



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 21/10/2017. Aceptado: 25/07/2018

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE CELOS PATOLÓGICOS

PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN A CASE OF PATHOLOGICAL JEALOUSY

D. Fuentes Casany¹, A. Kiskeri Aiguabella²

¹AteResidente de cuarto año de Psicología Clínica. ²Psicóloga Clínica Adjunta. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Santa María de Lleida. Universidad de Lleida. IRB Lleida (Instituto de Recerca Biomédica).

Correspondencia: Debbie Fuentes Casany, Centre Salut Mental Adults, Hospital Universitario de Santa María, Avenida Alcalde Rovira Roure 44, 25198 Lérida. E-mail: dfuentescasany@gmail.com

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2018;6:50-61.



RESUMEN

El comportamiento celoso en las relaciones sentimentales es la expresión del miedo a perder la pareja frente a un rival. Cuando este comportamiento se da ante una falsa amenaza de infidelidad, genera malestar emocional y provoca conductas desadaptativas, se convierte en patológico. En la actualidad, los celos y las nuevas concepciones de pareja se pueden encontrar mediados por la tecnología, y este caso clínico es un ejemplo de ello. El caso presentado trata de un paciente con pensamientos intrusivos egodistónicos y comportamientos celosos de carácter controlador que se asemejan a un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). La intervención psicológica empleada es un tratamiento multicomponente cognitivo-conductual que incluye técnicas eficaces para el TOC junto a terapia sexual y comunicativa. Los resultados muestran una reducción de las conductas problema y una mejora en la funcionalidad y en la satisfacción de pareja.

Palabras clave: Celos patológicos, Terapia de pareja, Nuevas tecnologías, Obsesivo-compulsivo.

ABSTRACT

The jealous behavior in relationships is the expression of the fear of losing the partner in front of a rival. When this behavior occurs in the face of a false threat of infidelity, it generates emotional discomfort and causes maladaptive behaviors, and becomes pathological. Nowadays, jealousy and new conceptions of couples can be found mediated by technology, and this clinical case is an example of this. The case presented is about a patient with intrusive ego-dystonic thoughts and behaviors of a jealous nature that resemble an obsessive-compulsive disorder (OCD). The psychological intervention employed is a multicomponent cognitive-behavioral treatment that includes effective techniques for OCD along with sexual and communicative therapy. The results show a reduction of the problem behaviors and an improvement in the functionality and in the satisfaction of the couple.

Keywords: Pathological jealousy, Couple therapy, New technologies, Obsessive-compulsive.

INTRODUCCIÓN:

Los celos son una emoción que surge como consecuencia de un exagerado afán de poseer algo de forma exclusiva y cuya base es la infidelidad- real o imaginada- de la persona amada (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001). Al igual que ocurre con otras emociones, en ocasiones, los celos desempeñan un papel adaptativo, como por ejemplo asegurar la estabilidad de una relación y la de prevenir la promiscuidad (Fernández, 2001, citado en Cuesta, 2006).

Las relaciones de pareja han ido evolucionando, y actualmente no parece existir un único modelo de relación adecuada, e incluso un alto porcentaje de la población española considera que una única pareja no sirve para alcanzar los fines que se propusieron al formarla (Vallejo, 2012). Cáceres (en

Vallejo, 2012) afirma que cabría esperar una "normalización" de la "cultura de la separación", según las cifras de divorcios actuales, pero la pareja sigue siendo un elemento promotor de salud o una fuente de conflicto y patología.

Por otro lado, las nuevas tecnologías, especialmente las redes sociales virtuales, han ampliado las posibilidades de encontrar pareja, tanto para relaciones formales como informales, implicando nuevas formas de cortejo (Morduchowicz, 2012). El acceso a parejas potenciales se ha incrementado, así como la posibilidad de "conocerlas" a través de sus perfiles de redes sociales antes de iniciar algún acercamiento. Estas transformaciones las podemos observar en los jóvenes que han crecido con las tecnologías, han construido su identidad en múltiples pantallas y se comunican interper-



sonalmente por múltiples dispositivos tecnológicos (Mor-duchowicz, 2012).

Sin embargo, no sólo se han ampliado las posibilidades de socialización, sino también las de restricción y de control, bajo el incremento de sospechas, supervisión y vigilancia (Rodríguez-Salazar y Rodríguez-Morales, 2016). Los móviles facilitan una disponibilidad continua, dentro de una lógica de contacto permanente, que modifica el establecimiento de las fronteras del territorio de la pareja, y la accesibilidad "obligada" puede generar celos y suspicacias (Lesán, A. y Casado, E., 2014).

A día de hoy, es difícil establecer el límite entre los celos normales y los patológicos. Dentro de este continuum, destacan tres características que diferencian los celos patológicos de los no patológicos: (i) cuando no existe una causa real desencadenante, (ii) cuando la naturaleza de las sospechas es extraña y (iii) cuando el sujeto afectado reacciona de forma irracional, con pérdida de control (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001). A nivel cognitivo, la manifestación suele ser mediante la presencia de pensamientos intrusivos que conllevan preocupación y miedo desmesurado a la infidelidad, destacando, a nivel emocional, una alta ansiedad y agresividad. Conductualmente, el sujeto desarrolla una serie de conductas comprobatorias cuyo objetivo es la seguridad y tranquilidad mediante el control del otro (Alario, 2002).

Kingham y Gordon (2004) han intentado diferenciar aquel comportamiento celoso que proviene de una cognición delirante, o bien, de un pensamiento obsesivo. Los delirios de infidelidad se caracterizan por el predominio de una convicción delirante de ser engañado por la pareja, de carácter egosintónico, conservando un pensamiento coherente y un comportamiento adaptado en los demás ámbitos (Kingham y Gordon, 2004). Estos se engloban dentro del diagnóstico de trastorno delirante en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2013). Por otro lado, los celos obsesivos son experimentados como intrusivos o excesivos y producen comportamientos compulsivos como la comprobación. Se entienden como egodistónicos para el paciente, que reconoce que son miedos infundados e incluso se avergüenza de los mismos (Kingham y Gordon, 2004). Actualmente, el DSM-5, a diferencia de su predecesor, contempla los celos mórbidos no delirantes como un trastorno incluido en la categoría "Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados" (APA, 2013). Lo más habitual, es que los celos obsesivos se presenten

junto a otra sintomatología concomitante como la ansiedad, la depresión o el abuso de alcohol y no de manera aislada (Hodgson, Murray y Woods, 1992). En la actualidad, no se dispone de datos concluyentes sobre la prevalencia de los celos, debido a la escasa delimitación del problema, pero a nivel general la aparición de celos tiende a ser frecuente y en mayor medida en mujeres (Alario, 2002).

La evidencia empírica existente acerca del tratamiento más efectivo para los celos es insuficiente, y la mayoría de las investigaciones realizadas son estudios no controlados o de caso único (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001). Se han planteado intervenciones psicológicas para los celos obsesivos y las principales técnicas derivan de un enfoque conductual, o bien, cognitivo. Las primeras se basan en la conceptualización de los celos como una variante del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y su objetivo es la modificación de las conductas de control y comprobación de las creencias de infidelidad, comprendiendo, principalmente, la exposición en vivo con prevención de respuesta (Carlen, Kasaznew y López-Pell, 2009). Las intervenciones cognitivas conceptualizan los celos como el resultado de sesgos cognitivos. Su objetivo es que el paciente se haga consciente de sus pensamientos automáticos, reconozca las cogniciones desadaptativas, entendidas como hipótesis, y genere pensamientos alternativos racionales (Carlen et al., 2009).

También, el entrenamiento en comunicación y la terapia sexual, suelen incluirse en el tratamiento de celos patológicos, ya sea de forma individual o en pareja. Los objetivos de este tipo de intervención son: aumentar la interacción mutua positiva y disminuir los intercambios negativos, motivar la intimidad y la satisfacción sexual de la pareja, e intervenir sobre dificultades específicas que puedan ser precipitantes o mantenedoras del problema (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1999).

El tratamiento psicológico multicomponente (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001; Alario, 2002; Leahy y Tirsch, 2008) combina intervenciones de carácter cognitivo y conductual como: (i) exposición, (ii) prevención de respuesta, (iii) reestructuración cognitiva, (iv) habilidades comunicativas, (v) regulación emocional, entre otras, y puede considerarse como un tratamiento probablemente eficaz o en fase experimental según los criterios de Chambless y Hollon (1998) (Martínez-León, García-Rincón, Valencia, Barreto, Alfonso, Quintero y Parra, 2016).

Los objetivos de la presente revisión son: (i) conceptualizar el presente caso dentro de la clasificación diagnóstica



DSM-5 (APA, 2013), (ii) revisar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en los pensamientos y conductas celotípicas a partir de un caso clínico, y (iii) observar como las nuevas tecnologías median en las conductas controladoras y comprobatorias de tipo celotípico.

CASO CLÍNICO:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Varón de 30 años natural de una zona rural, convive actualmente y desde hace diez años, en un piso compartido con amigos en la ciudad. Sus padres de 57 y 63 años y su hermano de 27, que convive en pareja, viven en su pueblo natal. Mantiene buena relación con familia de origen, sin adversidades en el núcleo socio-familiar o acontecimientos vitales estresantes de relevancia en su historia. Realiza un ciclo formativo de Comercio Internacional y trabaja de administrativo en una empresa desde hace 7 años correctamente adaptado, con un nivel socioeconómico medio. Actualmente y desde hace 5 meses, tiene pareja estable.

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE LA CONSULTA

El paciente acude a Psicología Clínica de Consultas Externas de Salud Mental derivado del médico de Atención Primaria por malestar emocional fruto de celos excesivos con conductas comprobatorias e hipervigilancia hacia su pareja, por miedo a una posible infidelidad. El paciente presenta sintomatología ansiosa, pensamientos obsesivos y conductas de control hacia su pareja. Acude solicitando mayor manejo de sus propios celos, con el fin de reducir el malestar y evitar perder la relación actual.

HISTORIA DEL PROBLEMA

Actualmente tiene una relación estable con una mujer de 30 años, desde hace 5 meses, con 2 años previos de encuentros esporádicos. Los celos forman parte de todas las relaciones sentimentales que ha tenido el paciente, desde la adolescencia, y han sido motivo de ruptura en las dos relaciones estables previas de 3 años de duración cada una. Aunque no ha vivido ninguna infidelidad en primera persona, ni en su familia de origen, sí que recuerda los rumores en su pueblo durante su infancia de la doble vida de algunos de sus vecinos, hecho que relaciona con su miedo a ser engañado. También refiere algunas decepciones con amistades de la

infancia al llegar a la edad adulta. En cuanto a las relaciones sexuales refiere dificultad en el coito con preservativo aunque no ha supuesto un problema con las anteriores parejas, ya que ellas utilizaban anticonceptivos hormonales.

No refiere problemas en el desarrollo, ni antecedentes psiquiátricos ni psicológicos personales. En cuanto a los antecedentes familiares, refiere un tío paterno con diagnóstico de esquizofrenia. Se observan rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad: necesidad de control, intolerancia a la incertidumbre e hiperresponsabilidad.

El paciente refiere que a raíz de la consolidación de la relación de pareja reaparece miedo a la infidelidad. Acude a consulta en el contexto del inicio de la temporada laboral de ella que implica: (i) horarios extensos e impredecibles, (ii) menor tiempo de ocio juntos, (iii) mayor cansancio físico de ella, (iv) escaso control del paciente del día a día de su pareja y (v) reducción de la frecuencia sexual.

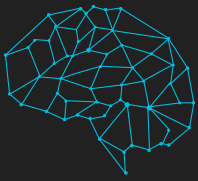
ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROBLEMA:

A nivel cognitivo, destacan pensamientos obsesivos centrados en el miedo a que su pareja sea infiel. El paciente los considera egodistónicos, refiere malestar consecuente de la rumia y presenta dificultades para no actuar en base a ellos. Estos pensamientos le impulsan a controlar la vida de la pareja mediante redes sociales, a partir del control de la última hora de conexión de la mensajería instantánea de Facebook y Whatsapp o la petición de fotos del lugar donde se encuentra la pareja para corroborar que no le miente. El control también se extiende al escrutinio visual del piso de la pareja antes de salir, y posterior comprobación del mismo al volver, y en la excesiva interrogación a la pareja ante de cualquier duda o sospecha que le asalte al paciente.

Se detecta, también, que existen escasas habilidades de comunicación entre la pareja, con tendencia a adivinar el pensamiento del otro miembro, hacerse acusaciones y hablar poco de su propia relación. A nivel sexual, el paciente considera escasa la frecuencia de las relaciones íntimas y refiere tener poca satisfacción en el momento actual. Las dificultades para realizar el coito con preservativo suponen en esta ocasión un problema ya que la pareja no desea tomar anticonceptivos hormonales.

ESTABLECIMIENTO DE LAS METAS DEL TRATAMIENTO

El tratamiento que se propone es dirigido a reducir el malestar emocional asociado a los celos y mejorar el manejo



de los mismos y su funcionalidad cotidiana. Se pretende disminuir la intensidad de los pensamientos de carácter celoso, evitar su mantenimiento, así como disminuir las conductas impulsadas por éstos.

Además, se pretende conseguir mayor satisfacción en la relación de pareja actual y/o futuras relaciones que pudiera tener. De modo que es objetivo aumentar el disfrute en la esfera íntima y sexual de la pareja y solucionar dificultades asociadas.

Por parte del paciente, su principal meta es mantener la relación actual e irse a vivir juntos, objetivo suficientemente motivador para iniciar la terapia y seguir su asistencia hasta el final de la misma.

ESTUDIO DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Se busca por lo tanto, disminuir la intensidad y frecuencia de los pensamientos obsesivos con el fin de aceptarlos y entenderlos como productos de la mente, asociados a esquemas disfuncionales precoces, y no como realidades, dando la posibilidad de interpretar la situación de manera diferente.

Por otro lado, se busca reducir las conductas impulsadas por la emoción, como las de comprobación y control, e introducir conductas alternativas para el manejo del malestar que eviten el mantenimiento de los celos.

Finalmente, y para mejorar la satisfacción y la relación de la pareja, se pretende aumentar las habilidades de comunicación asertiva en ambos miembros, promocionar el acercamiento y la intimidad, desmitificar la sexualidad y entrenar en el uso del preservativo.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Según la literatura revisada acerca del tratamiento psicológico de los celos, se aplica un tratamiento multicomponente de carácter cognitivo-conductual. Los motivos que impulsan a esta decisión son, tanto el grado de eficacia demostrada en diversos estudios, como por las características propias del paciente. La tendencia del paciente a la racionalidad puede promover una buena adherencia a la técnica de reestructuración cognitiva. Además ésta permitiría aumentar la flexibilidad cognitiva, disminuyendo su tendencia al pensamiento rígido.

Se combinan desde el inicio las siguientes técnicas cognitivo-conductuales: (i) exposición a la incertidumbre, (ii) prevención de respuesta de conductas controladoras, (iii) reestructuración cognitiva de los pensamientos obsesivos

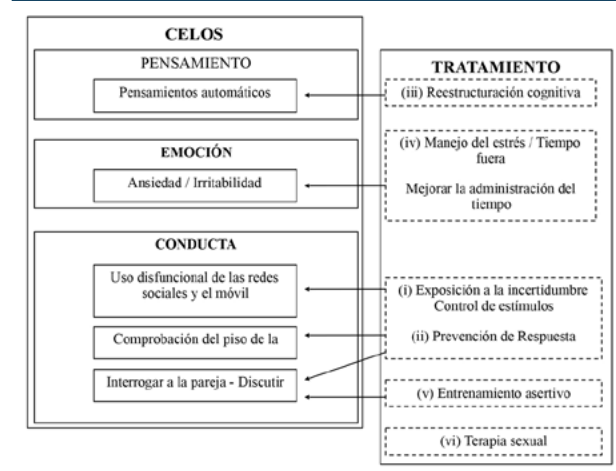


FIGURA 1. Se muestra la conceptualización del caso y el tratamiento para cada uno de los síntomas y signos detectados.

y (iv) regulación emocional del malestar con búsqueda de alternativas al manejo actual. También se realiza (v) entrenamiento asertivo para el conjunto de la pareja, y (vi) psicoeducación sexual, focalización sensorial y acercamiento progresivo al uso del preservativo (Fig. 1).

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTA FASE

- Versión reducida de la escala Cartes: Modèles Individuels de Relation (CaMir; Pierrehumbert et al., 1996, adaptado al castellano por: Lacasa, 2004) con el fin de medir las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar. Consta de 32 ítems con respuesta tipo Likert que evalúan siete dimensiones, cinco de las cuáles hacen referencia a las representaciones de apego (dimensiones 1, 2, 3, 6, 7; α de Cronbach de entre 0.60-0.85) y dos a la estructura familiar (dimensiones 4 y 5; α de 0.54 y 0.66) (Tabla I).
- Young Schema Questionnaire-3 (YSQ-3; Young, 2006, adaptado al castellano por: Cid y Torrubia, 2010), para evaluar los esquemas cognitivos e interpersonales. El instrumento consta de 90 ítems con respuesta tipo Likert que evalúan 18 esquemas tempranos desadaptativos (Tabla II).
- Inventario de Comportamientos de la Pareja que Provocan Celos (ICPC) (validación chilena en Fernández, Pávez y Dufey, 2014), para evaluar situaciones provocadoras de celos. El inventario consta de 25 ítems con respuesta tipo Likert y

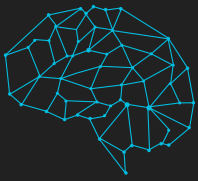


Tabla I. Puntuación cuestionario CaMir-R

DIMENSIONES CAMIR-R	MEDIA (DESVIACIÓN TÍPICA) (BALLUERKA ET AL., 2011)	MEDIA DEL SUJETO	PUNTUACIONES T
Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego	4.36 (0.56)	4.71	56.5
Preocupación familiar	3.18 (0.69)	2.83	45.0
Interferencia de los padres	2.45 (0.72)	2	43.8
Valor de la autoridad de los padres	4.21 (0.66)	5	62.1
Permisividad parental	1.88 (0.68)	2	51.7
Autosuficiencia y rencor hacia los padres	2.66 (0.79)	2.5	48.0
Traumatismo infantil	1.68 (0.65)	1.4	45.7

El paciente alcanza el punto de corte (T=50) en el factor Seguridad: disponibilidad y apoyo del CaMir-R, dimensión que informa de un estilo de apego seguro. La dimensión Autoridad de los padres, es típica del apego seguro y hace referencia a la evaluación positiva que hace la persona respecto a los valores familiares de autoridad y jerarquía. Ambos factores se consideran protectores para el paciente (Fig. 2).

Tabla II. Puntuación cuestionario YSQ-3

FACTORES DE SEGUNDO ORDEN (YOUNG ET. AL, 2003)	ESQUEMAS PRECOCES DESADAPTATIVOS (YSQ-3)	PUNTUACIÓN (MAX. 30)
Desconexión y rechazo	Privación emocional	8
	Abandono / Inestabilidad	19
	Desconfianza / Abuso	14
	Aislamiento Social	6
	Imperfección / Vergüenza	10
Trastornos de la autonomía y rendimiento	Fracaso	14
	Dependencia	6
	Vulnerabilidad al Peligro	10
	Apego inmaduro	5
Focalización en los otros	Subyugación	11
	Autosacrificio	8
Hipervigilancia e inhibición	Inhibición emocional	5
	Metas inalcanzables	14
Límites insuficientes	Grandiosidad	8
	Insuficiente autocontrol	11
Focalización en los otros	Búsqueda de reconocimiento	14
Hipervigilancia e inhibición	Negativismo	18
	Castigo	17

Young et al. (2003) sugieren que el cuestionario YSQ-3 no se analice a partir de puntos de corte si no de la evaluación con el paciente de los esquemas más destacados. El paciente presenta esquemas precoces desadaptativos de Abandono e inestabilidad, Negativismo y Castigo. Pese a presentar un apego seguro tiende a la percepción de las relaciones personales como inestables, una tendencia a focalizarse en lo negativo y a la hiperresponsabilidad no permitiéndose errar por miedo a un castigo irremediable. Estos factores se consideran predisponentes para la conducta celosa (Fig. 2).

tres factores: (i) Comportamiento infiel explícito ($\alpha = 0,97$), (ii) Comportamiento sospechoso ($\alpha = 0,91$), y (iii) Atracción mediática o pornográfica ($\alpha = 0,92$). (Tabla III).

- BDI-II (Beck et al., 1996; adaptación española Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), para evaluar la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva. El instrumento consta de 21 ítems autoinformados de respuesta tipo Likert ($\alpha = 0,87$).
- STAI (Spielberger et al., 1970; adaptación española Buela-Casal y Guillén-Riquelme, 2011), evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad con 20 ítems cada uno con respuesta tipo Likert. La ansiedad como un estado emocional transitorio (ansiedad estado, $\alpha = 0,94$) y como una pensión relativamente estable (ansiedad rasgo, $\alpha = 0,90$).

Tanto el Cuestionario BDI, STAI como ICPC se administran al inicio y final del tratamiento, esperando observar una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, y una reducción de las situaciones provocadoras de celos.

Los resultados obtenidos en la fase previa al tratamiento se muestran en las siguientes tablas (Tabla I-III):

El paciente alcanza el punto de corte (T=50) en el factor Seguridad: disponibilidad y apoyo del CaMir-R, dimensión que informa de un estilo de apego seguro. La dimensión Autoridad de los padres, es típica del apego seguro y hace referencia a la evaluación positiva que hace la persona respecto a los valores familiares de autoridad y jerarquía. Ambos factores se consideran protectores para el paciente (Fig. 2).

Young et al. (2003) sugieren que el cuestionario YSQ-3 no se analice a partir de puntos de corte si no de la evaluación con el paciente de los esquemas más destacados. El paciente presenta esquemas precoces desadaptativos de Abandono

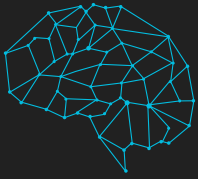


Tabla III. Puntuación inventario ICPC

DIMENSIONES ICPC	MEDIA (DESVIACIÓN TÍPICA) (FERNÁNDEZ ET AL., 2014)	MEDIA DEL SUJETO	PUNTUACIONES T
Comportamiento infiel	4,05 (1,00)	4,81	57,6
Comportamiento sospechoso	4,82 (0,72)	3,55	74,0
Atracción mediática	1,59 (0,83)	2,60	62,2

El paciente muestra puntuaciones por encima de T=50 en las tres subescalas, y de forma significativa (T=70) en la dimensión Comportamiento sospechoso. Esta subescala correlaciona de forma significativa y en mayor medida que las demás con el rasgo de celotipia (0,59) (Dijkstra et al., 2010), por lo que el paciente siente y padece celos ante comportamientos y situaciones que no son explícitamente de infidelidad.

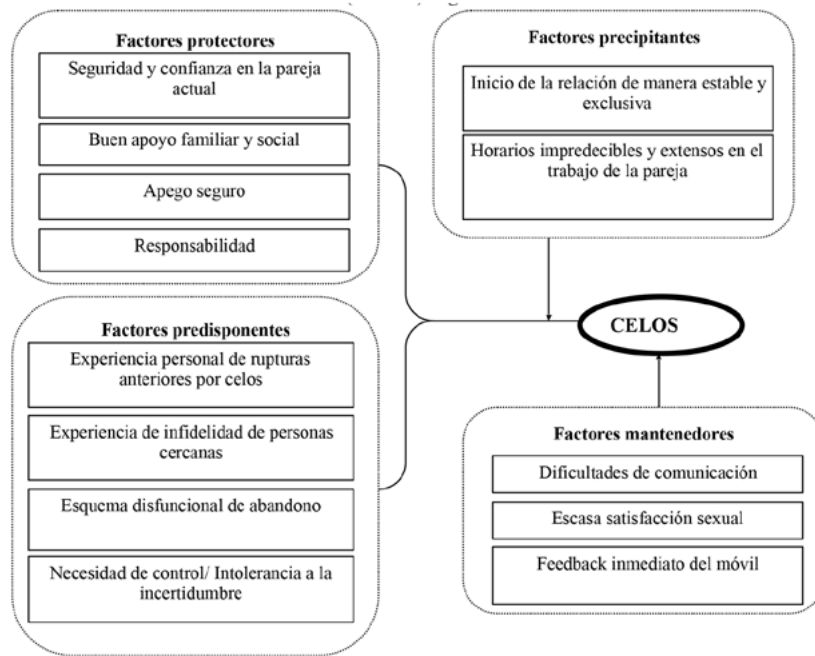


FIGURA 2. Factores protectores, predisponentes, precipitantes y mantenedores del paciente, analizados a partir de la entrevista clínica y los cuestionarios administrados inicialmente.

e inestabilidad, Negativismo y Castigo. Pese a presentar un apego seguro tiende a la percepción de las relaciones personales como inestables, una tendencia a focalizarse en lo negativo y a la hiperresponsabilidad no permitiéndose errar por miedo a un castigo irremediable. Estos factores se consideran predisponentes para la conducta celosa (Fig. 2).

El paciente muestra puntuaciones por encima de T=50 en las tres subescalas, y de forma significativa (T=70) en

la dimensión Comportamiento sospechoso. Esta subescala correlaciona de forma significativa y en mayor medida que las demás con el rasgo de celotipia (0,59) (Dijkstra et al., 2010), por lo que el paciente siente y padece celos ante comportamientos y situaciones que no son explícitamente de infidelidad.

El paciente también obtiene una puntuación en el BDI-II de 15 (T = 57,3), que informa de sintomatología depresiva leve

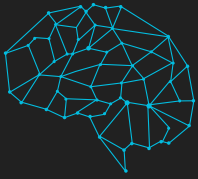


Tabla IV. Tratamiento psicológico aplicado

SESIÓN	OBJETIVOS	TÉCNICAS EMPLEADAS
1	Evaluación del caso	Cuestionarios
2	Establecimiento línea base Disminuir conductas de control	Registro tres columnas Reducción de estímulos
3	Reducir malestar asociado a los pensamientos Disminuir conductas de control	Reestructuración cognitiva. Exposición con prevención de respuesta y uso conductas alternativas.
4	Identificar esquemas cognitivos de base	Flecha descendente y trabajo con esquemas disfuncionales.
5 y 6 (en pareja)	Mejora de la comunicación Mejora de la satisfacción sexual	Entrenamiento asertivo Psicoeducación sexual, focalización sensorial y exposición progresiva al uso del preservativo.
7	Trabajo con esquemas cognitivos de base y malestar emocional.	Identificación de esquemas disfuncionales y reevaluación.
8 y 9	Reevaluación de los pensamientos Aumentar conductas funcionales	Reestructuración cognitiva Conductas alternativas
10	Prevención de recaídas	Alternativas de afrontamiento funcional

Tratamiento aplicado al sujeto, se enumeran las sesiones y se describen los objetivos y las técnicas aplicadas de cada sesión.

(entre 14 y 19 puntos; Beck et al, 1996), destacando irritabilidad, pesimismo y sentimientos de fracaso y de autocrítica. Además, se observa una tendencia elevada a padecer síntomas ansiosos (T = 68) junto a una elevada ansiedad en el momento de la evaluación (T = 62,2) según el cuestionario STAI.

A partir de la clasificación diagnóstica DSM-5 y la información recogida del caso, se orienta el caso como "Celos Obsesivos" incluidos en la categoría "Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados (300.3)" del DSM-5. El paciente presenta una preocupación no delirante acerca de la infidelidad de su pareja, que deriva en comportamientos que realiza de forma excesiva, con el fin de disminuir la ansiedad derivada de estos pensamientos. Estas conductas están circunscritas al ámbito de los celos y la infidelidad, y causan un malestar subjetivo en el paciente y un deterioro limitado a las relaciones sentimentales. Los celos no forman parte de un delirio de infidelidad, ni un trastorno de la personalidad paranoide, y el paciente reconoce que estos pensamientos es probable que no sean ciertos. Debido a estas circunstancias se decide orientar el caso dentro de la categoría de Celos Obsesivos (300.3) (APA, 2013).

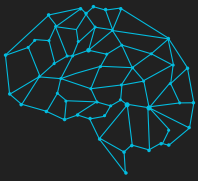
APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento cognitivo-conductual aplicado consta de 10 sesiones de terapia de 40 minutos de duración con una

periodicidad quincenal, dos de las cuáles se realizan en pareja (Tabla IV).

Las primeras dos sesiones se centran en la evaluación del caso a partir de los cuestionarios indicados y contrastados con la entrevista clínica. Además, se introduce el registro de los comportamientos disfuncionales del paciente, con el objetivo de establecer una línea base, especificar las conductas problema, y desarrollar capacidad de reflexión sobre las situaciones como alternativa al acto impulsivo. Este registro incluye las conductas de control sobre la pareja (controlar hora de conexión, pedir fotos del lugar, interrogar a la pareja, acusarla de infidelidad, escudriñar el piso de ella, entre otros). A partir del registro de las situaciones provocadoras de celos, se trabaja durante todas las sesiones con el material de cada una de las columnas del mismo (Pensamiento – Emoción – Conducta) introduciendo las técnicas específicas para cada uno de los ámbitos.

A nivel cognitivo, durante la tercera y cuarta sesión se introduce el material sobre reevaluación cognitiva del Manual para el paciente del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de Trastornos Emocionales (Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen, y Ehrenreich-May, 2015). Se pretende identificar las evaluaciones automáticas asociadas a las situaciones provocadoras de celos y observarlas como productos de la mente y no necesariamente ligadas a la



realidad. Por otro lado, trata de identificar los errores de pensamiento y practicar la reevaluación cognitiva como una forma de aumentar la flexibilidad en la evaluación de las situaciones. Finalmente, se introduce la técnica de la flecha descendente para identificar la creencia principal que está impulsando la respuesta emocional. De esta manera y ligando con los esquemas evaluados con el YSQ-3, se introduce en la cuarta sesión el trabajo con los esquemas precoces disfuncionales que pueden estar motivando los celos. Se realiza psicoeducación breve de la Teoría de los Esquemas de Young y se pauta la lectura del libro *Reinventar tu vida* (Klosko y Young 2012).

Paralelamente, a nivel conductual se acuerda con el paciente, desde la segunda sesión, la reducción de estímulos que inciten al control de la pareja mediante redes sociales. En este caso se procede a desinstalar la aplicación móvil de mensajería instantánea Messenger de Facebook y a bloquear la opción de visualizar la hora de última conexión y la confirmación de lectura de los mensajes en la aplicación móvil de Whatsapp. Al mismo tiempo, se introduce la técnica de exposición con prevención de respuesta, y se pacta, desde la tercera sesión, exposición a la duda y prevención de respuestas de control ante situaciones cotidianas, sin provocarlas. Se motiva el uso de actividades alternativas que ayuden a reducir el malestar ante la duda y prevenir la respuesta impulsada por la emoción.

Las sesiones quinta y sexta se realizan en pareja y se centran en la mejora de la comunicación con entrenamiento asertivo y terapia sexual a ambos. En cuanto al entrenamiento en comunicación se instruye en empatía y escucha activa, se incita a expresar lo que uno siente o necesita, a la vez que se evita la adivinación del pensamiento del otro. Por otro lado, se ha sugerido que los celos patológicos pueden surgir como respuesta a una menor frecuencia sexual o capacidad funcional (Cobb y Marks, 1979) y en este caso se introduce la terapia sexual con el objetivo de ajustar expectativas de ambos miembros de la pareja y facilitar el uso del preservativo. A partir de la focalización sensorial de Masters y Johnson (Vallejo, 2012), se ayuda a la comprensión de una sexualidad más amplia no reducida al coito que promueve la intimidad, y siguiendo las mismas líneas terapéuticas, se aplica el acercamiento progresivo al uso del preservativo durante el coito.

Se aprovechan estas sesiones de pareja para realizar, también, psicoeducación explicándole a la pareja las dificultades que presenta el paciente, así como la importancia de no realizar aquellas conductas que retroalimentan las demandas

de control, como evitar enviarle fotos confirmando el lugar donde se encuentra.

La séptima sesión viene marcada por la ruptura temporal de la pareja a raíz de un episodio intenso de celos en contexto lúdico-festivo con consumo de alcohol. Cobb y Marks (1979) consideran que el alcohol exacerba el comportamiento celoso, aunque no suele ser la causa primaria. En este caso, aunque no hay un consumo diario, sí que existe un consumo lúdico-festivo que en más de una ocasión, como la que nos acontece, ha aumentado la rumia y desconfianza derivando en conductas celosas y reproches. Se aprovecha para trabajar sobre lo sucedido y se centra la sesión en el abordaje del miedo al abandono a partir de esquemas precoces desadaptativos que se activan ante esta situación y el manejo del malestar derivado de la misma.

En la octava y novena sesión, la relación de pareja se ha retomado y se continúa con el trabajo individual recuperando los registros, el material sobre reestructuración cognitiva y a nivel conductual se exploran alternativas para el manejo del malestar potenciando actividades de ocio individuales o sociales. Se sigue trabajando en entrenamiento asertivo y terapia sexual a nivel individual.

En la décima sesión se pretende consolidar lo aprendido, valorar los cambios y prevenir recaídas. La visita coincide con el inicio próximo de la temporada laboral de la pareja de manera que se planea con el paciente un afrontamiento funcional de la situación, en comparación al año anterior.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Finalizado el tratamiento, se evalúan los cambios de forma objetiva con los cuestionarios BDI-II, STAI e ICPC (Tabla V).

De forma objetiva, se observa una mejora en la sintomatología ansioso-depresiva y en cuanto al comportamiento celoso destaca una reducción del malestar ante situaciones que generan suspicacia pero que no son esencialmente de infidelidad.

A nivel conductual, se observa en la evolución del registro de tres columnas de los comportamientos celotípicos, una reducción de las conductas de control, por lo que de manera progresiva las expresiones celotípicas van disminuyendo, tanto a nivel conductual como cognitivo. El paciente refiere no controlar a su pareja vía redes sociales ni comprobar su piso, y se reduce el interrogatorio y discusiones ante situaciones que generan pensamientos automáticos de infidelidad. Se reducen, también, el número de pensamientos obsesivos y



Tabla V. Puntuaciones ICPC, BDI-II y STAI

DIMENSIONES	PUNTUACIONES (PRE)	PUNTUACIONES (POST)
Comportamiento infiel (ICPC)	T = 57,6	T = 55,8
Comportamiento sospechoso (ICPC)	T = 74,0	T = 57,1
Atracción mediática (ICPC)	T = 62,2	T = 64,6
Sintomatología depresiva (BDI-II)	T = 57,3 (leve)	T = 45,6 (mínima)
Ansiedad rasgo (STAI)	T = 68,0	T = 56,0
Ansiedad estado (STAI)	T = 62,2	T = 54,2

Se muestran las puntuaciones de los cuestionarios ICPC, BDI-II y STAI antes y después de la aplicación del tratamiento psicológico. (Puntuaciones T: media 50; desviación típica 10).

estos son menos intensos emocionalmente. Por otro lado, el paciente refiere mantener relaciones sexuales con preservativo.

En síntesis, se observa una reducción del malestar emocional y una mejor funcionalidad en la vida cotidiana del paciente, además de una mayor satisfacción en la pareja.

SEGUIMIENTO

Posteriormente se realiza seguimiento al mes y a los 3 meses para observar el mantenimiento de los cambios. El paciente informa un mes después de la décima sesión que van a ir a vivir juntos, hecho que aumenta la seguridad en la relación por parte del paciente e incluso refiere haber disminuido su exigencia en la esfera sexual y por tanto aumentado su satisfacción en este aspecto. Además, relata una situación que con anterioridad hubiera sido provocadora de celos y que pudo manejar satisfactoriamente.

En la visita a los 3 meses, el paciente describe un mejor manejo durante la temporada laboral de la pareja de la pareja y es capaz de buscar alternativas de ocio individual o social mientras ella trabaja o descansa. En cuanto a los pensamientos de carácter celoso, aparecen de forma muy puntual y los describe como fácilmente reconducibles, sin entrar en discusiones, interrogaciones o conductas controladoras. Aún así, todavía se mantiene cierta suspicacia a ser engañado, coherente con los esquemas de base. En cuanto a la relación de pareja han iniciado la convivencia satisfactoriamente aunque se mantienen dificultades en la comunicación. En la

esfera sexual, a pesar de la reducción de las exigencias, sigue existiendo escaso equilibrio entre las necesidades de ambos miembros de la pareja en éste ámbito y pocos recursos para la vivencia de la intimidad de forma diversificada.

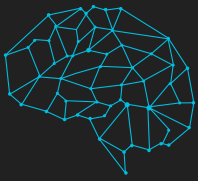
OBSERVACIONES

Los rasgos obsesivos del paciente son mantenedores de algunas conductas impulsadas por los celos y de las cogniciones, relacionadas con la necesidad de control y certeza. Por otro lado, favorecen la asistencia a las sesiones y el cumplimiento de las tareas para casa, implicándose correctamente en su tratamiento y evolución.

DISCUSIÓN

En el presente caso, destaca la presencia de una idea sobrevalorada que causa malestar significativo, y que se pretende controlar a partir de conductas compensatorias, con el fin de disminuir la ansiedad e intentar evitar que suceda aquello que tanto teme, la infidelidad. Esta misma conducta genera malestar en si misma y deteriora la relación sentimental, además de perpetuar la idea de infidelidad. El DSM-5 permite categorizar los celos no delirantes, ni provenientes de un trastorno de personalidad paranoide, como un trastorno relacionado con el TOC, y el presente caso encaja en esta nueva categoría diagnóstica de la quinta edición del DSM, "Otro trastorno compulsivo-obsesivo y trastornos relacionados especificados –Celos Obsesivos (300.3)". El encuadre de este tipo de conductas celotípicas dentro de las obsesiones-compulsiones, permite entender el mantenimiento de estos comportamientos desde un prisma similar al del TOC, y podrían ser subsidiarios a aplicar tratamientos similares.

Tal y como se ha indicado a lo largo de trabajo hay pocos estudios sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos de los celos mórbidos no delirantes, aunque la literatura apunta hacia el uso del tratamiento multicomponente cognitivo-conductual (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001; Alario, 2002; Leahy y Tirsch, 2008). En el caso clínico presentado, se observa como las conductas comprobatorias y controladoras impulsadas por pensamientos obsesivos de infidelidad, pueden ser tratadas con exposición con prevención de respuesta (EPR), tal y como ocurre en el TOC, siendo el tratamiento de primera elección para este diagnóstico (Vallejo, 2012). Por otro lado, las técnicas cognitivas empleadas ayudan a integrar la información aportada por la exposición,



estimulan la generalización y minimizan las posibilidades de recaída (Vallejo, 2012). En este caso, la reestructuración cognitiva basada en el Protocolo Unificado de Barlow (2015), permite la identificación de los pensamientos automáticos negativos, la flexibilización de los mismos, y el análisis e identificación de los esquemas desadaptativos precoces que se hallan en la base de las cogniciones obsesivas, interviniendo así, no solo en los pensamientos relacionados con la situación actual, si no, en factores predisponentes y posibles situaciones futuras.

La conceptualización del presente caso como una variante del TOC, acorde a la nueva clasificación del DSM-5, ha permitido la aplicación de tratamientos cognitivo-conductuales de elección para el TOC de forma eficaz ante los pensamientos y conductas celotípicas no delirantes. Por otro lado, el tratamiento dirigido por sí solo a los pensamientos obsesivos y conductas controladoras no era suficiente, ya que existen factores mantenedores de los celos sobre los que se debe intervenir. En este caso, ha sido de utilidad poder contar con la colaboración de la pareja para trabajar aspectos comunicativos y sexuales, aunque consideramos que ha sido insuficiente para ver una mejoría significativa. De este modo se ha optado por aplicar un tratamiento multicomponente cognitivo-conductual, añadiendo terapia sexual y entrenamiento asertivo, con el fin de complementar el tratamiento de elección del TOC y afrontar diferentes aspectos que repercuten en la sintomatología del paciente.

Las conductas de control del paciente estaban mediadas por el uso de las nuevas tecnologías, haciendo un uso desadaptativo de las redes sociales. La propuesta del control de estímulos al inicio de la terapia fue bien aceptada y ayudó, en gran medida, a evitar control a partir del móvil. El paciente entendía la disponibilidad, la accesibilidad y prontitud en la respuesta como signos de reconocimiento, y su falta, era activadora de los pensamientos obsesivos de infidelidad. Lesán y Casado (2014) entienden que la conceptualización de las nuevas tecnologías como una forma de comunicación instantánea y permanente, se ha convertido en un hábito y por este motivo hace que no se entienda como un control a la pareja si no como transparencia, o simplemente estar conectados, momento en el que se juega el difícil equilibrio entre conexión y control, beneficio y peligro y reconocimiento y dependencia.

Concluimos que, a pesar de que los celos tienen ventajas a nivel evolutivo, asegurando la posesión de un compañero

y la propagación de los propios genes en lugar de los de un rival, cuando la creencia de rivalidad es errónea y se dedica demasiado tiempo y esfuerzo en intentar eliminar esa falsa amenaza, se convierte en patológico y disfuncional (Kingham y Gordon, 2004). En la actualidad, donde los celos se dan en un contexto de "cultura de la separación" y de relaciones personales mediadas por la tecnología, se revela la contradicción: a mayor libertad y comunicación, mayor es el conflicto y el deseo de control y pertenencia (Rodríguez-Salazar y Rodríguez-Morales, 2016).

LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE FUTURO

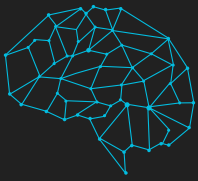
Creemos que los resultados de este tipo de intervención pueden estar mediados por la confianza depositada en la pareja. Si el paciente es capaz de cuestionarse la realidad de su pensamiento y reconocer el origen infundado de sus sospechas, podrá permitirse realizar una atribución interna de algunas de las situaciones en lugar de externa. Por lo que, también, una baja capacidad autocrítica y de introspección podría ser un impedimento para la aplicación de este tipo de tratamientos, no pudiendo generalizar los resultados de este caso clínico.

Otro impedimento observado para la generalización, es la presencia o no de la pareja en el ámbito terapéutico, y los problemas asociados a la comunicación y la sexualidad. Creemos conveniente conceptualizar el tratamiento para los celos mórbidos no delirantes, como un tratamiento de carácter multicomponente, con posibilidad de incluir a la pareja en el tratamiento.

Finalmente, creemos interesante estudiar cómo afecta el contacto permanente e inmediato de la mensajería instantánea y las redes sociales en las relaciones sentimentales y los celos.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA, BUENAS PRÁCTICAS Y CESIÓN DE DERECHOS

Este caso clínico no ha sido financiado por ninguna entidad. El primer autor ha contribuido en la evaluación y tratamiento del paciente; el primer y segundo autor han contribuido en el redactado del caso. Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses. Los procedimientos utilizados se han realizado bajo consentimiento informado y se publican manteniendo el anonimato del paciente.



BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (APA) (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Barcelona, España: Masson.
2. Alario, S. (2002). Tratamiento conductual de un trastorno de celos patológicos. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 62-63, 83-92. Recuperado de: <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=121>
3. Barlow, D. H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., y Ehrenreich-May, J. (2015). Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Madrid, España: Alianza Editorial.
4. Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23 (3), 486-494. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3913.pdf>
5. Buela-Casal, G., y Guillén-Riquelme, A. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515. Recuperado de: <http://www.psicothema.es/pdf/3916.pdf>
6. Carlen, A., Kasanzew, A., y López-Pell, A.F. (2009). Tratamiento cognitivo conductual de los celos en la pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12 (3), 173-186. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num3/Art9Vol12No3.pdf>
7. Chambless, D.L., y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.7
8. Cid, J., y Torrubia, R. (2010). Spanish version of the Young Schemas Questionnaire-3. Manuscrito no publicado.
9. Cobb, J. P., y Marks, I. M. (1979). Morbid jealousy featuring as obsessive-compulsive neurosis: treatment by behavioural psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 134, 301-305. doi: 10.1192/bjp.134.3.301
10. Cuesta, M. (2006). Intervención cognitiva en un caso de celotipia. *Acción psicológica*, 4 (1), 71-82. doi: 10.5944/ap.4.1.494
11. Dijkstra, P., Barelds, D. P. H., y Groothof, H. A. K. (2010). An inventory and update of jealousy-evoking partner behaviors in modern society. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 329-345. doi: 10.1002/cpp.668
12. Echeburúa, E., y Fernández- Montalvo, J. (1999). La patología de los celos: análisis descriptivo y propuestas terapéuticas. *Análisis y modificación de conducta*, 25, 99. Recuperado de: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/28055>
13. Echeburúa, E., y Fernández- Montalvo, J. (2001). Celos en la pareja: una emoción destructiva. Barcelona, España: Ariel.
14. Fernández, A.M., Pávez, P., y Dufey, M. (2014). Evaluación chilena del Inventario de Comportamientos de la Pareja que Provocan Celos. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 23 (2), 45-55. doi: 10.5354/0719-0581.2015.36147
15. Hodgson, R.E., Murray, D., y Woods, M.R. (1992). Othello's síndrome and hyperthyroidism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 663-664. doi: 10.1097/00005053-199210000-00010
16. Kingham, M., y Gordon, H. (2004). Aspects of morbid jealousy. *BJPsych Advances*, 10, 207-214. doi: 10.1192/apt.10.3.207
17. Klosko, J.S., y Young, J.E. (2012) *Reinventar tu vida*. Madrid, España: Paidós Ibérica.
18. Lacasa, F. (2004). Versión española del CaMir. Recuperado de: http://www.sites.google.com/site/bpierreh/home/instruments/camir/camir_sp.
19. Lesán, A., y Casado, E. (2014) *Mediaciones tecnológicas. Cuentos, afectos y subjetividades*, 19-35. Madrid, España: CIS.
20. Leahy, R., y Tirch, D. (2008). Cognitive Behavioural Therapy for Jealousy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1 (1), 18-32. doi: 10.1521/ijct.2008.1.1.18
21. Martínez-León, N., García-Rincón, L., Valencia, D., Barreto, S., Alfonso, A., Quintero, C., y Parra, A. (2016). Efecto de una intervención cognoscitivo conductual para el manejo de los celos en la relación de pareja. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10 (1), 113-123. doi: 10.21500/19002386.2472
22. Morduchowicz, R. (2012). *Los adolescentes y las redes sociales. La construcción de la identidad juvenil en Internet*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
23. Rodríguez Salazar, T., y Rodríguez Morales, Z. (2016). El amor y las nuevas tecnologías: experiencias de comunicación y conflicto. *Comunicación y Sociedad*, 25, 15-41. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/comso/n25/n25a2.pdf>
24. Sanz, J., Perdígón, A., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clinica y Salud*, 14 (3), 249-280. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1806/180617972001/>
25. Vallejo, M.A. (2012). *Manual de terapia de conducta I*. Madrid, España: Dykinson.
26. Young, J.E, Klosko, J.S., y Weishaar, M.E. (2003). *Terapia de esquemas*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer