VIH	0	0	1	0	1
41.	Conductas de auto cuidado, estrés, soporte social en personas con VIH SIDA	0	0	1	0	1
	Subtotal problemáticas adultos	1	15	6	2	24
42.	Déficit en habilidades sociales	0	11	11	0	22
43.	Pautas de interacción paterno filial y familiar	2	3	0	0	5
44.	Disminución de peso	0	3	0	0	3
45.	Fobias/temor en niños y adultos	2	1	0	0	3
46.	Estrés post traumático	0	0	1	2	3
47.	Uso del cigarrillo y/o marihuana	2	0	0	0	2
48.	Consumo de alcohol	0	1	0	1	2
49.	Prevención de la drogadicción	1	0	0	0	1
50.	Ansiedad social	0	0	0	1	1
	Subtotal problemáticas niños, adolescentes y adultos	7	19	12	4	42

esa época o se encontraban recientemente creados. En todo caso, el alto número de tesis en donde se habían implementado y evaluado técnicas o programas de terapia y modificación del comportamiento, correspondientes a los años 70's y 80's, refleja el interés que había suscitado dicho enfoque a comienzos de los 70's en Colombia y en otros países Latinoamericanos (Ardila, 1974), en virtud de las aplicaciones clínicas fundamentadas en el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante realizadas en los años 50's y 60's (Pérez, 1996). Por ello no es de extrañar que la primera tesis adscrita a dicha orientación date del año 1972.

Debido a que casi todas las instituciones de educación superior en las que se encontró tesis de esa naturaleza, ya contaban con una tesis de ese tipo hacia comienzos de los años 90's, se puede decir que hubo un decremento importante en el interés por este enfoque durante dicha década, en comparación con el interés suscitado por el mismo en la década de los 80's.

En cuanto a las técnicas y los programas psicoterapéuticos implementados, las tesis reflejan, en general, un mayor interés por aquellas técnicas fundamentadas en el condicionamiento operante y la teoría del aprendizaje social y menos en la teoría cognoscitiva y el condicionamiento clásico. En el

caso de las tesis en donde se implementaron técnicas basadas en el condicionamiento operante, este interés fue más acentuado en la década de los 70's (con 21 tesis) y los 80's (con 20 tesis), disminuyendo para la década de los 90's (solo 6) y los tres primeros años del siglo actual (una). Una tendencia similar exhibieron las tesis fundamentadas en la teoría del aprendizaje social, las cuales, tras mostrar un incremento acusado en los años 80's, pasando de cuatro en los años 70's a 27 en dicha década, evidenciaron un decremento numérico visible en los años 90's, década en la cual se registraron 13 tesis en total.

Por su parte, las tesis que implementaron técnicas cognoscitivas o que desarrollaron un programa de terapia cognoscitivo conductual, no se evidenciaron sino hasta la década de los 80's, mostrando un número similar en los años 90's (cinco y seis tesis, respectivamente). Esto indica que esta orientación psicoterapéutica comenzó a generar interés en el ámbito académico colombiano en los años 80's, seguramente como un reflejo del impacto mundial que comenzaron a generar este tipo de técnicas y el desarrollo de técnicas como el entrenamiento en auto instrucciones y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas en los años 70's (Pérez, 1996). Algo similar ocurrió con las tesis que implementaron un programa psicoeducativo, ya que no se registraron en los años 70's, pero sí en los 80's y los 90's, con dos tesis en cada década y una en los tres primeros años del presente siglo.

En suma, las cifras concernientes a las técnicas y programas psicoterapéuticos implementados, revelan una disminución en el interés por el análisis conductual aplicado y los programas basados en el aprendizaje

social y el surgimiento de un interés en los años 80' por los programas de terapia cognoscitivo conductuales y los programas psicoeducativos.

En relación con las problemáticas abordadas, las cifras correspondientes a los tres tipos de poblaciones delimitadas (1. Niños y adolescentes, 2. Adultos y 3. Niños, adolescentes y adultos), revelan que hubo un inusitado interés por las problemáticas propias de niños y adolescentes en los años 70's y 80's, que descendió dramáticamente en los años 90's. En efecto, se pasó de 19 tesis en los 70's y 21 tesis en los 80's, a 10 en los años 90's y tres en los tres primeros años del siglo actual. Por el contrario, hubo un aumento en el interés por las problemáticas adultas en los años 80's que, sin embargo, disminuyó en los años 90's, pasando de una tesis en los 70's, a 15 en los 80's y seis en los 90's. El interés por las problemáticas que involucran por igual a niños, adolescentes y adultos, parece haberse sostenido a lo largo del período analizado.

El auge y posterior descenso que presentaron las tesis sobre problemáticas infanto juveniles, es similar al auge y descenso que presentaron las tesis que utilizaron técnicas operantes, lo cual muestra que estas técnicas se utilizaron principalmente para intervenir en problemas de comportamiento infantojuvenil. Algo similar se observó con las tesis sobre problemáticas adultas, cuyo comportamiento coincidió con las tesis que implementaron técnicas basadas en el aprendizaje social, lo cual indica que estas problemáticas se abordaron especialmente a través de estas técnicas; algo de esperar ya que la mayoría de estas problemáticas (por ejemplo, la crianza y los problemas de pareja), podrían ser tratadas más efectivamente a través de esta orientación psicoterapéutica.

A pesar del alto número de problemáticas identificadas (50), fue evidente la existencia de temas de mayor interés y la ausencia de otros que podrían haber sido abordados desde el enfoque de terapia y modificación de conducta. En el caso de las problemáticas propias de niños y adolescentes, fue visible el interés por el tratamiento de problemas de comportamiento categorizados como “externalizantes” por Achenbach y Edelbrock (1984), como la conducta disruptiva, la agresividad y las dificultades de aprendizaje, así como por el tratamiento de niños y niñas con retardo en el desarrollo, problemáticas que tuvieron un gran interés en el ámbito latinoamericano en los años 70’s, como se desprende del contenido de libros como el de Ardila (1974) y el de Ribes (1974). Por el contrario, fue escaso el abordaje de problemas de comportamiento categorizados como internalizantes por Achenbach y Edelbrock (1984), como la depresión y la psicosis infantil y los desórdenes alimentarios.

En cuanto a las problemáticas adultas, se destaca un gran interés por los problemas de pareja, por la crianza y por la ansiedad y la depresión y una ausencia total de tesis dirigidas a intervenir en desórdenes psicológicos típicamente adultos, como los trastornos de la personalidad, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los trastornos disociativos, entre otros. Los trastornos de ansiedad, el consumo de sustancias adictivas y las habilidades sociales caracterizaron las tesis dirigidas a intervenir en problemáticas que presentan por igual niños, adolescentes y adultos.

Las problemáticas identificadas muestran que el enfoque de terapia y modificación del comportamiento, todavía tiene mucho que decir en el ámbito colombiano en

relación con un buen número de desórdenes psicológicos y problemáticas de comportamiento.

Debido a que las tesis analizadas evidencian el seguimiento de las tendencias internacionales en la psicología clínica conductista, es de esperar que en el corto plazo continúe el auge de las terapias cognoscitivas conductuales, debido a la efectividad que han evidenciado en el ámbito internacional, en diferentes tipos de desórdenes (McGinn & Sanderson, 2001), incluyendo los desórdenes de ansiedad (véase, Fresco & Heimberg, 2001; Overholser, 2002) y los problemas de pareja (véase Christensen & Heavey, 1999). Por esa misma razón, es de esperar un interés por otro tipo de programas psicoterapéuticos conductuales que todavía no gozan de gran difusión y que han mostrado un gran impacto en otras latitudes, tales como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) y la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991).

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1984). Psychopathology of childhood. *Annual Review of Psychology*, 35, 227-256.
- Ardila, R. (1974). Prólogo. En R. Ardila (Comp.), *El análisis experimental del comportamiento: La contribución latinoamericana* (pp. 9-12). México: Trillas.
- Arias, M. F., Fernández, F. & Perona, S. (2000). Psicología básica, psicología aplicada y metodología de investigación: el caso paradigmático del análisis experimental y aplicado del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (2), 277-300.
- Baer, D., Wolf, M. & Risley, T. (1973). Algunas dimensiones actuales del análisis conductual aplicado. En R. Ulrich, T. Stachnick & J.

- Mabry, (Comp.), *Control de la conducta humana* (pp. 26-37). México: Trillas.
- Christensen, A. & Heavey, C. (1999) Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 31, 165-190.
- Chambless D.L. & Hollon S.D. (1998) Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-19.
- Fresco, D. & Heimberg, R. (2001). Empirically supported psychological treatments for social phobia. *Psychiatric Annals*, 31, 489-497.
- Hayes. S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Kazdin, A. E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones*. México: Manual Moderno.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Nueva York: Plenum.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A. & Muñoz, M. (1998) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lazarus, A. (1958). New methods in psychotherapy. *South African Medical Journal*, 32, 660-664.
- Martin, G. & Pear, J. (1999). *Modificación de conducta, qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.
- McGinn, L. K. & Sanderson, W. C. (2001). What allows cognitive behavioral therapy to be brief: Overview, efficacy, and crucial factors facilitating brief treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (1).
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Overholser, J. (2002). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32 (2-3), 125-144.
- Rey, C. (2004). La terapia de aceptación y compromiso: sus aplicaciones y principales fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos. *Suma Psicológica*, 11 (2), 267-284.
- Ribes, E. (1974). *Técnicas de modificación de conducta: Su aplicación al retardo en el desarrollo*. México: Trillas.
- Windows Corporation (2002). *Microsoft Excel* [Software]. Autor.

Recibido, septiembre 22/2005

Revisión recibida, octubre 3/2005

Aceptado, octubre 20/2005