

EFICACIA DE LA TÉCNICA DE DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO EN DIFERENTES TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

José Francisco Lozano Oyola¹, Eva M^a Rubio Zarzuela
y M^a Ángeles Pérez San Gregorio
Universidad de Sevilla (España)

Introducción

La técnica de la detención del pensamiento fue presentada por primera vez por Bain en 1928 en su libro *El control del pensamiento en la vida cotidiana*. A finales de los años cincuenta Joseph Wolpe y otros terapeutas de conducta adaptaron el modelo original de Bain para poder utilizar este método con las fobias y obsesiones, ya que tanto los pensamientos fóbicos como los obsesivos son de carácter repetitivo e irracional, siendo ambos fuente de ansiedad. El objetivo de esta técnica cognitiva es reducir el estrés y la ansiedad a los que está sometido el paciente. Así, esta estrategia está actualmente indicada no sólo para el tratamiento de los trastornos de naturaleza claramente ansiógena tales como fobias, cuadros obsesivo-compulsivos o conducta hipocondríaca, sino que su uso se ha extendido a otros campos tales como la esquizofrenia (Sellwood, Haddock, Tarrier y Yusupoff, 1994), síntomas psicóticos (Slade, 1990) o problemas sexuales (Williams, 1988). En definitiva, se aconseja su utilización ante todo aquel síndrome que implique la elaboración de pensamientos desagradables, inadecuados y persistentes (Davis, McKay y Eshelman, 1985).

Debido a la amplia utilización de este tipo de estrategia terapéutica y al gran número de autores que la emplean, esta técnica ha adoptado multitud de variaciones de aplicación; no obstante, podemos distinguir una serie de elementos característicos a todas ellas. El procedimiento básico de esta técnica consiste en un primer paso que supone la identificación de los pensamientos negativos o estresantes. Para ello, muchos autores recomiendan la aplicación de un cuestionario sobre pensamientos estresantes, de gran utilidad cuando el paciente tiene problemas para reconocer sus ideas irracionales. En los casos en los que el paciente no encuentra dificultad para identificar sus pensamientos desadaptativos, bastará una exhaustiva entrevista en la cual pueda describir y analizar tales pensamientos. El

¹ *Correspondencia:* José Francisco Lozano Oyola, Facultad de Psicología, Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Avda. San Francisco Javier s/n, 41005 Sevilla (España). E-mail: flozano@cica.es

segundo paso común a todas las modalidades de la técnica es el entrenamiento en detención del pensamiento propiamente dicho. Para ello se señalan diversos métodos, tales como gritar la palabra STOP, imaginar esta misma palabra en nuestra mente o ponerse un despertador para recordarnos que debemos interrumpir el pensamiento. Por último, el tercer paso es la sustitución de los pensamientos distorsionantes por otros más adecuados y positivos.

La finalidad de este trabajo es conocer la amplitud de trastornos a los que se aplica esta técnica, así como estudiar su eficacia ante tal diversidad de síndromes. Otro de los objetivos de este trabajo es analizar la frecuencia de la combinación de esta estrategia cognitiva con otras modalidades, evaluando los resultados que tienen los paquetes de terapia en los que va integrada esta estrategia cognitiva. También estudiaremos la eficacia de la detención del pensamiento frente a otras modalidades terapéuticas de índole conductual, cognitiva o sistémica. La selección de artículos se llevó a cabo mediante la base de datos *Psychological Abstract*, utilizando el descriptor *thought stopping* en el campo de descriptores. En esta selección se incluyeron todos los trabajos que versaban sobre investigaciones empíricas realizadas con la técnica de detención del pensamiento desde 1970 hasta 1998, excluyéndose aquellos otros de carácter teórico. Se ha cotejado un total de 70 estudios, en los cuales se han analizado el tipo de trastorno al que se aplica, la clase de pensamientos con los que se trabaja, los resultados, la aplicación y duración y conclusiones del seguimiento, los posibles problemas planteados en las investigaciones y las conclusiones a las que llegaron los autores. Los resultados se valoraron sobre la base de la clasificación de trastornos del DSM-IV. Observamos que aunque los cuadros con los que más se utiliza esta estrategia son los «clásicos» anteriormente descritos, como son las fobias y las obsesiones, hay multitud de investigaciones que apoyan la efectividad de este procedimiento en otros trastornos tales como anorexia, trastornos de ansiedad, cuadros depresivos, trastornos sexuales, síndromes psicóticos o problemas psicosomáticos.

Detención de pensamiento y trastorno obsesivo compulsivo

Se ha revisado un total de 30 documentos que hablan sobre el empleo de la técnica de detención del pensamiento con trastornos obsesivos compulsivos. El tipo de pensamientos con los que se utiliza es muy dispar, encontrándonos con aquellos que van en contra de su sistema de valores o que implican perversiones sexuales, obsesiones matricidas, sobre objetos que se dirigen hacia su cara y/o sus ojos, sobre matar a su ex-esposa, relacionados con la muerte violenta de personas queridas, sobre suicidio o daño a otras personas. Algunos ejemplos de estos pensamientos obsesivos son «voy a tirarme por la ventana», «voy a hacer algo malo a mis hijos», «cojo un cuchillo y mato a mi hijo», «estoy enferma», «me estoy volviendo loca» o «esto es incurable». Con respecto a los casos que van acompañados de compulsiones el problema fundamental estriba en la aparición de rituales compulsivos, relacionados con fobias de contaminación y lavado compulsivo de manos, con miedos hipocondríacos tales como pánico a relacionarse y a tocar a personas con cáncer o con temores obsesivos ante la idea de volverse loca y matar a su familia con algún

tipo de arma. En la amplia mayoría de estos trastornos obsesivo-compulsivos subyacen todo tipo de ideas y rumiaciones irracionales y deformadas.

En la tabla 1 vemos cómo en la totalidad de los estudios de caso en los que se aplicó la detención de pensamiento se alcanzaron resultados positivos, ya sea sola o integrada en un paquete terapéutico. Estos resultados se mantuvieron en los 8 casos en los que se realizó seguimiento, el cuál abarcaba desde las 2-6 semanas hasta 2-3 años después de la aplicación del tratamiento.

En los trabajos realizados con grupos, los logros fueron más parciales, pudiendo atribuir los signos de éxito en algunos casos a la aplicación de un mayor y más variado número de estrategias de tratamiento o a la posible interacción entre las mismas (véase la Tabla 2).

Otra investigación con grupos ha tenido como objetivo variar los parámetros de la detención de pensamiento para determinar cuál de ellos resulta más eficaz ante los pensamientos obsesivos (véase la Tabla 3). Así Burk, Randolph y Probst (1985) concluyen que la forma más efectiva de trabajar la detención de pensamiento es aquella que incluye un comando imperativo para interrumpir el estímulo.

Observamos que cuando la detención del pensamiento se aplica en solitario, ya sea ante estudios de caso o de grupo, los resultados son positivos en la mayoría de las ocasiones, aún cuando no siempre se emplea el mismo método, sino que en algunos casos advertimos que el procedimiento base se modifica y se adapta acorde a las necesidades individuales de cada paciente. En lo que respecta a la integración de la detención del pensamiento dentro de un programa de terapia, observamos que la mayoría de los trabajos que se realizaron con trastornos obsesivo-compulsivos, incluía la utilización de otros procedimientos junto con la detención del pensamiento. Así vemos que entre otros se aplica junto con terapia farmacológica, con métodos conductuales (contrato conductual, control de contingencias, cambios en el entorno, reverso...) o con técnicas cognitivas tales como la reestructuración cognitiva. Analizando las conclusiones se puede afirmar que el resultado de estos paquetes terapéuticos para el tratamiento de las obsesiones, estén o no acompañadas de rituales compulsivos, es en su mayoría válido, con independencia del carácter de las otras estrategias que integran el paquete de tratamiento, ya que no se apreciaron diferencias significativas en cuanto a si los procedimientos utilizados eran de naturaleza sistémica (terapia de familia), cognitiva (resolución de problemas, autocontrol o reestructuración cognitiva), conductual (modelado, aversión eléctrica...) o psicoeducacional. Sin embargo, estos esperanzadores resultados se oscurecen al comparar la eficacia de la detención del pensamiento frente a otras modalidades de intervención (véase la Tabla 4), ya que en ninguno de los casos se obtuvieron datos definitivos que apoyaran la detención del pensamiento frente a otras estrategias e incluso se resuelve que aquélla se sitúa en considerable inferioridad de condiciones en el trabajo de Neziroglu y Neuman de 1990, en el cuál técnicas como la terapia racional emotiva o la exposición en imaginación, tuvieron mayor éxito. Algunos autores responsables de estas últimas investigaciones concluyen que los resultados de la técnica de detención del pensamiento son impredecibles y que se debe efectuar un control cuidadoso y una definición de las variaciones para no tener falsas conclusiones (Leger, 1979).

Tabla 1
Detección del pensamiento y trastorno obsesivo-compulsivo. Estudios de caso

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUI.	RESUL..SE.
Anthony y Edelstein, 1975	1	24	Ataques de rumiaciones obsesivas que provocaban crisis de ansiedad desde hacia 3 años.	Detención del pensamiento.	3 sesiones	Positivo. Los ataques de ansiedad disminuyeron en la 3ª semana de tratamiento.	6 meses.	Sin recaída.
Lindquist y Gofestam, 1975	1		Rumiaciones.	Detención del pensamiento. Tratamiento sistemático de provocación de situaciones. Entrenamiento en vivo. Cambios en el entorno.	n.e.	Efectivo.	n.e.	
Horton y Johnson, 1977	1	38	Pensamientos incontrolables sobre matar a su ex-esposa.	Detención del pensamiento + aserción encubierta.	4 sesiones	Éxito, desaparecieron las rumiaciones.	7 meses.	No recaída.
Tryon y Palladino, 1979	1	21	Obsesiones sobre objetos que se dirigen hacia su cara y/o sus ojos.	Detención del pensamiento.	n.e.	Las obsesiones empezaron a disminuir en la 3ª sesión.	n.e.	
Kellerman, 1981	1	12	Chico bien adaptado con obsesiones matricidas.	Redefinición de los síntomas. Detención del pensamiento. Hipnosis intensificadas de imágenes. Reestructuración cognitiva. Reforzamiento encubierto. Práctica doméstica. Instrucciones paradójicas.	6 sesiones	Éxito.	2 años.	No recurrencia de los síntomas.

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUI.	RESUL.SE.
Johnson, Gilmore y Shenoy, 1983	1	30	Alucinaciones visuales y rumiaciones obsesivas.	1ª Detención del pensamiento. 2ª Inducción a la ira.	n.e.	Con el primer tratamiento se mejoraron las obsesiones y se redujeron las alucinaciones, estas últimas se eliminaron con la 2ª técnica.	11 meses.	No recaída
Gordon, 1983	1	26	Pensamientos obsesivos.	Detención del pensamiento, conceptualizado en términos de proceso de atención.	n.e.	Mejora clínica.	8 meses.	Resultados mantenidos.
Owby, 1983	1	13	Pensamientos obsesivos y lavado de manos compulsivo.	Intervención comportamental. Intervención cognitiva (detención del pensamiento).	n.e.	La detención del pensamiento eliminó los pensamientos obsesivos. La frecuencia de lavado disminuyó.	6 meses y 18 meses.	Se mantuvieron los resultados.
Turner, Holzman y Jacob, 1983	1	52	Rituales compulsivos	Detención del pensamiento. Autocontrol. Ambas técnicas presentadas con instrucciones de imaginación.	n.e.	Éxito, mejoraron los comportamientos diana.	n.e.	
Turner, Holzman y Jacob, 1983	1	52	Rituales compulsivos	Detención del pensamiento. Autocontrol. Ambas técnicas presentadas con instrucciones de imaginación.	n.e.	Éxito, mejoraron los comportamientos diana.	n.e.	
Swinson, 1984	1	48	Pensamientos (rumiaciones) Obsesivos	Detención del pensamiento. Medicación.	n.e.	Efectivo, se redujo la dosis de medicación.	n.e.	

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUL	RESULT.SE.
Blue, McKnight, Rau y Fulcher, 1987	1	55	Rituales	Antidepresivos y ansiolíticos. Reestructuración cognitiva. Detención del pensamiento. Prevención de respuesta. Biofeedback. Terapia familiar. Terapia de actividad. Técnicas psicoeducacionales.	n.e.	Positivo.	n.e.	
Alario, 1989	1	33	Trastorno obsesivo compulsivo relacionados con el temor a volverse loca y matar a su familia con cuchillos u otros objetos punzantes.	Hiperactividad autonómica -> relajación muscular progresiva. Componente depresivo asociado -> terapia cognitiva. Obsesiones -> Detención del pensamiento /exposición + prevención de respuesta (en imaginación y en vivo). Compulsión de comprobación -> exposición y prevención de respuesta en vivo. Tanatofobia -> Desensibilización sistemática en imaginación y en vivo. Eremitofobia -> Desensibilización sistemática en vivo y exposición gradual en vivo. Hematofobia + acrofobia -> Desensibilización sistemática en vivo. Entrenamiento en aserción.	n.e.	Positivo.	n.e.	
Muñoz y Pérez, 1990	1	37	Pensamientos obsesivos de suicidio y daño a otras personas.	Entrenamiento en relajación de Berstein y Borkovec. Control de contingencias. Detención del pensamiento. Intervención en el estilo de vida.	n.e.	Positivo	n.e.	

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUL	RESUL.SE.
Gangdev, 1992	1	30	Pensamientos obsesivos (sobre matar a sus hijos).	1ª Inducción de imágenes positivas. 2ª Mostrar que pensamiento ^= acción. 3ª Mostrar que pensamiento ^= deseo. 4ª Eliminar la culpa. 5ª Detención del pensamiento combinado con aserción cognitiva y sustitución.	n.e.	Mejoró.	2-5 semanas	Siguió mejorando.
Dengrove, 1993	1	34	Trastorno obsesivo compulsivo, relacionado con el miedo concreto a relacionarse y tocar a las personas con cáncer.	Desensibilización sistemática, en imaginación con y sin técnicas hipnóticas. Prevención de respuesta para las conductas compulsivas y los rituales. Reestructuración cognitiva. Entrenamiento asertivo. Detención del pensamiento + aversión eléctrica.	n.e.	Positivo.	n.e.	
Dupree, 1993	1	67	Ideaación paranoica. Agresividad verbal.	Entrenamiento en asertividad. Detención del pensamiento. Contrato conductual	n.e.	Mejoró.	1-, 3-, 6-, 12- meses. 7 años.	Continuó progresando

Leyenda:

N: número de sujetos

G.E.: grupos experimentales

DURA.: duración del tratamiento

SEGULM.: duración del seguimiento

RESULT. SEG.: resultados tras el período de seguimiento

N.E.: no especificado

Tabla 2
Detección del pensamiento y trastorno obsesivo-compulsivo estudios de grupo. Valoración global de la técnica de detención del pensamiento

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	G.E.	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUI.	RESULTADO
Leger, 1978	2	n.e.	Pensamientos preocupantes	1	Detención del pensamiento de Wolpe	n.e.	Positivo, disminuyó la frecuencia de los pensamientos intrusivos espontáneos.	Si, sin especificar el tiempo.	Resultados mantenidos.
Nammalvar y Rao, 1986	23	n.e.	Neurosis obsesiva compulsiva	1	Detención del pensamiento, incluyendo la habituación a los pensamientos obsesivos	n.e.	15 pacientes, con síntomas no muy complicados mejoraron	n.e.	
Likierman y Rachman, 1982	12	18-65	Pensamientos, imágenes e impulsos indeseables, intrusivos y repetitivos.	1	Entrenamiento en habituación. Detención del pensamiento.	4 sesiones	Escaso signo de éxito clínico (cierta reducción de las obsesiones).	n.e.	
Leger, 1979	3	27-40	Pensamientos preocupantes.	2	Detención del pensamiento seguida de relajación o despertar de la ansiedad.	12 sesiones	Los autoinformes y la evaluación diaria de los pensamientos negativos y de la angustia mostraron resultados parciales.	n.e.	
Agathon, Buisson y Samuel, 1990	46	18-61	Obsesiones. Compulsiones abiertas. Rituales.	1	Modelado. Inundación Detención del pensamiento. Prevención de respuesta. Resolución de problemas. Desensibilización en vivo. Desensibilización sistemática (usando la relajación autógena). Antidepresivos y/o ansiolíticos.	n.e.	72% mejoraron según la valoración clínica. 52% según la valoración sintomática.	n.e.	

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	G.E.	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUL.	RESULT. SE
Filer y Brockington 1996	2	23/38	Pensamientos obsesivos (que van en contra de su sistema de valores o que implican perversiones sexuales con su hijo)	1	Terapia de juego y masaje al bebe. Tratamiento farmacológico. Detención del pensamiento. Saturación.	n.e.	n.e.	n.e.	
Martin, 1982	2	joven/ 41	Pensamientos disruptivos compulsivos.	1	Detención del pensamiento para eliminar los pensamientos indeseables. Control de estímulos (mediante el uso de fotografías) para aumentar los pensamientos deseables alternativos.	n.e.	n.e.	n.e.	
Gravel, Lemieux y Ladouceur, 1980	12	n.e.	Pensamientos negativos y distractores en un equipo de esquí de estudiantes.	2	(a) Grupo experimental Relajación muscular profunda. Detención del pensamiento. Sustitución de pensamiento. (b) Grupo control	n.e.	La aplicación de un cuestionario sobre pensamientos negativos mostró una reducción de la frecuencia de las rumiaciones.	n.e.	
Stern, Lipsedg y Marks, 1973	11	n.e.	Rumiaciones obsesivas.	2	(a) Paradigma de Wolpe, para la grabación de la detención del pensamiento. (b) Técnica control.	n.e.	La mayoría no mejoró con ninguna de las dos técnicas.	n.e.	

Tabla 3
 Detección del pensamiento y trastorno obsesivo-compulsivo: estudios de grupo. Valoración de los parámetros de aplicación de la detención de pensamiento

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	G.E.	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUI.	RESULT. SE
Burk, Randolph y Probst, 1985	72	n.e.	Pensamientos preocupantes.	6	Se establecieron 6 formas de trabajar la detención del pensamiento. a) Racional/verbo b) Racional/nombre c) No racional/verbo d) No racional/nombre e) Atención/placebo f) No tratamiento control	n.e.	La más efectiva fue aquella que incorporaba un comando imperativo para la interrupción del estímulo.		

Tabla 4
 Detección del pensamiento y trastorno obsesivo-compulsivo: estudios de grupo. Valoración de la técnica de detención de pensamiento frente a otras estrategias terapéuticas

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	G.E.	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUI.	RESULT. SE
Emmelkamp y Kwee, 1977	5	23-51	Pensamientos obsesivos, sin rituales compulsivos.	2	(a) Detención del pensamiento. (b) Exposición en imaginación.	n.e.	No hubo diferencias claras.	n.e.	
Stern, 1978	11	n.e.	Pensamientos obsesivos.	2	(a) Detención del pensamiento contrastado con relajación. (b) Sociación seguida de detención del pensamiento y al final un curso de amitriptilina (fármaco).	n.e.	Pobres, pero un tipo de obsesiones respondió a la sociación.	n.e.	
Sorigmar, 1981	2	n.e.	Trastorno obsesivo compulsivo (fobia de contaminación y lavado compulsivo de manos).	3	(a) Detención del pensamiento. Desensibilización sistemática. Relajación muscular progresiva. Reestructuración cognitiva. Prevención de respuesta autoimpuesta. (b) Hipnosis. Relajación. Sugestión positiva. Información correctiva. (c) Hipnosis. Inundación.	n.e.	Con (a) ningún cambio. Con (b) escaso. Con (c) rápida mejora.	2 y 7 años.	Sin recaída.
Neziroglu y Neuman, 1990	6	15-25	Trastorno obsesivo compulsivo.	3	(1) Exposición en imaginación. (2) Detención del pensamiento. (3) Terapia racional-emotiva.	n.e.	Tuvieron más efectividad la (1) y la (3).	n.e.	

Detención de pensamiento y fobias

Por lo que respecta a las ocho investigaciones llevadas a cabo sobre fobias y detención del pensamiento, vemos que la detención del pensamiento se emplea ante multitud de cuadros de naturaleza fóbica, tales como agorafobias, miedo a viajar en avión, fobia a animales o miedo a hablar en público. El tipo de pensamientos irracionales que suelen presentar estos enfermos se corresponde con algunos como «¿y si me da un ataque de angustia?», «voy a marearme y nadie me atenderá», «no sirvo para esto», «que mal lo hago», etc. Todos los estudios de caso en los que se emplea la detención de pensamiento han obtenido resultados satisfactorios (véase la tabla 5), logrando que un niño con fobia escolar volviera al colegio tras cinco meses de ausencia, un agorafóbico redujera sus crisis de ansiedad y sus respuestas de evitación o un paciente con miedo a hablar en público mejorara.

Resultados similares se han encontrado en los estudios grupales expuestos en la Tabla 6, tratándose con éxito casos como agorafobia o miedo a viajar en avión.

Todas las investigaciones revisadas aplicaban la detención de pensamiento dentro de un programa terapéutico, combinada con otras estrategias, entre las que cabe destacar la relajación, la exposición en vivo y las técnicas de desensibilización. Aunque también hay autores como Rimm, Saunders y Westel (1975) que defienden que el paquete de tratamiento compuesto por aserción y detención de pensamiento promete ser una efectiva herramienta clínica para tratar síndromes fóbicos. En cuanto al mantenimiento en el tiempo de los objetivos alcanzados, en los trabajos de Holmes, Delprato y Alen (1979), O'Brien (1979) y O'Farrell, Hedlund y Cutter (1981), se realizaron períodos de seguimiento comprendidos entre los 12 y los 18 meses y en todos ellos permanecieron los logros obtenidos con la terapia.

Detención de pensamiento y trastornos relacionados con abuso de sustancias psicoactivas

La intervención en adicciones, utilizando la detención del pensamiento, se muestra en las Tablas 7, 8 y 9. El problema tratado en los siete trabajos que versan sobre el tema, comprende desde el tabaquismo, hasta la drogodependencia o el abuso de alcohol. A raíz de los datos recabados podemos concluir que la detención del pensamiento resulta válida en el tratamiento individual de las adicciones siempre y cuando se emplee dentro de una terapia múltiple que incluya otros procedimientos como la relajación, la sensibilización encubierta o la aserción entre otras, ya que no disponemos de datos que confirmen la efectividad de la técnica en solitario (véase la Tabla 7).

En las investigaciones de grupo en las que valoraban de forma global la eficacia de la detención de pensamiento, ésta siempre formaba parte de un programa multicomponente, en los que se integraban fundamentalmente terapias de corte conductual, por ejemplo (relajación, conducta incompatible, extinción o refuerzo). Los resultados en todos los trabajos revisados fueron satisfactorios, determinados principalmente a través de la reducción en el consumo de cigarrillos (véase la Tabla 8).

Tabla 5
Detección del pensamiento y fobias: estudios de caso

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUI.	RESULT.SE.
Silverman, 1977	1	34	Miedo obsesivo a ser mordida por perros o gatos.	(a) Detención del pensamiento. (b) Reducción de reforzadores sociales por parte del marido.	n.e.	La técnica (a) disminuyó pero no eliminó la obsesión, que fue eliminada con (b).	n.e.	
O Farrell, Hedlund y Cutter, 1981	1	14	Fobia escolar /ataques de pánico. No asistió a clase en los 5 meses anteriores a la terapia.	Autocontrol. Relajación. Detención del pensamiento. Desensibilización imaginativa. Exposición en vivo.	10 semanas	Volvió al colegio, tras 5 meses de ausencia.	18 meses	Asistencia adecuada. Mejora académica
Labrador, 1990	1	46	Miedo a hablar en público.	Inoculación de estrés. Solución de problemas. Entrenamiento en habilidades sociales Desensibilización sistemática Detención del pensamiento	n.e.	Positivo.	n.e.	
Ferro, Fernández y Vives, 1991	1	28	Agorafobia con ataques de pánico.	Entrenamiento en control de la respiración. Detención del pensamiento. Entrenamiento en relajación. Exposición en vivo.	n.e.	Se eliminaron los ataques de pánico, se redujo el nivel de ansiedad y el número de respuestas de evitación.	n.e.	

Tabla 6
Detección del pensamiento y fobias: estudios de grupo

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	G.E.	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUI.	RESULT. SE
Rimm, Saunders y Westel, 1975	21	n.e.	Estudiantes con fobia a las serpientes.	1	Detención del pensamiento. Aserción encubierta.	n.e.	n.e.	n.e.	
Holmes, Delprato y Aleh, 1979	5	21-59	Problemas para viajar en avión.	1	Relajación. Detención del pensamiento. Autoafirmaciones positivas (Habilidades de afrontamiento y autocontrol).	n.e.	Éxito en todos los sujetos, evaluado a raíz de los autoinformes.	16 meses.	4 de los sujetos no tuvieron recaída.
O'Brien, 1979	2	52/23	Agorafobia.	1	Detención del pensamiento y visualización.	4 meses	Positivo.	1 año.	Sin síntomas de ansiedad.
Macia y Méndez, 1991	16	29	Agorafobia	1	(a) Fase educativa o de aprendizaje de habilidades de afrontamiento: -> Autoobservación -> Autoinstrucción -> Detención del pensamiento (b) Exposición en vivo.	2 meses y 1/2	Positivo.	n.e.	

Tabla 7
 Detección del pensamiento y trastornos relacionados con sustancias: estudios de caso

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUÍ.	RESULT.SE.
Thompson y Conrad, 1977	1	24	Drogodependencia.	Contrato de contingencias. Auto-observación. Desensibilización sistemática. Sensibilización encubierta. Entrenamiento en aserción. Terapia racional-emocional. Detención del pensamiento.	n.e.	El impulso de drogarse bajó a cero. Reportó ansiedad hasta que se produjo un cambio en la terapia racional emotiva.	n.e.	
Echeburúa y Del Corral, 1991	1	n.e.	Alcoholismo.	Sensibilización encubierta. Entrenamiento asertivo. Puesta en contacto con alcoholícos anónimos. Control de estímulos. Relajación de Jacobson. Reestructuración cognitiva. Detención del pensamiento y aserción encubierta. Terapia de apoyo de pareja.	n.e.	Positivo.	n.e.	

Tabla 8
Valoración global de la detención del pensamiento ante los trastornos relacionados con sustancias: estudios de grupo

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	G.E.	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUI.	RESULTADO
Wisocki y Rooney, 1974	11	n.e.	Estudiantes con problemas de tabaquismo.	2	(a) Detención del pensamiento + sensibilización encubierta. (b) Grupo atención-placebo.	n.e.	Positivo, se redujo el número de cigarrros.	4 meses.	No hubo reducción significativa
Powell y Arnold, 1982	22	42-61	Tabaquismo. Riesgo de enfermedad coronaria.	1	Control de estímulos. Entrenamiento en relajación. Detención del pensamiento. Manejo de hábitos de alimentación. Conducta incompatible.	5 días.	Éxito.	1 año.	50% continuaba abstinente.
Cautela, 1993	16	33	Abuso de alcohol	1	Sensibilización encubierta. Extinción encubierta. Refuerzo encubierta. Triada de autocontrol: (a) Detención del pensamiento, (b) Respirar y relajarse, (c) Imaginar una escena agradable. Entrenamiento asertivo. Relajación muscular progresiva	9 meses	Positivo	n.e.	

Cuando se utiliza la detención del pensamiento como única modalidad de intervención (véase la Tabla 9) no siempre resulta efectiva, tal y como se demostró durante el período de seguimiento realizado por Lamontagne, Gagnon y Gaudette en 1978, en el cual se observó una diferencia significativa sólo entre el grupo control y el grupo que manejaba un reloj programador de bolsillo.

Solamente en los trabajos sobre tabaquismo se realizó seguimiento, el cual variaba desde 4 a 12 meses. Los logros obtenidos no se mantuvieron en todos los estudios ya que aunque en el trabajo de Lamontagne, Gagnon, Trudel y Boisvert (1978) y el de Powell y Arnold (1982) se mantuvo la abstinencia de forma total o parcial, en otros no se halló reducción significativa del número de cigarrillos en el período de seguimiento (Lamontagne, Gagnon y Gaudette, 1978; Wisocki y Rooney, 1974).

Detención de pensamiento y factores psicológicos que afectan al estado físico

En la tabla 10 se puede apreciar cómo cuestiones de índole psicológica del tipo de falta de adherencia a la medicación, problemas de ansiedad, presencia de estados emocionales negativos o aparición de pensamientos obsesivos, afectan a la evolución de trastornos somáticos tales como migrañas, dismenorrea, dolores de espalda, hemiplejía o hipertrofia de algún miembro. La presencia de pensamientos deformados e irracionales también se hace patente en este tipo de cuadros, encontrándonos así con pensamientos del tipo «me voy a poner mala», «no voy a poder hacer nada», «me va a doler», «estoy fatal», «no voy a ser capaz de controlarlo», etc. La terapia multimodal, dentro de la cual se incluye la detención del pensamiento, es utilizada para controlar ese tipo de conflictos psicológicos que están influyendo en el curso de la enfermedad de pacientes individuales. Acompañando a la detención del pensamiento nos encontramos con otras modalidades de tratamiento, tales como el reforzamiento, la relajación, la hipnosis, la desensibilización sistemática o el moldeamiento de respuesta. En cuatro de las cinco investigaciones mostradas se tuvo éxito, si bien en la realizada por Schonfeld en 1992, se produjo una recaída durante el período de seguimiento, a los 3 años de finalizar la terapia.

Detención de pensamiento y esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

En los cuatro estudios que incluyeron síndromes psicóticos (véase la Tabla 11) en pacientes individuales, observamos que la aplicación de la detención del pensamiento fue eficaz en todos los estudios realizados. Cabe señalar que el problema tratado en los pacientes psicóticos difería de unos trabajos a otros, tratándose con éxito tanto síntomas de agresividad, conductas autolesivas como quemarse las extremidades o la conducta depresiva. Una vez más encontramos que se utiliza la detención del pensamiento integrada dentro de un grupo terapéutico, el cual incluye otras técnicas, siendo la relajación, la sensibilización encubierta y el entrenamiento de conductas apropiadas las más comunes a todos los trabajos. La mejora

Tabla 9
Valoración de la detención del pensamiento frente a otras técnicas en los trastornos relacionados con sustancias:
estudios de grupo

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	G.E.	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUI.	RESULT.SE
Lamontagne, Gagnon y Gaudette, 1978	104	35 (edad media)	Tabaquismo.	4	(a) Detención del pensamiento (b) Reloj programador de bolsillo (c) Detención + reloj programador (d) Grupo control	12 semanas	Se observaron en el seguimiento.	1-, 3-, 6- meses.	Diferencia significativa entre el grupo b y el control, sólo hasta el 3er mes.
Lamontagne, Gagnon, Trudel y Boisvert, 1978	60	n. e.	Tabaquismo.	4	(a) Detención del pensamiento + autocontrol. (b) Terapia de grupo + autocontrol. (c) Chapa "yo no fumo" + autocontrol. (d) Autocontrol.	n. e.	El grupo de detención del pensamiento construyó mejores resultados, disminuyendo la tasa de cigarrillos.	6 meses.	El grupo a siguió siendo el más exitoso, segundo del grupo de autocontrol.

Tabla 10
Detención del pensamiento y factores psicológicos que afectan al estado físico: estudios de caso

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUL.	RESULT.SE.
Daniels, 1977	1	38	Migrañas graves.	Relajación muscular profunda. Relajación controlada. Hipnosis con manos calientes. Terapia cognitivo-conductual. Detención del pensamiento.	n.e.	n.e.	n.e.	
Hernuzo y Ferro, 1991	1	10	Hemiplejía lateral izquierda. Depresión. Rechazo fisioterapia.	Ignorar las verbalizaciones negativas. Detención del pensamiento. Reforzamiento negativo. Reforzamiento positivo. Aumento de las actividades reforzantes.	n.e.	Mejoró su adherencia al tratamiento físico.	n.e.	
Schontfeld, 1992	1	55	Historia de mal uso de la medicación. Dolores de espalda, precedidos de conflictos interpersonales o estados emocionales negativos.	Aserción encubierta. Combinación de detención del pensamiento y autocharla positiva.	n.e.	Éxito, aumentó la adherencia a la medicación y disminuyó el dolor, la depresión y la ansiedad.	1 año.	Se mantuvo el éxito.
Larroy, 1993	1	21	Dismenorrea. Dolor antes y después de la menstruación, dolor de espalda, calambres y trastornos digestivos. Cadena de pensamientos obsesivos referidos a la y intensidad y duración del problema. Fuerte componente de ansiedad asociado a la aparición de los primeros síntomas.	Entrenamiento en autodirección de pensamientos agradables. Detención del pensamiento. Entrenamiento en biofeedback.	n.e.	Tras el tratamiento el dolor aparece sólo 1 día antes y el 1er día de la regla, siendo su intensidad mucho menor.	n.e.	
Labrador, Crespo, Cruzado y Vallejo, 1995	1	20	Cansancio y dolor en el antebrazo derecho que llega a imposibilitar tocar el piano (es estudiante de piano). Diagnóstico médico: hipertrofia en el brazo derecho por exceso de trabajo.	Entrenamiento en relajación autógena. Detención del pensamiento. Solución de problemas. Contrato conductual. Desensibilización sistemática Biofeedback EMG en los músculos del antebrazo. Moldreamiento de la respuesta al escribir. Moldreamiento de la respuesta al tocar el piano.	n.e.	Positivo	n.e.	

terapéutica se mantuvo en el tiempo en los dos trabajos (Cautela y Barón, 1973; Errikson, Darnell y Labeck, 1978) en los que se realizó seguimiento, consistiendo éste en un período no inferior a 12 meses.

La única investigación de esta índole llevada a cabo con grupos, fue la de Lamontagne, Audet y Elie (1983), en la cual se demuestra la validez de un grupo de estrategias entre los que se encontraba la detención del pensamiento frente a un tratamiento control con medicación en el tratamiento de las alucinaciones e ilusiones persecutorias (véase la Tabla 12).

También se ha aplicado el problema de la detención de pensamiento a otros trastornos, para los que el número de artículos que versan sobre el tema es insuficiente (uno o dos). Así, la aplicación de la detención del pensamiento, combinada con otros procedimientos terapéuticos, al problema de la anorexia y la bulimia se evaluó en 2 estudios de grupo. Los resultados no parecen ser muy concluyentes, ya que el trabajo de Williams (1976) supuso un fracaso y en el de Cinciprini, Kornblith, Turner y Hersen (1983), aunque se consiguió que las dos pacientes aumentaran su peso y el consumo de calorías, la reducción de sus episodios bulímicos es atribuida a otros componentes de la terapia como la inundación y la prevención de respuesta. Se evaluó la efectividad de la detención del pensamiento ante los trastornos de ansiedad en el trabajo de Mathews y Shaw (1977), en el cual se trataban 10 pacientes psiquiátricos externos con problemas de ansiedad generalizada. Analizaron la eficacia de la detención del pensamiento junto con el empleo de la relajación y la desensibilización cognitiva en un tratamiento de dos fases de diseño cruzado y se concluyó que ambos grupos experimentales mejoraron sin que existieran diferencias significativas entre ambos grupos, atribuyendo esta mejoría no a la intervención terapéutica sino a otras variables extrañas como las expectativas de los pacientes hacia el cambio terapéutico. Cuadros de naturaleza sexual tales como impotencia secundaria en un homosexual o excitación ante la visión de gente estornudando son referidos en dos trabajos de investigación. En uno de ellos (Ibáñez, Delgado y Pulido, 1989) no se especifican las conclusiones obtenidas, pero en el realizado por Killing, en 1990, se tuvo éxito. En ambos casos se recurrió a una terapia multicomponente, empleando la detención del pensamiento dentro de un grupo combinado de técnicas terapéuticas, tales como relajación, desensibilización sistemática o sensibilización encubierta. Analizando las conclusiones obtenidas con los trabajos de Teasdale y Rezin (1978) en un estudio de grupo y Nigel (1976) en un estudio individual, vemos que en ambos se logra actuar positivamente sobre las depresiones, pero tal y como recomiendan Teasdale y Rezin (1978), estos datos hay que interpretarlos con precaución, ya que la detención del pensamiento, ya sea sola o en combinación con técnicas conductuales de reforzamiento, elimina los pensamientos depresivos, pero no el estado de ánimo depresivo. En ninguno de los casos se llevó a cabo seguimiento, por lo que no se puede conocer si la mejoría se generalizó y mantuvo en el tiempo. Klip, Jansma y Zwart (1978) y Sanavio (1988) estudian la eficacia de la detención del pensamiento frente a otras estrategias de tratamiento en enfermos afectados de insomnio. Los resultados indican una vez más que la detención del pensamiento es efectiva siempre y cuando uno de los fines de la terapia sea eliminar los pensamientos intrusivos que acompañan al trastorno, ya que resulta inútil

Tabla 11
Detención del pensamiento y esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: estudios de caso

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	G.E.	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUI.	RESULTADO
Cautela y Barón, 1973	1	20	Esquizofrénica con conductas autolésivas.	1	Relajación. Detención del pensamiento. Desensibilización. Retirada de reforzamiento. Sensibilización encubierta. Enseñanza de conductas apropiadas mediante reforzamiento abierto y encubierto.	3 meses	Positivo. A los 9 meses se le dio de alta al paciente.	2 años.	No recurrencia de las conductas maladaptativas. Adaptación normal.
Saaman, 1975	1	42	Perturbaciones conductuales severas: alucinaciones, pensamientos atemorizantes, depresión, intentos de homicidio y suicidio.	1	Detención del pensamiento (para alucinaciones). Inundación (para los pensamientos atemorizantes, la depresión y los intentos de homicidio y suicidio). Entrenamiento en reforzamiento interpersonal familiar recíproco.	10 sesiones	Positivo.	20 meses.	Sin recaída.
Errikson, Darnell y Labeck, 1978	1	23	Alucinaciones. Medicada con Haldol.	1	Detención del pensamiento. Aserción encubierta. Planificación de respuestas incompatibles.	n.e.	Redujo la medicación de forma significativa.	Si, sin determinar el tiempo.	Redujo aún más la dosis de medicación.
Lombardo y Turner, 1979	1	25	Esquizofrénico crónico con ruminaciones obsesivas.	1	Detención del pensamiento	n.e.	El diseño experimental ABBA arrojó resultados exitosos.	6 semanas.	Resultados mantenidos.

Tabla 12
 Detención del pensamiento y esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: estudios de grupo

AUTORES	N	EDAD	PROBLEMA	G.E.	TÉCNICAS	DURA.	RESULTADO	SEGUI.	RESULT.SE
Lamontagne, Audet y Elie, 1983	2 0	37.2 (edad media)	Ilusiones persecutorias y alucinaciones auditivas en esquizofrénicos crónicos.	2	(a) Sujetos tratados con neurolépticos. (b) Sujetos tratados con drogas antipsicóticas y detención del pensamiento.	n.e.	Diferencia significativa en el grupo (b).	n.e.	

ante otro tipo de síntomas como la tensión pre-sueño. Hay dos estudios que evalúan la intervención en trastornos del control de los impulsos, para tratar problemas como la cleptomanía o las conductas autolesivas. En una de las investigaciones (Cox y Klinge, 1976) se utilizó la detención del pensamiento junto con otras como la sensibilización encubierta, el modelado o el entrenamiento en asertividad, terapia que resultó exitosa, consiguiendo así que el paciente dejara de quemarse las extremidades. Sin embargo, en el estudio de Gauthier y Pellerín (1982) se comparó la efectividad de la detención del pensamiento frente a la sensibilización encubierta, y aquella técnica no sólo no mejoró el comportamiento cleptómano sino que lo empeoró, dificultad que fue subsanada con la aplicación de la sensibilización. Danger, Deschner y Rasp evaluaron en 1989 la eficacia de un grupo terapéutico para eliminar el comportamiento agresivo que presentaban unos chicos que estaban ingresados en un centro para perturbados emocionales. Este programa terapéutico incluía el entrenamiento en relajación, además de la detención del pensamiento y el ensayo en resolución de problemas. Los resultados fueron satisfactorios, ya que más del 80% de los pacientes consiguieron modificar su conducta. El tratamiento de trastornos de estrés post-traumático se ha estudiado en los trabajos de Kilpatrick y Amick (1993) y Campbell (1973), que evaluaron la efectividad la detención de pensamiento ante un trauma por violación en una mujer de 21 años y ante los pensamientos obsesivos que experimentaba un chico de 12 años ante la muerte violenta de una hermana respectivamente, obteniendo en ambos casos resultados positivos.

Discusión

Un primer aspecto a comentar es la amplia gama de cuadros con los que se emplea la detención del pensamiento. Esta estrategia ya no se limita a los clásicos trastornos de ansiedad como los trastornos obsesivo compulsivos o las fobias, sino que su uso se ha extendido a otros cuadros que no son de naturaleza ansiógena. En nuestra revisión hemos observado que la detención del pensamiento se utiliza como única estrategia terapéutica en determinados casos o como parte de un programa de tratamiento en otros. Así, tenemos que se ha combinado con terapias conductuales, cognitivas, sistémicas o psicoeducacionales. Aunque no se ha encontrado un patrón determinado de combinación que garantice la eficacia del tratamiento, podemos destacar que se utiliza con frecuencia y casi siempre con éxito con técnicas como la relajación o la desensibilización sistemática y con las de índole cognitiva, como reestructuración cognitiva, resolución de problemas o autocontrol. A raíz de todas las conclusiones expuestas, podemos determinar que en términos generales la técnica cognitiva de detención del pensamiento resulta efectiva cuando hay distorsiones de pensamiento que acompañan o son la base del cuadro a tratar. Así, tenemos las investigaciones realizadas en trastornos del estado de ánimo, en las cuales, como señalan Teasdale y Rezin (1978), se tienen que interpretar los resultados positivos con precaución, ya que la detención del pensamiento, ya sea sola o en combinación con otras técnicas, elimina los pensamientos depresivos, pero no el

estado de ánimo depresivo, por lo que tal vez sería recomendable incluir en el paquete terapéutico otros métodos indicados para el tratamiento de la depresión, como la terapia cognitiva de Beck o los programas de reforzamiento. Esta misma cuestión se plantea en los estudios hechos en los trastornos de sueño y concretamente en el insomnio, ya que en ellos la detención del pensamiento resulta exitosa para eliminar los pensamientos intrusivos que acompañan al trastorno, pero es inútil ante otro tipo de síntomas como la activación pre-sueño. Nammalvar y Rao (1986) recomiendan que para conseguir una mayor eficacia de este procedimiento con los trastornos obsesivo-compulsivos se incluya la habituación a los pensamientos obsesivos, tanto durante las sesiones como entre ellas.

Podemos afirmar que la detención del pensamiento resulta válida, ya sea sola o integrada en un programa de terapia, para eliminar los pensamientos inadecuados y disruptivos subyacente a un trastorno, independientemente del problema que origine tales pensamientos, así puede ser positiva para insomnes con pensamientos intrusivos, para problemas de pareja que tienen como base los pensamientos obsesivos o para sujetos depresivos con pensamientos negativos. Sin embargo, en nuestra revisión también hemos encontrado resultados positivos en otros cuadros, como es el caso de la esquizofrenia, los cuáles responden de una manera satisfactoria ante la detención del pensamiento, tratándose con éxito otros conflictos que no eran de naturaleza puramente cognitiva, como problemas de agresividad, conductas autolesivas, alucinaciones o conductas depresivas. Esto puede ser debido al gran componente cognitivo que tienen los síndromes psicóticos, en los cuales se puede descubrir una presencia masiva de rumiaciones obsesivas como factor base, causante en muchas ocasiones del resto de la sintomatología, en la mayoría de los cuadros de estas características.

Hemos visto cómo en el tratamiento de los trastornos de ansiedad como el trastorno obsesivo-compulsivo o las fobias tienen éxito tanto el empleo de la detención del pensamiento en solitario como los paquetes de terapia que incluyen esta modalidad de tratamiento, obteniendo unos resultados satisfactorios que se mantienen y generalizan en el tiempo, como lo demuestran los períodos de seguimiento. No obstante en las investigaciones llevadas a cabo por Emmelkamp y Kwee, (1977), Stern (1978) y Stern, Lipsedge y Marks (1973) contrastando la validez de esta estrategia frente a otras en el tratamiento de los cuadros obsesivo compulsivos, no se obtienen datos concluyentes a favor de la detención del pensamiento. Esto último sugiere que futuras investigaciones aclararán la posible escasa eficacia de la detención del pensamiento ante algún tipo de sintomatología obsesivo-compulsiva concreta y específica. También se puede apreciar que en muchos estudios se demuestra la eficacia de la detención del pensamiento, pero siempre integrada dentro de un tratamiento multicomponente que incluya otras técnicas conductuales como la relajación, la sensibilización encubierta o la aserción entre otras, como los estudios realizados en adicciones, o dentro de un paquete terapéutico que incluya otras estrategias cognitivas tales como la reestructuración cognitiva o las instrucciones paradójicas, como el utilizado por Sanario (1988), para el tratamiento del insomnio.

Como conclusión podemos decir que la detención del pensamiento es efectiva en el tratamiento de la conducta obsesiva, suprimiendo en gran medida los pensa-

mientos distorsionados y repetitivos del paciente. También está indicada para muchos otros trastornos, como las adicciones, las fobias o la esquizofrenia, pero siempre que se emplee como integrante dentro de un tratamiento multicomponente, que incluya además otras estrategias de características conductuales, cognitivas o sistémicas. Un punto a destacar sería el referente a la eficacia de estos tratamientos multimodales, porque en numerosos casos no queda claro si cada estrategia integrante del paquete terapéutico tiene un peso específico y fundamental en la consecución de los propósitos de la terapia. Ante algunos trastornos la detención de pensamiento se emplea dentro de un programa terapéutico multicomponente, sin que dispongamos de datos que valoren la efectividad de la técnica en solitario, por lo que no se sabe a qué elemento o elementos es atribuible el éxito o fracaso de la intervención. Tal vez serían necesarias futuras investigaciones que determinen a qué componente o componentes en concreto se debe la mejora y el logro de los objetivos del tratamiento, ya que hay estudios, como el de Cinciprini, Kornblith, Turner y Hersen (1983) sobre anorexia y bulimia, que aunque obtienen conclusiones positivas, éstas se atribuyen a determinados componentes del grupo terapéutico, entre los que no está la detención del pensamiento. Otros estudios que nos servirían de ejemplo serían los realizados con los trastornos del control de los impulsos; así en la investigación llevada a cabo por Cox y Klinge (1976) se utilizó con éxito la detención del pensamiento junto con otras como la sensibilización encubierta, el modelado o el entrenamiento en asertividad, consiguiendo así que el paciente dejara de quemarse las extremidades. Sin embargo en el estudio de Gauthier y Pellerin (1982), se comparó la efectividad de la detención del pensamiento frente a la sensibilización encubierta, y aquella técnica cognitiva no sólo no mejoró el comportamiento cleptómano sino que lo empeoró, problema que fue subsanado con el empleo de la sensibilización. Por tanto aquí sería lícito concluir que el componente responsable del éxito no es la detención del pensamiento, sino que todo el peso recaería sobre la sensibilización encubierta, ya que es elemento común a ambas investigaciones. Cabe señalar que hay algunos autores como Campbell (1973), que a raíz de sus investigaciones, postulan la eficacia potencial de esta técnica en pacientes jóvenes, hecho que han demostrado otros trabajos como el de Danger, Deschner y Rasp (1989) con comportamiento agresivo de chicos jóvenes con perturbaciones emocionales, el de O'Farrell, Hedlund y Cutter (1981), cuando lograron tratar con éxito una fobia escolar con ataques de pánico o el de Cautela (1993) en el que se muestran los progresos conseguidos en un chico de 16 años que abusaba del alcohol.

A modo de resumen, diremos que la detención del pensamiento resulta eficaz para tratar los trastornos característicamente ansiógenos como las fobias o las obsesiones y también muy tentativa para aquellos otros síndromes en los que se dé un componente cognitivo como los pensamientos o las rumiaciones de carácter irracional. Pero no podemos olvidarnos de que para atender adecuadamente a estos últimos (sobre todo en los cuadros de adicciones, esquizofrenia y enfermedades médicas), debemos manejar también otras técnicas que nos ayuden a eliminar el resto de la sintomatología del trastorno, utilizando las estrategias de naturaleza cognitiva, conductual, sistémica o conductual que sean necesarias. Por tanto sugere-

rimos que las futuras investigaciones realizadas en este campo estén encaminadas a analizar y estudiar pormenorizadamente la potencialidad de las terapias múltiples que incluyen la detención del pensamiento dentro de su paquete terapéutico.

Referencias

- Agathon, M., Buisson, G. S. y Samuel, L. B. (1990). Behavioural treatment of obsessional rituals. *Activitas Nervosa Superior*, 32, 295-297.
- Alario Bataller, S. (1989). *Estudio de casos en terapia del comportamiento*. Valencia: Promo-libro.
- Anthony, J. y Edelstein, B. A. (1975). Thought-stopping treatment of anxiety attacks due to seizure-related obsessive ruminations. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 343-344.
- American Psychological Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV)*. Barcelona: Masson, S.A. (Orig.: 1994).
- Blue, F. R., McKnight, D. L., Rau, B.W. y Fulcher, R.B. (1987). A multidisciplinary approach to an individual with severe ritualistic behaviours. *Psychological Reports*, 61, 407-410.
- Burk, E. M., Randolph, D. L. y Probst, C. (1985). Effects of several thought-stopping treatments on worry cognitions. *Psychology A Quarterly Journal of Human Behaviour*, 22, 31-41.
- Cautela, J. R. (1993). Abuso del alcohol. En M. Hersen y C.G. Last (dirs.), *Manual de casos de terapia de conducta* (pp. 163-171). Bilbao: Descleé de Brouwer, S.A.
- Cautela, J. R. y Baron, M.G. (1973). Multifaceted behaviour therapy of a self-injurious behaviour. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 125-131.
- Campbell, L. M. (1973). A variation of thought-stopping in a twelve-year-old boy: a case report. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 69-70.
- Channon, L. D. (1982). A case of nailparing. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 10, 120-122.
- Cinciprini, P. M., Kornblith, S.J., Turner, S. M. y Hersen, M. (1983). A behavioural program for the management of anorexia and bulimia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 186-189.
- Cox, M. D. y Klinge, V. (1976). Treatment and management of a case of self-burning. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 382-385.
- Dangel, R. F., Deschner, J. P. y Rasp, R. R. (1989). Anger control training for adolescents in residential treatment. Special Issue: Empirical research in behavioural social work. *Behaviour Modification*, 13, 447-458.
- Daniels, L. K. (1977). Treatment of migraine headache by hypnosis and behaviour therapy: a case study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 241-244.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Dengrove (1993). Pensamiento obsesivo. En M. Hersen y C. G. Last, (dirs.), *Manual de casos de terapia de conducta* (pp. 65-71). Bilbao: Descleé de Brouwer, S.A.
- Dupree, L. W. (1993). Treatment of paranoid ideation and hostile verbalizations in an elderly woman using thought-stopping, assertiveness training and marital discharge contracting: A case study. *Clinical Gerontologist*, 13, 29-43.
- Echeburúa, E. y Del Corral, P. (1991). Evaluación y tratamiento de un caso clínico de alcoholismo. En O. Macia Antón y F. X. Méndez Carrillo (dirs.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta* (pp. 174-207). Madrid: Pirámide.

- Emmelkamp, P. y Kwee, K. G. (1977). Obsessional ruminations: a comparison between thought-stopping and prolonged exposure in imagination. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 441-444.
- Errickson, E., Darnell, M. H. y Labeck, L. (1978). Brief treatment of hallucinatory behaviour with behavioural techniques. *Behaviour Therapy*, 9, 663-665.
- Ferro, R., Fernández, A. y Vives, M.C. (1991). Tratamiento conductual en un caso de agorafobia con ataques de pánico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 827-838.
- Filer, A. D. J. y Brockington, I. F. (1996). Maternal obsessions of child sexual abuse. *Psychopathology*, 29, 135-138.
- Gangdev, P. S. (1992). A cognitive-behavioural approach for the treatment of obsession with an aggressive theme. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 185-191.
- Gauthier, J. y Pellerin, D. (1982). Management of compulsive shoplifting through covert sensitization. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 73-75.
- Gordon, P. K. (1983). Switching attention from obsessional thoughts: an illustrative case study. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 5, 171-174.
- Gravel, R., Lemieux, G. y Ladoueur, R. (1980). Effectiveness of a cognitive treatment package for cross-country ski racers. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 83-89.
- Herruzo, J. y Ferro, R. (1991). Mejora de la adherencia al tratamiento en un paciente con discapacidad física. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 107-113.
- Holmes, P. A., Delprato, D. J. y Aleh, E. (1979). Multiple component self-control treatment program for air travel discomfort. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 85-86.
- Horton, A. y Johnson, C. H. (1977). The treatment of homicidal obsessional ruminations by thought-stopping and covert assertion. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 339-340.
- Ibáñez, M., Delgado, F. y Pulido, J. (1989). Impotencia secundaria situacional en un caso de homosexualidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 15, 297-304.
- Johnson, C. H., Gilmore, J. D. y Shenoy, R.S. (1983). Thought-stopping and anger induction in the treatment of hallucinations and obsessional ruminations. *Psychotherapy Theory, Research and Practice*, 20, 445-448.
- Kellerman, J. (1981). Hypnosis as an adjunct to thought-stopping and covert reinforcement in the treatment of homicidal obsessions in a twelve-year-old boy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 128-135.
- Kilpatrick, D. y Amick, A. (1993). Trauma de violación. En M. Hersen y C. G. Last (dirs.), *Manual de casos de terapia de conducta* (pp. 99-114). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- King, M. B. (1990). Sneezing as a fetishistic stimulus. *Sexual and Marital Therapy*, 5, 69-72.
- Klip, E. C., Jansma, K. y Zwart, F. M. (1978). Teaching sleep in groups. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 33, 1-14.
- Labrador, F. J. (1990). Miedo a hablar en público. En M. A. Vallejo-Pareja, E. G. Fernández-Abascal y F. J. Labrador (dirs), *Modificación de conducta. Análisis de casos*. (pp. 169-190). Madrid: TEA Ediciones.
- Labrador, F. J., Crespo, M., Cruzado, J. A. y Vallejo, M. A. (1995). Evaluación y tratamiento de los problemas de estrés. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (dirs), *Psicología y salud: Control del estrés y trastornos asociados* (pp. 75-127). Madrid: Dykinson.
- Lamontagne, Y., Audet, N. y Elie, R. (1983). Thought-stopping for delusions and hallucinations: A pilot study. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 177-184.
- Lamontagne, Y., Gagnon, M. A. y Gaudette, G. (1978). Thought-stopping, pocket timers, and their combination, in the modification in smoking behaviour. *British Journal of Addiction*, 73, 220-224.

- Lamontagne, Y., Gagnon, M. A., Trudel, G. y Boisvert, J.M. (1978). Thought-stopping as a treatment for reducing cigarette smoking. *International Journal of the Addictions*, 13, 297-305.
- Larroy, C. (1995). Intervención cognitivo conductual en el tratamiento de la dismenorrea primaria. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (dirs.), *Psicología y salud: Control del estrés y trastornos asociados* (pp. 489-517). Madrid: Dykinson.
- Leger, L. A. (1978). Spurious and actual improvement in the treatment of preoccupying thoughts by thought-stopping. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 373-377.
- Leger, L.A. (1979). An outcome measure for thought-stopping examined in three cases studies. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 115-120.
- Likierman, H. y Rachman, S. (1982). Obsessions: an experimental investigation of thought-stopping and habituation training. *Behavioural Psychotherapy*, 10, 324-338.
- Lindquist, M. y Gotestam, K.G. (1975). Treatment of ruminations with thought stopping. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 4, 35-39.
- Lombardo, T. y Turner, S. M. (1979). Thought-stopping in the control of obsessive ruminations. *Behaviour Modification*, 3, 267-272.
- Macià, D. y Méndez, F. X. (1991). Evaluación y modificación de conducta en un caso de agorafobia. En D. Macià y F.X. Méndez (dirs.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta* (pp. 56-65). Madrid: Pirámide.
- Martin, G. L. (1982). Thought-stopping and stimulus control to decrease persistent disturbing thoughts. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 215-220.
- Mathews, A. y Shaw, P. (1977). Cognitions related to anxiety: A pilot study of treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 503-505.
- Muñoz, M. y Pérez, E. (1990). Pensamientos obsesivos. En M. A. Vallejo-Pareja, E. G. Fernández-Abascal y F. J. Labrador (dirs.), *Modificación de conducta. Análisis de casos*. (pp. 145-165). Madrid: TEA Ediciones.
- Nammalvar, N. y Rao, A. V. (1986). Thought-stopping and habituation in obsessive compulsive states: some observations. *Indian Journal of Psychiatry*, 28, 89-92.
- Neziroglu, F. y Neuman, J. (1990). Three treatment approaches for obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 377-392.
- Nigl, A.J. (1976). Use of thought-stopping and self-reinforcement in treatment of depression. *Psychological Reports*, 83, 843-846.
- O'Brien, J. S. (1979). A modified thought-stopping procedure for the treatment of agoraphobia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 121-124.
- O'Farrell, T. J., Hedlund, M. A. y Cutter, H. S. (1981). Desensitization for a severe phobia of a fourteen-year-old male. *Child Behaviour Therapy*, 3, 67-78.
- Ownby, R. L. (1983). A cognitive behavioural intervention for compulsive handwashing with a thirteen-year-old boy. *Psychology in the Schools*, 20, 219-222.
- Powell, D. R. y Arnold, C. B. (1982). Antismoking program for coronary-prone men: An evaluation study. *New York State Journal of Medicine*, 82, 1435-1438.
- Rimm, D. C.; Saunders, W. D. y Westel, W. (1975). Thought stopping and covert assertion in the treatment of snakes phobics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 92-93.
- Rosen, R. C. y Schnapp, B. J. (1974). The use of a specific behavioural technique (thought-stopping) in the context of conjoint couples therapy: a case report. *Behaviour Therapy*, 5, 261-264.
- Samaan, M. (1975). Thought-stopping and flooding in a case of hallucinations, obsessions, and homicidal-suicidal behaviour. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 65-67.

- Sanavio, E. (1988). Pre-sleep cognitive intrusions and treatment of onset insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 451-459.
- Scrignar, C. B. (1981). Rapid treatment of contamination phobia with handwashing compulsion by flooding with hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 252-257.
- Sellwood, W., Haddock, G., Tarrier, N. y Yusupoff, L. (1994). Advances in the psychological management of positive symptoms of schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 6, 201-215.
- Shonfeld, L. (1992). Cover assertion as a method for coping with pain and pain related behaviours. *Clinical Gerontologist*, 12, 17-29.
- Silverman, P. J. (1977). The role of social reinforcement in maintaining an obsessive-compulsive neurosis. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 325-326.
- Slade, P. D. (1990). The behavioural and cognitive treatment of psychotic symptoms. En R.E. Bentall (dir.), *Reconstructing schizophrenia*, (pp. 234-253). Londres: Routledge.
- Stern, R. S. (1978). Obsessive thoughts. The problem of therapy. *British Journal of Psychiatry*, 133, 200-205.
- Stern, R.S., Lipsedge, M. S. y Marks, I. M. (1973). Obsessive ruminations: a controlled trial of thought-stopping technique. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 659-662.
- Swinson, R. P. (1984). Response to tranylcypramine and thought stopping in obsessional disorder. *British Journal of Psychiatry*, 144, 425-427.
- Teasdale, J. D. y Rezin, V. (1978). Effect of thought-stopping on thoughts, mood and corrugator EMG in depressed patients. *Behavior Research and Therapy*, 16, 97-102.
- Thompson, M. y Conrad, P. L. (1977). Multifaceted behavioural treatment of drug dependence: A case study. *Behavior Therapy*, 8, 731-737.
- Tryon, G. y Palladino, J. J. (1979). Thought-stopping: A case study and observations. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 151-154.
- Turner, S., Holzman, A. y Jacob, R. G. (1983). Treatment of compulsive looking by imaginal thought-stopping. *Behaviour Modification*, 7, 576-582.
- Williams, W. (1976). A comprehensive behaviour modification programme for the treatment of anorexia nervosa: Results in six cases. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 10, 321-324.
- Williams, W. (1988). *Rekindling desire: Bringing your sexual relationship back to life*. Oakland: New Harbinger.
- Wisocki, P. A. y Rooney, E. J. (1974). A comparison of thought stopping and covert sensitization techniques in the treatment of smoking: a brief report. *Psychological Record*, 24, 191-192.