

Tratamiento conductual de un trastorno de celos patológicos

Resumen

El presente trabajo ilustra la aplicación de un programa conductual para el tratamiento de los celos patológicos. La terapia, un programa multimodal incluía exposición y terapia cognitiva.

Los resultados muestran una mejoría substancial al final de la intervención y en los consiguientes controles de seguimiento, al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año, en los que se constató el mantenimiento de los resultados terapéuticos.

Palabras clave: Celos patológicos no psicóticos. Terapia conductual-cognitiva. Exposición.

Summary

In the present article a patient with non-psychotic morbid jealousy is treated with a behavioural therapeutic program, including exposure prevention-response and cognitive techniques.

The results are satisfactory at the end of treatment. By other hand, the patient maintained the improvement at the 1-month, 3-month, 6-month and 12-months follow-ups.

Key words: Non-Psychotic Morbid Jealousy. Behavioural-Cognitive Therapy. Exposure.

Clínica Psico-Médica

Correspondencia: Dr. Salvador Alario Bataller
Avda. Blasco Ibáñez, 126-6º, 28ª
46022-Valencia

INTRODUCCIÓN

Los celos son una emoción que tiene su origen en un deseo desmedido por poseer algo de forma exclusiva, de uno y de nadie más, y a los que subyace la infidelidad (real o imaginaria) de la persona que uno ama. Los celos se encuentran condicionados por un sentido desmesurado de propiedad y de exclusividad y no arrancan sólo del deseo sexual. Existen celos que pueden considerarse normales, que son frecuentes entre la población y no constituyen un trastorno psicopatológico. Hasta cierto punto pueden reflejar el interés y el amor que uno siente hacia su pareja (de hecho, en cierto grado, es algo que suele gustar a la otra parte, porque refleja los sentimientos que le evoca); también poseen un valor de adaptación evolutiva puesto que asegura la estabilidad de la pareja, del hogar, creando un ambiente apropiado para la crianza de los hijos y sirve así mismo como antídoto para la promiscuidad que, a la postre, acarrea bastantes secuelas.

Los celos son generales, existen en cualquier cultura, y constituyen una emoción humana muy profunda. Aunque volveremos sobre ello, no es fácil delimitar los celos normales de los patológicos (conocidos también como *Síndrome de Otelo*, a raíz de la celeberrima obra de Shakespeare), pero aquella persona que los sufre suele poseer una notoria inseguridad personal, junto a un sentimiento de posesión del otro (de por sí anómalo: el amor no debe confundirse con la posesión) y una ansiedad desmesurada a perder el objeto amado. Estos rasgos apuntan claramente a la existencia de una inestabilidad emocional.

De otro lado, los celos son frecuentes en la población general. En el estudio comunitario de Mullen y Martín (1991) (N=351), el 40% de los sujetos afirmaron haber sufrido celos injustificados en algún momento de sus vidas y el 46% los vieron inevitables cuando una persona ama de verdad a otra. En este estudio también se identificaron algunas situaciones antecedentes de los celos, que la clínica nos presenta siempre, como que el ser amado mostrase interés por otra persona, que se desconociese el paradero de dicha persona y el estrés psicosocial ajeno a la relación sentimental. También se comprobó que las mujeres predispuestas experimentaban más celos en el período previo a la menstruación.

Por lo demás, podemos distinguir los celos patológicos de origen psicótico de los no-psicóticos. Los celos patológicos de origen no-psicótico han recibido bastante atención literaria, en el sentido amplio del término, pero la investigación rigurosa al respecto es más bien escasa. Además solo bastante recientemente se han especificado los criterios diagnósticos con los que evaluar claramente la patología de los celos.

Como muchos otros fenómenos psicológicos, la problematicidad de los celos estriba en su laya y también resulta cuestión de grado. Así, los celos de crianza no son patológicos y desaparecen con la edad; en cambio, los celos sexuales, siempre mal aceptados, pueden constituirse en un problema mental de considerable magnitud. En relación con lo dicho, ya en la antigua Grecia merecieron la atención de los filósofos, quienes abundaron en buenas descripciones aunque no los definieron correctamente. En nuestros días esto se ha logrado y no ha sido fácil discernir entre los celos patológicos y aquellos que puedan estar socialmente justificados. Por lo demás, este problema aparece con más frecuencia en las mujeres. No obstante, en las mujeres prima menos la agresividad que en los hombres; así, en ellos, los celos suelen manifestarse bajo la forma de ira o de agresión, en tanto que en ellas es más frecuente que adopte la forma de la tristeza o de la depresión, con un componente de culpabilidad intenso (debido a que se inquieren dónde han fallado, qué han hecho mal, atribuyéndose, por ende, buena parte de lo “supuestamente acontecido o de lo que sucede”).

Los celos con base psicótica, en la esquizofrenia y en las psicosis tóxicas (alcoholismo y otras adicciones) o en los cuadros orgánico-cerebrales por ejemplo, han sido investigados palmariamente, en los cuales destaca el componente delirante, ya que los celos carecen de una base real, pero son tenidos por reales por el sujeto, profundamente sentidos y cuya creencia no puede ser derrumbada por los hechos ni por la argumentación lógica. Los celos mórbidos en estos trastornos están siempre asociados a otros síntomas psicóticos y el enfermo carece de autocrítica. En cambio, los celos patológicos no delirantes, que algunos denominan como “celos obsesivos” (Mooney, 1965; Cobb y Marks, 1979; Vaz Serra,

1982; Albuquerque y Soares, 1992), los sujetos que los padecen los reconocen como irracionales y egodistónicos y, por ello, no son delirantes. A nivel emocional, el trastorno se caracteriza por ansiedad y agresividad, a nivel cognitivo por pensamientos intrusivos y a nivel conductual, principalmente por demandas de seguridad o tranquilización o, dicho de otro modo, por rituales compulsivos (motores y verbales) encaminados a controlar al compañero.

Hace tiempo Cobb y Marks (1979) indicaron que los celos mórbidos constituían esencialmente un trastorno obsesivo-compulsivo (cuya fobia antecedente quedaría principalmente representada por el miedo desproporcionado a la infidelidad o a la pérdida de la pareja, que son muchas veces equivalentes en el paciente) y que, como tal, respondería bien a técnicas conductuales como exposición, prevención de respuesta y modelamiento. También sobre este particular existe poca literatura científica.

Ambos autores (Cobb y Marks, 1979) enfatizaron tres criterios de selección a la hora del diagnóstico diferencial de los celos patológicos; a saber:

1. Presencia de pensamientos y rituales obsesivo-compulsivos tal como quedan definidos en los manuales diagnósticos al uso.
2. Los pensamientos y rituales relacionados con los celos mórbidos deben tener, como mínimo, un año de duración.
3. Debe excluirse la presencia de alcoholismo, psicosis o trastornos orgánico-cerebrales.

Del mismo modo, más recientemente y en nuestras latitudes, Echeburúa y Fernández-Montalvo (1999), han presentado las siguientes características de los celos patológicos:

1. Falta de provocación lógica.
2. Extraña naturaleza de las sospechas.
3. Reacción racional y excesiva.
4. Rituales de comprobación.
5. Pérdida de control.
6. Interferencia grave en la vida cotidiana.
7. Alto grado de sufrimiento personal.

A mayor abundamiento, los de los patológicos pueden seguir, en su manifestación, unos ras-

gos característicos, algunos de los cuales han sido señalados ya, pero que traeremos a colación aquí con mayor detalle; destaca, en primer lugar, una preocupación y un miedo desmesurado hacia la infidelidad, frente a la pérdida de la pareja, lo cual provoca una intensa alteración emocional (ansiedad y agresividad fundamentalmente), que hacen que el sujeto desarrolle una serie de conductas comprobatorias (que son auténticos rituales compulsivos), cuyo objetivo es la tranquilización o la seguridad mediante el control de la otra parte. Existe también una constante amenaza percibida que se erige sobre la inseguridad, la ansiedad y la distorsión de la realidad permanentes por parte del sujeto.

En definitiva, un rasgo esencial para determinar una patología de los celos radica en la ausencia de una causa real de los mismos, la intensidad desahogada de la reacción emocional y, por ende, el gran sufrimiento personal derivado de ellos y la notable interferencia en la vida cotidiana. El sentimiento de humillación y frustración lleva a experimentar un estado severo de irritabilidad (de ahí la expresión popular "los celos le corroen"), que no pocas veces deriva en comportamientos de pérdida de control, como conductas agresivas hacia uno mismo y hacia los demás, principalmente la pareja, tanto de tipo verbal como físico. Por lo demás, a nivel cognitivo, la creencia en la infidelidad puede tomar una forma delirante, que no trataremos aquí, o bien presentarse como una obsesión o idea sobrevalorada (Cobb y Marks, 1979).

Asociados a los celos mórbidos coexisten una serie de problemas de los cuales los síntomas depresivos son muy frecuentes (hasta un 66%), problemas de relación de pareja, déficit en aserción y baja autoestima (De Silva, 1977; Verhulst, 1985).

Existen, por otro lado, ciertos factores de personalidad y determinadas situaciones favorecedoras de la generación de los celos mórbidos. En este grupo podemos encontrar a personas inseguras, con sentimientos de inferioridad, con baja autoestima y altamente dependientes de la pareja, para los cuales resulta altamente angustiante perder al ser amado. También pueden darse experiencias traumáticas o humillantes en la vida sentimental, que predispondrían a una ulterior mani-

festación de una patología de los celos (López Garza, 1995; García Andrade, 1993).

Sin dejar de ser una área bastante “deshabitada experimentalmente” en las ciencias de la salud mental, actualmente han ido apareciendo algunos trabajos interesantes al respecto. En general, los estudios disponibles son no controlados o de caso único (De Silva, 1994); por lo tanto, no se puede concluir cuál es el tratamiento de elección para esta patología. En la tabla 1 se ofrece un resumen de las principales técnicas conductuales y cognitivas empleadas en la terapia de los celos mórbidos.

Tabla 1
Técnicas terapéuticas empleadas para el tratamiento de los celos patológicos (modificado de Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1999).

| |
|---------------------------------------------------------------------|
| <i>Tratamientos psicológicos</i> |
| Técnicas conductuales |
| 1. Exposición en vivo 2. Prevención de respuesta 3. Saciación |
| Técnicas cognitivas |
| 1. Reestructuración cognitiva 2. Terapia racional-emotiva |

De manera sumaria, se puede afirmar que las principales técnicas utilizadas en la terapia de los celos patológicos no-psicóticos han sido la parada de pensamiento (Marks, 1976; Rosen y Schnapp, 1974), exposición *in vivo* más prevención de respuesta (Albuquerque y Soares, 1992; Cobb y Marks, 1979) y terapia cognitiva (Bishay et al., 1989; Dolan y Bishay, 1966; Ellis, 1996). También, desde la terapia de parejas, se han propuesto programas amplios, pero bastante inespecíficos (de tipo ómnibus); sin embargo, se desconoce la eficacia de este tipo de programas de intervención.

En lo referente a los tratamientos conductuales, en el referido trabajo de Cobb y Marks (1979), desarrollado sobre una muestra pequeña

(n=4), se utilizó un paquete terapéutico integrado por exposición (tanto en fantasía como en la realidad) y prevención de respuesta, más parada de pensamiento. Las dos primeras técnicas iban encaminadas a reducir la ansiedad y los rituales de comprobación y la segunda para atajar las rumiaciones obsesivas. En algunos casos también se entrenó a la pareja en habilidades sexuales, de comunicación y solución de problemas. En cuanto a los resultados, 3 de los pacientes (el 75% de la muestra mostró una mejoría en el problema de los rituales, mientras que solamente un paciente (i.e, el 25%) experimentó una mejoría significativa. Se trata, pues, de un estudio piloto y los resultados deben interpretarse con precaución, debido al carácter no controlado del estudio, y a la exigüidad de la muestra. Cabe indicar que, tal como ocurre en la clínica del trastorno obsesivo-compulsivo, los resultados son más satisfactorios en las compulsiones motoras en comparación con las rumiaciones.

Por otro lado, en un estudio que también ha sido indicado, Albuquerque y Soares (1992), con una muestra mayor que en el anterior (n=12), así mismo se empleó una estrategia terapéutica multimodal, con exposición, prevención de respuesta, saciación, terapia de pareja y terapia sexual, en función de las características inmanentes a cada caso. Hubo un gran abandono por parte de los pacientes, de modo que solamente 5 terminaron el tratamiento (el 41,6% de la muestra de partida); 3 fueron considerados como muy mejorados y 2 como mejorados, sin que se detectasen diferencias entre el tratamiento individual y el de pareja. Las limitaciones de este estudio son múltiples: es un estudio no controlado, con una muestra pequeña y, en realidad, no se trataba propiamente de un problema de celos patológicos ya que 11 de 12 pacientes habían sido engañados por sus parejas. Por lo demás, las categorías globales de cambio, como “muy mejorado”, “mejorado”, “no mejorado”, etc., globales e inespecíficas poco dicen sobre el cambio terapéutico real, a menos que se especifiquen criterios múltiples y concretos de modificación conductual (v., Alario, 1993).

En el estudio de caso (N=1) de Parker y Barret (1997), se implementó una estrategia de exposición más prevención de respuesta, amén de terapia cognitiva, en un paciente que previa-

mente había sido tratado con clomipramina, que llevó a una mejoría significativa de la intensidad de la ideación obsesiva y de las conductas asociadas, pero el sujeto continuaba sufriendo notablemente por los celos y ello seguía interfiriendo de manera importante en su vida habitual. Al cabo de las cuatro semanas del tratamiento, el paciente había alcanzado una mejoría importante, disminuyendo muchísimo el nivel obsesivo y mejorando de manera relevante su adaptación a la vida cotidiana. Anteriormente, un programa similar fue utilizado en un paciente, con una antigüedad del problema de 27 años, alcanzándose resultados satisfactorios (Gangdev, 1997). Además de ser un estudio de caso, como el anterior, no se puede apreciar la causa del cambio conductual ni el grado en que las distintas técnicas participan en ello.

Desde la terapia cognitiva, los celos patológicos son interpretados como la resultante de diversos sesgos cognitivos característicos de este tipo de pacientes (Bishay et al., 1996; Dolan y Bishay, 1996b; Ellis, 1996). Inclusive, más que en otras psicopatologías, los pensamientos irracionales propios de los celos mórbidos se identifican con los pensamientos automáticos de los pacientes depresivos (Tarrier et al., 1990). El objetivo del tratamiento consistirá en que el paciente sea consciente de la irracionalidad de sus pensamientos, a la vez que aprende estrategias para eliminarlos y controlar las emociones y su comportamiento.

Bishay et al. (1989), utilizaron reestructuración cognitiva en 13 pacientes a fin de contrarrestar los pensamientos irracionales que evocaban los celos. Al final del tratamiento se observó una mejoría significativa tanto en los rituales de comprobación como en la frecuencia de las rumiaciones; a los seis meses, se detectó que esta mejoría había aumentado y de forma significativa. En cuanto a "peros", señalar que se trata de un estudio no controlado y que, a causa de los síntomas depresivos, los pacientes estaban recibiendo farmacoterapia. Pese al aserto de los autores de que el tratamiento farmacológico para la depresión no tuvo efecto sobre el problema de los celos, esto no puede determinarse de ninguna manera, resultando muy complejo concretar el peso específico de cada uno de los componentes

terapéuticos en el resultado final o si los antidepresivos fueron una condición previa necesaria para que ulteriormente la terapia cognitiva produjese sus resultados.

También recientemente, basándose en el modelo cognitivo-conductual de Tarrier (Tarrier, 1990), Dolan y Bishey (1993) insistieron en las creencias irracionales presentes en los celos neuróticos (que derivarían de una historia personal de aprendizaje de características especiales), destacando a la par el papel de la baja autoestima (presente en su estructura de personalidad). Podría pensarse también que la autoestima no constituiría en sí un problema, sino una consecuencia y que derivaría de un trastorno de ansiedad social preexistente o coexistente con los celos mórbidos; quizás, ambas cosas a la vez. Sea como fuere, la estrategia de intervención aconsejada por estos autores incluye reestructuración cognitiva, terapia de pareja y control emocional, todo lo cual puede aplicarse tanto con un formato individual como grupal.

En cuanto a los resultados, los autores que venimos comentando constatan un 50% de reducción clara de los esquemas cognitivos disfuncionales lo que, aún siendo esperanzador, no hace olvidar problemas importantes como pueden ser la reversión de la conducta y de los pensamientos agresivos.

Como vemos, el programa de intervención suele ser complejo, porque el problema lo es efectivamente, amén de difícil de tratar, y admite perfectamente la combinación con fármacos antidepresivos de nueva generación (ISRS) en los no pocos casos en que los síntomas afectivos estén presentes (Dolan y Birhey, 1996c). En suma, el clínico, en función de una terapia siempre personalizada e implicando necesariamente la ayuda de la pareja, debe buscar la mejor vía de intervención para cada caso. Desde el punto de vista metodológico, este estudio entraña tantos problemas como el anterior.

También recientemente, estos mismos autores (Dolan y Bishay, 1996a) emplearon reestructuración cognitiva en 37 pacientes aquejados de celos patológicos. Los sujetos fueron divididos en dos grupos, el experimental (n1=23) y el de control o en lista de espera (n2=15), los cuales posteriormente al estudio recibieron la misma

terapia que el grupo experimental. Los objetivos de la terapia eran los clásicos en este enfoque: identificar las ideas irracionales, refutarlas, cambiarlas y, también con estrategias cognitivas, controlar las emociones y las conductas desadaptativas. Aunque el número de sesiones variaba en función de las necesidades de cada paciente, la media fue de 4, con una duración de 50 minutos cada una. En cuanto a los resultados, 8 sujetos abandonaron el tratamiento (el 21% de la muestra), y en los 30 restantes se consiguió una clara mejoría respecto al grupo de control tanto en lo que alude a los pensamientos como a las conductas asociadas. En los controles de seguimiento, a los 3 y a los 6 meses, se comunicó el mantenimiento de los resultados logrados con la intervención. A lo anterior debe añadirse que Dolan y Bishey (1996c), aplicaron esta estrategia de intervención en un caso único.

En definitiva, en lo relativo a los efectos de las terapias conductuales y cognitivas examinadas hasta aquí, no se puede concluir nada definitivo, puesto que los estudios analizados subsument importantes fallos metodológicos: muestras pequeñas, criterios globales de mejoría psiquiátrica, informes de caso único, diseños que no permiten determinar el peso ecológico de los componentes terapéuticos, estrategias plurales poco definidas, etc. A despecho de lo anterior, clínicamente, un programa complejo, cuyas técnicas integrantes hayan demostrado su utilidad, produce resultados la mayoría de las veces importantes y eso es, precisamente, lo que anhela el clínico. En principio, lo más perentorio es curar y después investigar, si bien ambas cosas no son, ni mucho menos, incompatibles.

En general y después de haber valorado los estudios correspondientes, podemos aseverar que, según se trate de celos patológicos delirantes o de carácter obsesivo, la estrategia terapéutica será muy distinta. En el primer caso, se ha empleado principalmente tratamiento psicofarmacológico y, en el segundo, a semejanza de lo que sucede en los trastornos obsesivo-compulsivos, se ha utilizado una vía terapéutica, de tipo psicológico, cognitivo, conductual, o integrando ambas modalidades. El tratamiento farmacológico es eficaz y un tratamiento conductual cognitivo, parece el más adecuado para los celos obse-

sivos, haciéndose hincapié en la importancia de las técnicas conductuales (saciación, exposición más prevención de respuesta, modulamiento, etc.) para la disminución notoria del problema y resaltándose la importancia de las técnicas cognitivas (principalmente reestructuración cognitiva) para el mantenimiento de los resultados logrados con la intervención. Un asunto a investigar es el papel de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (vbgr., fluoxetina), como elementos potenciadores de los resultados de una terapia psicológica (v., Echeburúa y Fernández-Montalvo).

Por último, en nuestro país ha aparecido recientemente un estudio sobre los celos patológicos, su evaluación y tratamiento (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1999).

MÉTODO

Sujeto

A, que así denominaremos en lo sucesivo a nuestra paciente, era una mujer de 29 años, profesional liberal, de clase socioeconómica media-alta, que acudió a consulta debido a lo que denominó un estado constante de angustia y de descontrol, que se había agudizado en los últimos meses. Dos meses antes tuvo un intento de suicidio, lo cual confesó haber intentado en varias ocasiones en los últimos años. Reconoció que en esta última ocasión el hecho no había estado motivado por desesperanza sino por llamar la atención, principalmente de su novio. Relacionó buena parte de su malestar actual con unos celos que consideraba excesivos, que la desbordaban y la mantenían insomne y en un estado constante de nerviosismo. Cuando el estado ansioso la desbordaba, eran frecuentes conductas autopunitivas (como arrancarse el cabello, morderse o arañarse), escapadas imprevisibles con el coche a alta velocidad o un intento de defenestración, que la madre logró evitar. La agresividad también era proyectada hacia el exterior, sobre la figura de su novio, la cual era principalmente verbal pero, en los últimos meses, había existido alguna agresión de carácter físico.

Llevaba varios años con tratamiento farmacológico, pero no había dado buenos resultados y, aunque en la actualidad estaba fuertemente medi-

cada, no lograda disminuir su severo estado de tensión emocional. Reconoció ser, desde siempre, una persona insegura, tímida, muy posesiva y desconfiada, con profundos sentimientos de inferioridad, los cuales ocultaba al exterior bajo una fachada de seguridad y fortaleza. También se reconoció rígida, muy obsesiva, perfeccionista, manifestando un profundo sentimiento de fracaso vital debido a que el trabajo la disgustaba, la estresaba notablemente y, sobre todo, a causa de su desconfianza tanto hacia sí misma como a la relación con su actual pareja. Así mismo informó de constantes discusiones con el novio, debido a sospechas de infidelidad, a una desconfianza básica al respecto y a la creencia de que, para sentirse segura, él debía sentir y pensar en cada momento como ella. Ejercía constantemente conductas de control, como llamadas al móvil, preguntas constantes, inspecciones regulares de la agenda y de la americana, llegando incluso a vigilar sus llegadas por la noche después del trabajo, desde el parque cercano a la finca donde él vivía, oculta entre la arboleda.

También comunicó constantes jaquecas, insomnio, y fuerte dolor fibrosítico en cuello y espalda y un estado depresivo que se estaba agravando en los últimos meses y que la empujaba a pasar bastantes horas al día en la cama. Había abandonado recientemente un buen trabajo debido a su incapacidad para relacionarse con los desconocidos o con las figuras de autoridad, a sus importantes problemas de atención y concentración, y a un intenso temor a cometer algún error que pudiera merecer la devaluación de parte de sus compañeros y superiores y el consecuente despido. Tenía en perspectivas un trabajo en una empresa de un primo suyo, acorde con su formación académica, pero lo había postergado debido a su actual estado.

En cuanto a su desarrollo personal, se valoraba como tímida, rara y retraída desde sus primeros recuerdos y haberse criado en un ambiente familiar conservador y exigente, en el cual nunca se la valoró, sino que fue objeto constante de comparaciones y de críticas. No podía enfrentarse a las mismas debido a su temor a la crítica, a los sentimientos de culpabilidad y a la, para ella, contingencia aterrizante de perder el afecto de los seres queridos. Según A, era de las que tragaba constantemente, tanto en la familia,

como con los amigos o en el trabajo y solamente explotaba con su novio, el cual, visto también en consulta, mostró un estado de alteración notorio debido a las presiones a que era sometido.

Reconoció que sus creencias eran exageradas y asumió la posibilidad de que fuese todo producto de sus problemas de celos mórbidos y que, a decir verdad, más allá de su vulnerabilidad emocional, no existían motivos reales para desconfiar de su actual pareja.

Mencionó también sufrir frecuentes pesadillas sobre infidelidades de su novio y sobre agresiones sexuales o actos de este tipo que ella consideraba inadecuados. Investigado el asunto más a fondo reconoció una experiencia traumática de violación con su primer novio, a los dieciocho años, en la terraza de una conocida discoteca, cuando se había pasado de copas. Ella trató de negarse las implicaciones de este hecho y se autoculpó siempre por haber permitido la situación, pero la realidad consistía en que, ocasionalmente revivía el acontecimiento, no soportaba ningún tipo de violencia sexual ni siquiera escenas explícitas de material pornográfico. Paralelamente disfrutaba poco de sus relaciones sexuales, aunque reconoció haber mejorado un tanto en los últimos años, debido a una mayor frecuencia de contactos íntimos con su pareja.

En la actualidad, según propias palabras, se encontraba al límite, la atemoriza enormemente la posibilidad de perder el control y que los celos que experimentaba acarreasen la ruptura con su novio. Como vemos, el caso presentaba una problemática múltiple y plural, y también fue la estrategia de intervención que aplicamos para la solución del caso, si bien en las páginas siguientes nos centraremos especialmente en el trastorno de celos patológicos no-psicóticos.

Pese a la cronicidad del caso y una disforia cada vez más destacable, la disposición de A hacia el tratamiento era buena y recibió durante el mismo un buen apoyo por parte de su pareja y de los familiares cercanos.

Procedimiento

Empleamos un diseño de replicación intrasujeto con más de un componente: A-B,C,D... (N=1). Ulteriormente a la fase de evaluación, con dos semanas de duración con fin de determinar la

línea base, se aplicó una estrategia de intervención conductual-cognitiva de doce meses de duración, con dos sesiones semanales de 60 minutos los cuatro primeros meses, las cuales se fueron espaciando a medida que se obtenían las metas fijadas de antemano, todo ello unido a pautas de actuación en la realidad. Las evaluaciones de seguimiento fueron llevadas a cabo al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año de haber finalizado el tratamiento.

Evaluación

Además del trastorno de celos patológicos, A manifestaba otros trastornos claramente definidos en sus criterios diagnósticos, como una fobia social generalizada, varias fobias específicas y un trastorno por estrés postraumático (consecuente a una violación), de los cuales poco hablaremos en este escrito, debido a que centraremos el interés en los celos mórbidos.

Por lo demás, en lo relativo a la evaluación conductual, se emplearon los instrumentos siguientes:

1. Entrevista.

2. Autoinformes:

- 2.1. Inventario autobiográfico de cautela (1977).
- 2.2. Inventario de personalidad de Willoughby (v., Wolpe, 1958).
- 2.3. Inventario de miedos de Wolpe y Lang (v., Wolpe, 1958).
- 2.4. Inventario de depresión de Beck, según la versión castellana de Conde y colaboradores (Conde et al., 1976).
- 2.5. Escala breve de fobia social (Davidson et al., 1991).
- 2.6. Escala de autoestima (Rosemberg, 1965).
- 2.7. Escala de Inadaptación de Echeburúa et al. (2000).
- 2.8. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa et al., 1997).

Estas medidas de autoinforme, junto con las entrevistas sucesivas, brindaron información complementaria y relevante con la que llevar a cabo el análisis funcional y topográfico de las conduc-

tas problemáticas, con la determinación de los antecedentes y de los consecuentes (v., Alario, 1993). Para concretar la línea base, se utilizó la entrevista y el autorregistro (autoobservación).

A pesar de que los celos patológicos son un problema difícil de tratar y de las características inherentes al caso, A se mostró altamente paciente y colaboradora desde el principio, concurriendo positivamente las condiciones personales, clínicas y ambientales para desarrollar la intervención con sólida esperanza de alcanzar los objetivos esbozados *ad hoc*.

La cadena conductual desadaptativa genérica, a partir de la cual se interpretaban las constantes manifestaciones clínicas del problema consistía en presencia de pensamientos o situaciones (antecedentes) que evocaban ansiedad en la sujeto (respuesta), junto con una interpretación altamente sesgada de los hechos o de los indicios (interpretación distorsionada) y la realización de rituales compulsivos para ejercer control y obtener una liviana y poco duradera tranquilidad, en la forma de un breve reforzamiento negativo y de la atención por parte de la pareja (vbgr., preguntar constantemente sobre sus idas y venidas, sobre lo que había hecho durante el día, investigar la agenda, etc.) junto a explosiones fuertes y frecuentes de agresividad verbal, principalmente, todo lo cual constituye la pauta genérica desadaptativa característica de los celos patológicos.

Durante un tiempo A estuvo manteniendo la idea de que, quizás en el fondo fuera mejor dejar la relación con B, ya que no estaba segura de sus sentimientos. Esta justificación la empleó en el pasado en varias ocasiones, para no comprometerse y siempre que sus sentimientos se alzaprímaban, lo cual la llevaba a acabar pronto su relación debido al malestar desencadenado por los celos y, en definitiva, al temor al fracaso sentimental. Con el control de la problemática presente, esta idea fue cambiando y A, por primera vez en su vida, se comprometió sentimentalmente, presentando al novio a sus familiares y haciendo serios planes de futuro.

A evitaba de manera activa y sistemática cualquier situación que pudiera avivar sus celos, tanto mediante conductas compulsivas de control —de las cuales ya hemos hablado— como mediante el escape o la evitación de situaciones perturbadoras

(como irse con su novio de salas de fiesta donde hubiesen chicas atractivas o no ir a unas vacaciones porque lo hacían en grupo y en ese grupo estaba tal muchacha, etc); por todo ello, genéricamente, el trastorno era mantenido en virtud de un proceso de reforzamiento negativo.

INTERVENCIÓN CONDUCTUAL

Para la solución del caso, elaboramos una estrategia de intervención multimodal (exposición, prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, control de la ira, etc), con la que pretendíamos conseguir unos objetivos específicos, múltiples y esenciales para la reversión del trastorno. A saber:

1. Eliminación de los rituales de control y cualquier conducta de evitación/escape.

2. Eliminación de la ansiedad ante la pérdida de la relación o el engaño.

3. Eliminación de la agresividad (concretada en reducción total de las discusiones, de las agresiones y de la ruptura de objetos de B, como agendas, móviles, corbatas, así como en la autoinducida en las formas indicadas al principio de este trabajo).

4. Control de la creencia sobre la infidelidad (convicción).

5. Reducción significativa de los pensamientos intrusivos referentes a la posible infidelidad de B.

6. Eliminación de las pesadillas.

7. Obtención de un nuevo modo de vida, especificado en una mejora de las relaciones sexuales, de las habilidades de comunicación, del disfrute del tiempo sin la presencia de la pareja mediante actividades gratificantes, ampliación de las relaciones sociales, en vista todo ello de la prevención de recidivas o recaídas futuras.

El primer objetivo consistió en cercenar los rituales compulsivos de control sobre el comportamiento de B, por lo cual la pareja acordó con el terapeuta no realizar las conductas habituales que llevaban a dicho objetivo (como preguntar, llamar al móvil, inspeccionar la agenda de B, preguntar a ciertas personas para obtener información relativa, etc.). Por su parte, bajo imperativo

terapéutico, B se oponía con rotundidad, no contestando a las demandas de tranquilización de A. Con ello se eliminaba el refuerzo social y el negativo derivados de estos rituales. Paralelamente se fueron utilizando técnicas básicas como relajación, programación de actividades gratificantes, reestructuración cognitiva, etc., a fin de romper con la apatía y aliviar lo máximo posible la ansiedad general o derivada de sus problemas específicos.

Mediante la exposición *in vivo* (también se empleó la variante imaginada) A tenía que afrontar toda una gama de situaciones evocadoras que, hasta el momento eran palmariamente evitadas, siguiendo la pauta habitual en esta técnica (vbgr., Alario, 1996). Con ello se trataba de conseguir una neta disminución de la ansiedad y, paralelamente, una modificación de los pensamientos o de las creencias distorsionadas asociadas con los temores fundamentales en los celos patológicos.

Para este fin, se construyó una jerarquía de situaciones evocadoras de ansiedad que presentamos seguidamente en orden creciente (entre paréntesis me ofrece la ansiedad subjetiva para cada situación, en la escala habitual de 0 a 100):

1. Pasear con A por una calle donde no hay gente joven (10).

2. Mirar un programa de televisión con B en el que salgan chicas atractivas (20).

3. B come con un compañero de trabajo (30).

4. Ver con B fotografías de chicas en bañador (30).

5. Idem, 3 pero en bikini (40).

6. Cenar con los amigos (50).

7. Cenar con las compañeras de trabajo de B (60).

8. Pasear por una calle en la cual haya gente joven (60).

9. No preguntar a B lo que ha hecho durante el día (60).

10. No llamarle por el móvil (70).

11. No inspeccionarle la agenda (70).

12. Pasear por la playa (70).

13. Que B mire a las chicas atractivas en la piscina y haga, intencionadamente, comentarios favorables hacia ellas (80).

14. Quedar con B solamente los martes, jueves y fines de semana (90).
15. B queda a cenar con los amigos (90).
16. Ver fotografías de chicas desnudas con B (90).
17. B sale de copas después de cenar con los amigos (95).
18. B habla en una cena largamente con C (a la cual asoció con posible romance e infidelidad) (90).
19. B se va un fin de semana de viaje con los amigos (100).
20. Ir con B, mirando intencionadamente, por la zona donde están las prostitutas africanas (siempre creyó que recurría a sus servicios habitualmente) (100).

Había una amplia serie de situaciones de este tipo a las cuales A se fue exponiendo sin evitar la ansiedad, hasta que esta fue disminuyendo. Evidentemente no debía llevar a cabo ninguna conducta de evitación o escape de las que anteriormente realizaba, como abandonar el restaurante, discutir abiertamente con B o no permitirle ciertas actividades normales que aparecen reflejadas en la lista anterior.

A la par que A se exponía a las distintas situaciones evocadoras, tanto *in vivo*, como en fantasía, aprendió una estrategia para ejercer control sobre las conductas violentas. Esta queda explícita en el programa de control de la ira de Echeburúa y Corral (1998), el cual se le explicó ampliamente y se fue poniendo en práctica gradualmente (explicación de la ira, reconocimiento de las señales desencadenantes de la ira, detención de la escalada de la ira, exposición a las situaciones evocadoras, modificación de las cogniciones violentas y mejora de las habilidades de comunicación) (v., Echeburúa y Corral, 1998).

Siguiendo una pauta establecida, A fue afrontando y superando todas y cada una de las situaciones descritas arriba, más otras muchas atinentes a sus ansiedades y a su agresividad y solamente se afrontaron las situaciones superiores cuando la paciente se exponía sin ansiedad a las situaciones evocadoras antecedentes. En la figura 1, se muestra un diseño de línea base múltiple, entre situaciones, para las tres primeras situaciones de la jerarquía de exposición; hay que agregar

que, conjuntamente con esta técnica, se iban aplicando las demás que conformaban la estrategia de intervención, por lo cual no se puede afirmar que el decremento de la ansiedad se deba solamente a la exposición más prevención de respuesta, pese a ser una técnica de utilidad clínica probada. Así mismo, como corolario de lo anterior, tampoco puede aseverarse el grado que corresponde a cada técnica en el cambio final obtenido, dado que el diseño no lo permite, como tampoco lo posibilita la actuación clínica, donde principalmente se pretende la mejoría del paciente.

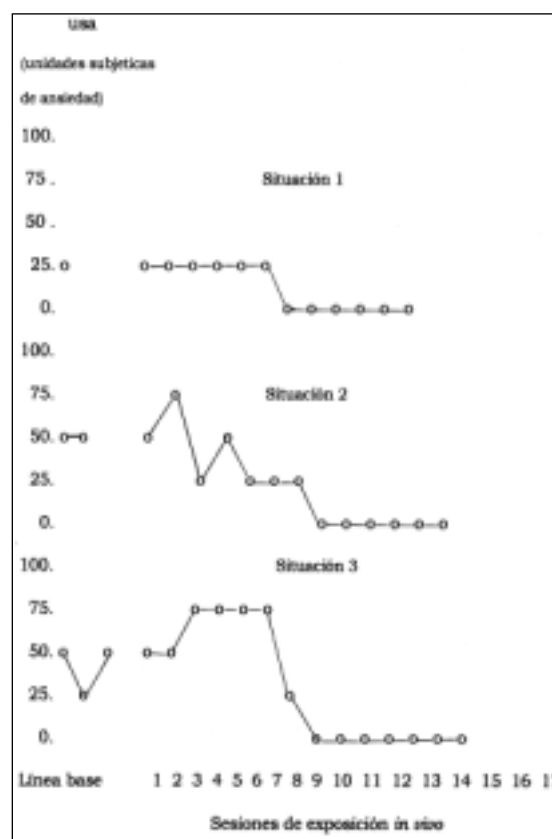


Figura 1

Decremento de la ansiedad en las tres primeras situaciones de exposición *in vivo*.

El tratamiento para la totalidad de la amplia problemática emocional de A tuvo una duración de doce meses, en los cuales se trabajó con tesón y aguante, dado que las características de los problemas y la terapéutica utilizadas requieren una alta motivación por parte de sujeto, a pesar de

que, en algunos casos, los resultados no tardan en ser detectables.

RESULTADOS

Los resultados fueron muy satisfactorios y se consiguieron en un plazo muy razonable, dado el conjunto de trastornos que A presentaba (más tiempo también hubiera sido plausible). En el resultado creemos que tuvo que ver su implicación personal, su buen nivel intelectual y el apoyo social recibido (familia y novio). En otros casos, quizás por el perfil de personalidad, la presencia de ideas sobrevaloradas que uno se niega a abandonar y, sobre todo, la falta de motivación, se produce rápidamente al abandono. Lo anterior puede resultar obvio, dado que la feliz aplicación de una intervención requiere, como quedó dicho, la presencia de los necesarios y suficientes recursos personales, clínicos y ambientales.

En suma, con la aplicación del programa conductual-cognitivo, se lograron las metas terapéuticas determinadas de antemano de manera plural y específica. Así, en la figura 2 se muestra la disminución de la ansiedad por la infidelidad tal como la informó la paciente.

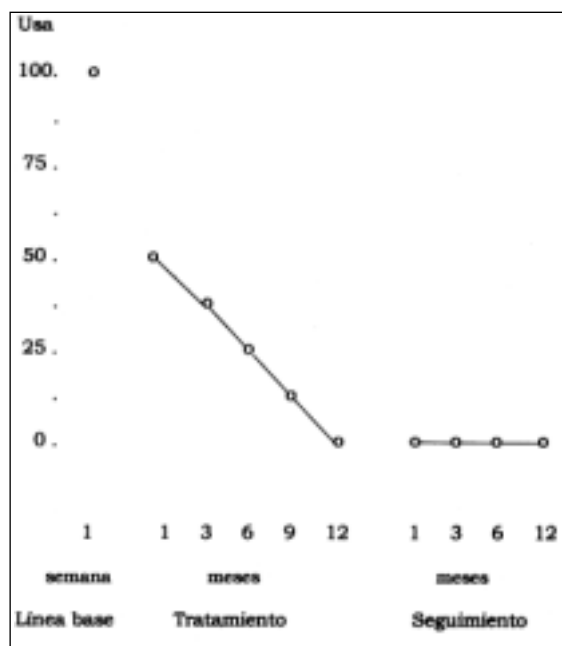


Figura 2

Disminución de la ansiedad informada por la paciente

En la figura 3 se ilustra la eliminación de la creencia relativa a la infidelidad.

En la figura 4 se muestra el decremento de las discusiones violentas iniciadas por A en el tratamiento y en el seguimiento.

Del mismo modo también se produjeron modificaciones significativas en otras medidas de cambio y se normalizaron las puntuaciones en los autoinformes.

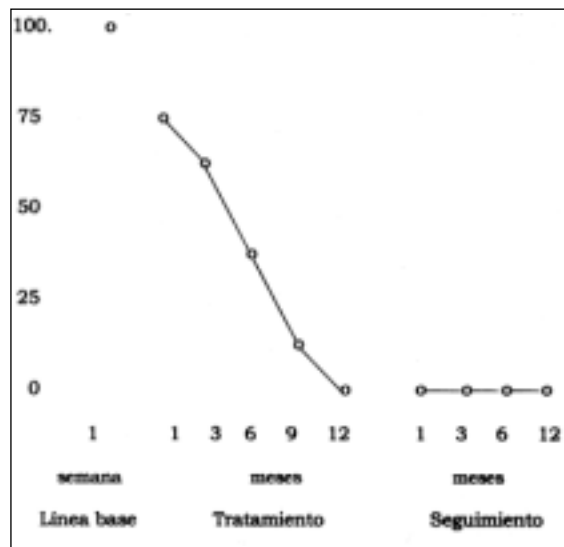


Figura 3

Decremento del grado de creencia en la infidelidad

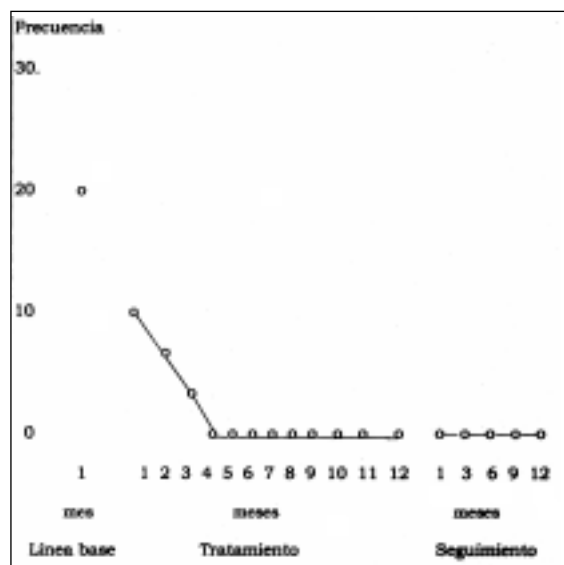


Figura 4

Eliminación de las discusiones verbales violentas

CONCLUSIONES

Lo primero que se ha de decir, en relación con la solución del caso expuesto es que, pese a los resultados, no se puede concluir la eficacia de una técnica en particular ni el grado que le corresponde en la tasa total de cambio, tanto por las características del diseño como por la complejidad terapéutica del programa de intervención plurimodal.

Ya se indicó la poca investigación controlada disponible sobre los celos patológicos "neuróticos", los cuales no encuentran una ubicación precisa en las nosologías psiquiátricas al uso. Esto ocurre así porque los celos secundarios a otras condiciones psicopatológicas han recibido mayor atención por parte de los especialistas.

A los celos patológicos no delirantes ni secundarios a otro cuadro psicopatológico, quizás la mejor manera de encuadrarlos sea como una variante atípica del trastorno obsesivo-compulsivo. Existe, por ello, en los pacientes una preocupación desmedida hacia la infidelidad de la pareja, aunque no de carácter delirante. Así mismo, estos pacientes dudan, a la postre sobre la exactitud de sus creencias porque no poseen pruebas confirmatorias objetivas. Dicha preocupación se conceptualiza mejor como una obsesión o una idea sobrevalorada que, internamente, el sujeto siente que escapa a su control, que él mismo la entiende como desproporcionada y no completamente basada en la racionalidad y de la que derivan conductas recurrentes (preguntas constantes, llamadas repetitivas, registro de pertenencias personales del otro, etc.) dirigidas a aminorar las dudas lo que, en definitiva, no constituye otra cosa que rituales compulsivos de demandas de seguridad o tranquilización.

Terapéuticamente, los celos de origen psicótico suelen responder bien al tratamiento farmacológico, especialmente con neurolepticos o antipsicóticos, a la par que los celos no psicóticos suelen reducirse mejor, en sus manifestaciones conductuales, con técnicas de terapia de conducta, mientras que el fondo ilógico de las creencias, el componente cognitivo, sería modificado más adecuadamente mediante terapia cognitiva (especialmente reestructuración cognitiva); esto último tendría un peso importante en el manteni-

miento de los resultados terapéuticos. De cualquier forma, esta última distinción no ha sido demostrada palmariamente, como queda por averiguar si la farmacoterapia (con fluoxetina u otros antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina) coadyuda a potenciar los resultados de una intervención conductual y cognitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alario Bataller S.:** Estudio de casos en terapia del comportamiento. Valencia, Promolibro; 1993.
2. —.: La terapia de autoexposición como tratamiento psicológico de diversos trastornos fóbicos. Cuadernos de Medicina Psicósomática y Psiquiatría de Enlace, 1996; 38: 7-11.
3. **Albuquerque A, Soares C.:** Celos obsesivos: análisis de casos. En Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad (Echeburúa, E., ed.), Madrid, Pirámide; 1992.
4. **Bishay NR, et al.:** Morbid jealousy: a cognitive outlook. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 1996; 10: 9-22.
5. **Cano A, O'Leary KD.:** Romantic jealousy and affairs: research and implications for couple therapy. Journal of Sex and Marital Therapy, 1997; 23: 249-275.
6. **Cautela JR.:** Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. Psychological Record, 1966; 16: 33-41.
7. **Conde López V, et al.:** Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. Revista de Psicología General y Aplicada, 1976; 140: 468-497.
8. **Coob J, Marks I.:** Morbid jealousy featuring as O-C neusosis: Treatment by B.T. British Journal of Psychiatry, 1979; 134: 301-305.
9. **De Silva P.:** Jealousy in couple relationships: nature, assesment and therapy. Behavior Research and Therapy, 1997; 35: 973-985.
10. —.: Short-term interventions for morbid jealousy. Clinical Psychology and Psychotherapy, 1994; 1: 174-178.
11. **Dolan M, Bishey D.:** The effectiveness of Cognitive Therapy in the tratment of Non-Psychotic Morbid Jealousy. British Journal of Psychiatry, 1996a; 168: 588-593.
12. —.: The role of the sexual behavioral/attractiveness schema in morbid jaelousy. Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly, 1996b; 10: 41-61.
13. —.: The effectiveness of cognitive therapy in morbid jealousy: a case report. Journal of Cognitive

- Psychotherapy: An International Quarterly, 1996c; 10: 35-40.
14. **Echeburúa E, Corral P.:** Manual de violencia familiar. Madrid, Siglo XXI; 1998.
 15. — **et al.:** Escala de inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2000; 25: 326-340.
 16. — **y Fernández-Montalvo J.:** La patología de los celos: análisis descriptivo y propuestas terapéuticas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 1999; 25: 6-25.
 17. **Ellis A.:** The treatment of morbid jealousy: a rational emotive behavior therapy approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1996; 10: 23-33.
 18. **Gangdev PS.:** Obsession with infidelity: another case and some views. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1997; 31: 772-773.
 19. **García Andrade JA.:** *Psiquiatría criminal y forense*. Madrid, Ramón Areces; 1993.
 20. **López Garza MP.:** Celos y autoconcepto: un estudio empírico. *Psicología Iberoamericana*, 1995; 3: 40-46.
 21. **Mooney H.:** Pathological jealousy and Psychochemotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 1965; 111: 1023-1042.
 22. **Marks IM.:** The current status of behavioural psychotherapy: theory and practice. *American Journal of Psychiatry*, 1976; 133: 253-261.
 23. **Mullen PE, Martín J.:** Jealousy: a community study. *British Journal of Psychiatry*, 1991; 164: 35-43.
 24. **Parquer G, Barrett E.:** Morbid jealousy as a variant of obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1997; 31: 133-138.
 25. **Ridley J.:** Couples presenting with jealousy: alternative interventions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1996; 10: 63-73.
 26. **Rosen RC, Chnapp BJ.:** The use of a specific behavioral technique (thought stopping) in the context of conjoint couples therapy: a case report. *Behaviour Therapy*, 1974; 5: 261-264.
 27. **Rosenberg A.:** *Society and the adolescent self-image*. New Jersey, Princeton; 1965.
 28. **Tarrier N, et al.:** Morbid Jealousy. A review and cognitive-behavioral formulation. *British Journal of Psychiatry*, 1990; 57: 319-326.
 29. **Vaz Serra A.:** Considerações clínicas sobre ciúme mórbidos. *Psiquiatria Clínica*, 1982; (3),4: 163-173.
 30. **Verhulst JM.:** The jealous spouse: Medical Aspects of Human Sexuality, 1985; 19: 110-120.
 31. **Watson D, Friend R.:** Measurement of Social Evaluative Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1969; 33: 448-457.
 32. **Wolpe J.:** *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Stanford University Press; 1958.