

**LA PATOLOGÍA DE LOS CELOS:
ANÁLISIS DESCRIPTIVO
Y PROPUESTAS TERAPÉUTICAS**

**Enrique Echeburúa¹
Javier Fernández-Montalvo²**

¹ Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO.

² Departamento de Psicología y Pedagogía. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA.
Campus de Arrosadía. 31006 Pamplona.

RESUMEN

En este artículo se presenta una revisión de los principales aspectos implicados en los celos patológicos. Se conceptualiza este fenómeno clínico en los diferentes trastornos mentales y se exponen los aspectos psicopatológicos que lo caracterizan. Asimismo se analizan los principales instrumentos de evaluación y se exponen los resultados obtenidos en los diferentes estudios terapéuticos.

Palabras clave: CELOS PATOLÓGICOS. EVALUACIÓN. TRATAMIENTO.

Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. E-mail: ptpodece@ss.ehu.es

Agradecimientos. Este estudio se ha financiado con un proyecto de investigación de la Universidad del País Vasco (código nº UPV 006.231-HA177/97).

SUMMARY

The aim of this paper was to review the current knowledge about pathological jealousy. This clinical phenomenon is conceptualized in the field of mental disorders and the psychopathological features are analyzed. Moreover the main measurement tools are described and the results of therapeutic studies are exposed.

Key-words: Pathological jealousy. Assessment. Treatment.

INTRODUCCIÓN

Los celos son una emoción que surge como consecuencia de un exagerado afán de poseer algo de forma exclusiva («*me pertenezco*», «*soy todo tuyo*», etc.) y cuya base es la infidelidad -real o imaginaria- de la persona amada. La literatura de todos los tiempos (Shakespeare, en *Otelo, el moro de Venecia*; Proust, en *Un amor de Swann*; o Zola, en *La bestia en el hombre*) y la música (Bizet, en la ópera *Carmen*) se han hecho eco frecuentemente de esta emoción universal y de sus consecuencias.

Los celos -más condicionados por el sentido de propiedad que por la libido- son un fenómeno común en nuestra sociedad, que no necesariamente reflejan la existencia de un problema psicopatológico y que, por ello, no deben generar un sentimiento de vergüenza. Dentro de ciertos límites, pueden constituir una muestra de preocupación y de interés hacia la pareja y ser un reflejo del amor experimentado. En cierta medida, los celos actúan al servicio de una adaptación evolutiva que asegura la estabilidad del hogar y crea un ambiente propicio para el cuidado de los niños al prevenir, hasta cierto punto, la promiscuidad.

Si bien las diferentes culturas y los distintos periodos históricos modulan la manifestación externa de los celos, con amplias variaciones en su expresión (Hupka, 1991; Mullen, 1991), los celos constituyen una emoción que se ancla en lo más profundo de los seres humanos. Eso de que los celos son privativos de los latinos es una falsedad publicitaria. Puede que sean más explosivos en su aparición o más primarios en su expresión, pero no son exclusivos de ellos.

Sin embargo, los límites de los celos normales o razonables resultan difíciles de establecer. De hecho, la aparición de unos celos intensos refleja frecuentemente la existencia de una inseguridad personal, así como de un sentimiento de posesión sobre la pareja y de un temor a perderla en beneficio de un rival, que va en menoscabo del respeto hacia la persona querida. Ser celoso, de este modo, equivale a mostrar signos de inestabilidad emocional y a confundir el amor con la posesión (Mullen, 1991).

En cualquier caso, los celos son una emoción nada infrecuente en la población general. En el estudio comunitario llevado a cabo por Mullen y Martin (1994), con una muestra de 351 sujetos pertenecientes a la población normal, se analizaron los sentimientos y las conductas relacionados con los celos. No deja de ser curioso que el 40% de los sujetos estudiados reconocían haber sufrido celos injustificados y que el 46% los consideraban como algo inevitable cuando se ama a una persona. Las principales situaciones generadoras de celos eran, por orden de importancia, las siguientes: a) que la pareja mostrase interés por alguien; b) que se desconociese el paradero de la otra persona; y c) que se sufriese estrés por razones ajenas a la relación. Asimismo, en el caso de las mujeres predisuestas, los celos aumentaban en el periodo previo a la menstruación.

Durante los episodios de celos se experimenta, invariablemente, un miedo intenso a perder la pareja, un profundo temor a quedarse solo afectivamente, un acentuado sentimiento de vergüenza y de humillación y una pérdida del sentimiento de exclusividad sexual, así como una incertidumbre ante el futuro. La sensación de malestar es tan absorbente que focaliza la atención en este tema e interfiere en la capacidad de concentración. Hay personas incluso que montan en cólera cada vez que su pareja menciona una relación tenida diez años antes de su matrimonio.

El alivio del malestar -transitorio, por otra parte- sólo se consigue con las conductas dirigidas a verificar la base real de dichos sentimientos. En este sentido los comportamientos más frecuentes en relación con la pareja son los siguientes: preguntarle constantemente sobre sus actividades fuera del hogar, interrogarla de forma reiterada sobre relaciones habidas años atrás, telefonarla para tenerla loca-

lizada constantemente, aparecer de forma inesperada en los lugares frecuentados habitualmente por ella, buscar pruebas de una posible infidelidad entre sus pertenencias (bolso, coche, etc.) y, en los casos más extremos, examinar su ropa (pañuelo, vestidos, ropa interior, etc.) en busca de signos de contactos sexuales (Mullen y Martin, 1994).

LOS CELOS PATOLÓGICOS

Resulta extremadamente difícil establecer el límite entre los *celos normales* y los *celos patológicos*. Estos últimos -también conocidos con el nombre de *Síndrome de Otelo*- constituyen un trastorno caracterizado por una preocupación excesiva e irracional sobre la infidelidad de la pareja, que provoca una intensa alteración emocional y que lleva al sujeto a desarrollar una serie de conductas comprobatorias (*auténticos rituales compulsivos*) con el objetivo de controlar a la otra persona. Los celos mórbidos constituyen la reacción a una amenaza *percibida* (sea o no real la amenaza) con respecto a una relación existente.

Tabla 1.- Características de los celos patológicos

• Falta de provocación lógica
• Extraña naturaleza de las sospechas
• Reacción irracional y excesiva
• Rituales de comprobación
• Pérdida de control
• Interferencia grave en la vida cotidiana
• Alto grado de sufrimiento personal

En este sentido, lo que define la patología de los celos es la ausencia de una causa real desencadenante, la intensidad desproporcionada de los celos, el alto grado de interferencia con la vida cotidiana, el gran sufrimiento experimentado y, en último término, la pérdida de control, con reacciones irracionales (*tabla 1*). Sentirse abrasado, corroído o reconcomido por los celos -el lenguaje es muy explícito a este respecto- es lo que caracteriza a los celos patológicos. Se trata, por tanto, de una emoción normal, pero que, en su forma extrema, llega a adquirir un carácter patológico.

Hay algunos factores de personalidad o situacionales que predisponen a los celos patológicos. En concreto, a las personas inseguras, desconfiadas o necesitadas de estimación y muy dependientes de la pareja les aterra perder la persona querida. En otras ocasiones, haber sufrido un trauma grave y una humillación en la vida sentimental predispone a una persona a unos celos descontrolados (García Andrade, 1993; López Garza, 1995).

Desde una perspectiva psicopatológica, esta creencia irracional puede presentarse en forma de una idea delirante (delirio de celos) o como una obsesión o idea sobrevalorada (*cfr.* Cobb y Marks, 1979). Asimismo este síntoma se puede presentar aislado o, lo que es más habitual, en el contexto de otro cuadro clínico (el trastorno delirante, la depresión, la demencia o el abuso de alcohol, principalmente) (Hodgson, Murray y Woods, 1992).

Los problemas asociados más frecuentemente a los celos mórbidos son los síntomas depresivos (hasta en un 66% de los casos), los sentimientos de baja autoestima (relacionados con el desprestigio social de una supuesta infidelidad), un nivel pobre de asertividad y las alteraciones sexuales, así como constantes problemas en la relación de pareja (De Silva, 1997; Verhulst, 1985).

Así, por ejemplo, en el estudio de Bishay, Petersen y Tarrier (1989), por ejemplo, el 85% de una muestra de 13 pacientes con celos mórbidos presentaban sentimientos de inferioridad con respecto a otros miembros del mismo sexo; en el de Mooney (1965), aproximadamente el 60% de los pacientes aquejados de celos presentaban también síntomas depresivos.

En el hombre los celos se manifiestan en forma de ira o de agresión; en la mujer, en forma de tristeza o depresión y, en muchas ocasiones, mezcladas con autorreproches («¿qué he hecho mal?»).

La distinción entre los celos patológicos de carácter obsesivo de aquellos que forman parte de ideas delirantes es fundamental. La posterior intervención terapéutica es distinta en uno y otro caso. De hecho, en el caso de los celos delirantes se han utilizado predominantemente tratamientos psicofarmacológicos. Sin embargo, cuando los celos tienen un carácter obsesivo, se han puesto en práctica diferentes opciones terapéuticas de tipo psicológico, a semejanza de las utilizadas en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

Celos patológicos y trastorno delirante

El delirio de celos está caracterizado por el predominio de una convicción delirante de ser engañado por la pareja. En los demás ámbitos el sujeto conserva un pensamiento coherente y un comportamiento adaptado. La evolución de este delirio, que casi siempre carece de un fundamento cierto, es muy tenaz, al margen de que esa evolución pueda atravesar fases distintas: aparente desaparición, resurgimiento, momentos críticos, con el riesgo en este último caso de crisis depresivas, tendencias suicidas y conductas agresivas.

No hay que confundir, sin embargo, los *celos pasionales* con los *celos delirantes*. En los primeros las dudas expresadas por el sujeto surgen de la inseguridad de perder a la persona amada y de la envidia de que ella pueda ser disfrutada por otro; en los segundos, hay una certeza absoluta (derivada de la idea delirante) de ser engañado, lo que a veces surge de forma explosiva, inmediata a la percepción delirante (García Andrade, 1993).

Las personas con celos patológicos suelen pasar de la suspicacia al odio, del odio a la locura y de la locura a la desesperación y a la violencia. De hecho, el homicidio por celos es el delito más frecuente en la vejez, sobre todo cuando hay componentes paranoides y alcohol de por medio.

Celos patológicos y alcoholismo

Los celos son muy frecuentes entre las personas que beben habitualmente. La relación entre los celos y el alcoholismo es bidireccional. En algunos casos se trata de personas celosas que

lo son desde siempre y que han encontrado en el alcohol un alivio al malestar que generan los celos, como ocurre también en otras manifestaciones de la ansiedad. En estas personas el alcohol puede utilizarse como estrategia para hacer frente a las dudas y sospechas patológicas respecto a la infidelidad de la pareja (Echeburúa, 1996).

En otros casos, en cambio, la relación es inversa. El consumo excesivo de alcohol puede reactivar sentimientos de celos latentes, así como generar episodios de impotencia. Este hecho, unido a la suspicacia del alcohólico y al rechazo erótico de que es objeto habitualmente por parte de la pareja a causa del hedor, del descuido de la higiene y del deterioro general de la relación, propicia la aparición o el desarrollo de los celos (Echeburúa, 1996) (tabla 2).

Tabla 2.- Principales razones de los celos patológicos en los alcohólicos

<ul style="list-style-type: none"> * Impotencia debida al consumo de alcohol * Rechazo por parte de la mujer: <ul style="list-style-type: none"> - Hedor y descuido de la higiene personal - Deterioro de la relación afectiva

Los celos favorecidos por el consumo excesivo de alcohol afectan fundamentalmente a los varones. Los sentimientos de celos pueden oscilar desde una sospecha transitoria en la intoxicación hasta una convicción profunda en la abstinencia (esta última es más grave). Desde una perspectiva clínica, conviene tomar en consideración el papel significativo que pueden desempeñar, sobre todo en el segundo caso, en la comisión de conductas violentas, incluso con consecuencias mortales, contra la pareja (Echeburúa, 1996).

Celos patológicos y violencia familiar

La conducta violenta en el hogar es resultado de un estado emocional intenso -la ira-, que interactúa con unas actitudes de

hostilidad, un repertorio pobre de conductas (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos patológicos, etc.), así como de la percepción de vulnerabilidad de la víctima (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998) (figura 1). De hecho, en lo que se refiere a la relación entre los celos patológicos y la violencia familiar, es relativamente habitual la presencia de ambos fenómenos conjuntamente.

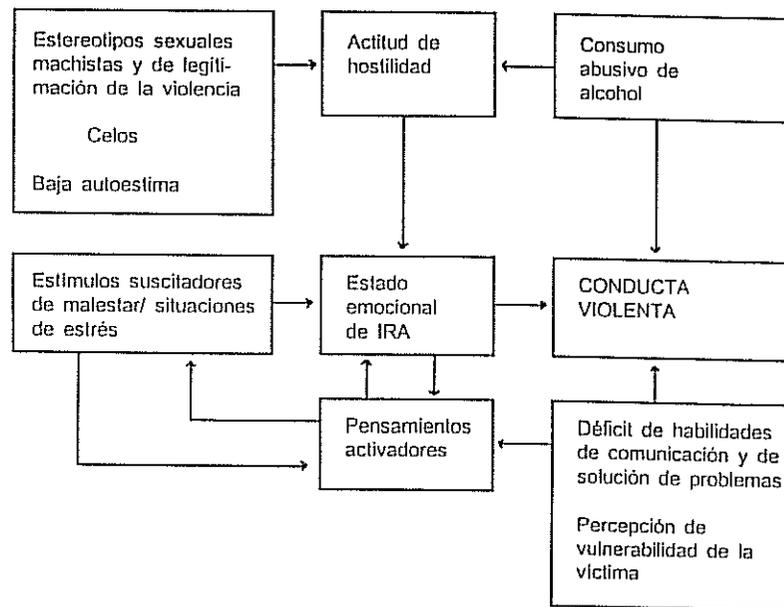


Figura 1.- Desarrollo de la violencia conyugal

En las muestras de pacientes aquejados de celos patológicos es frecuente encontrar casos en los que los sentimientos irracionales de celos han provocado conductas violentas. En el estudio de Bishay *et al.* (1989), por ejemplo, el 23% de una muestra de 13 pacientes

con un problema de celos patológicos habían sido violentos físicamente con su pareja. Se trataba de sujetos en los que la firme creencia de la infidelidad de sus parejas había provocado un estado emocional intenso de ira que, junto con otros factores asociados, había desencadenado episodios de violencia.

No es exagerado afirmar que un porcentaje significativo de los hombres violentos en el hogar presentan celos patológicos. En nuestro país, según el estudio llevado a cabo por Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) con 42 maltratadores, el 38% de ellos tenían un problema de celos patológicos, que había actuado, entre otros factores, como desencadenante de los episodios violentos.

No se debe olvidar, en este sentido, que este trastorno constituye un factor de riesgo de homicidio de la pareja -los llamados crímenes pasionales- (Dutton, Van Ginkel y Landolt, 1996; Federal Bureau of Investigation, 1986; Fido, 1993; Goldney, 1977; Paul y Galloway, 1994; Pines, 1992).

La situación de continua desconfianza genera una gran tensión emocional en el celoso y en su pareja, que se siente continuamente acosada. Los celos producen un gran deterioro en la relación de pareja y pueden acabar con ella, incluso en algunos casos desembocar en la violencia. Los ataques de celos son el motivo más frecuente de homicidios conyugales y la fuente principal de violencia por parte de la mujer hacia su marido o amante. En la mayoría de los casos la víctima es la pareja y no el rival, aunque a veces las víctimas pueden ser ambos.

Lo que lleva a esta situación es el sentimiento insuperable de pérdida de algo que le pertenece a uno. La supuesta infidelidad de la víctima pone en entredicho la autoridad y virilidad del agresor (Rojas Marcos, 1995). El homicida suele acabar por entregarse a la policía o por suicidarse, lo que le diferencia de otros criminales que tratan de ocultar su implicación en el delito (García Andrade, 1993).

Los homicidios pasionales asociados al adulterio («*la maté porque era mía*») han disminuido considerablemente al haberse rebajado la presión social sobre el adulterio y sobre cualquier tipo de infidelidad. Pero, sin embargo, han aumentado de forma inquietante los delitos motivados por celos, quizá sin el trasfondo del honor perdido, pero tan insoportablemente padecidos como en otros tiempos (García Andrade, 1993).

EVALUACIÓN DE LOS CELOS PATOLÓGICOS

Una evaluación integral de los celos patológicos debe incluir la valoración de la naturaleza de los celos, de las consecuencias ocasionadas por los mismos, del tipo de pensamientos que presenta el sujeto y de los estímulos o situaciones que los provocan, así como, en su caso, del cuadro clínico asociado (De Silva, 1997). No obstante, el objetivo de este apartado es analizar los instrumentos concretos de evaluación que existen en el ámbito específico de los celos patológicos.

En este sentido, no existen instrumentos de evaluación validados, con buenas propiedades psicométricas, ni siquiera en poblaciones anglosajonas. De hecho, la mayor parte de los estudios llevados a cabo se limitan a utilizar instrumentos de evaluación de la sintomatología asociada a los celos patológicos (depresión, autoestima y ansiedad, fundamentalmente). No obstante, en algunos estudios (cfr. Bishay *et al.*, 1989; Dolan y Bishay, 1996a, 1996b) se han comenzado a utilizar instrumentos no estandarizados para evaluar los aspectos relacionados con los celos.

El *Sexual Jealousy Questionnaire (SJQ)* (Shrestha, Rees, Rix, Hore y Farragher, 1985) consta de 23 ítems que se centran en las actitudes y en las conductas relacionadas con los celos. Cada ítem se puntúa de 0 a 2 en función de la frecuencia de cada respuesta (*nunca, a veces, a menudo*). El rango total del cuestionario oscila, por tanto, de 0 a 46.

El *Morbid Jealousy Questionnaire for Men/Women (MJQ)* (Dolan y Bishay, 1996b) consta de 16 ítems que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales de los pacientes con celos patológicos. El sujeto debe señalar la frecuencia de cada uno de los pensamientos en una escala de 5 puntos.

El *Jealousy Interpretation Questionnaire (JIQ)* (Dolan y Bishay, 1996b) consta de 11 situaciones estímulares neutrales. El sujeto debe elegir entre 3 alternativas de respuesta: a) una respuesta normal o neutral; b) una respuesta de miedo a que el otro miembro de la pareja se vea atraída por otra persona; y c) una respuesta de miedo a que la pareja le abandone. Un ejemplo de situación estimular es la siguiente: «La pareja se encuentra con un miembro del sexo opuesto».

El *Spouses Jealousy Questionnaire (SPQ)* (Dolan y Bishay, 1996b) proporciona información sobre la percepción del otro miembro de la pareja acerca de la intensidad de los celos. Las respuestas se realizan a través de una escala análogica visual que oscila de 0 a 8 (0 representa *indiferencia*; 8, *violencia física*).

TRATAMIENTO DE LOS CELOS PATOLÓGICOS

Son muy pocas las investigaciones realizadas sobre el tratamiento de los celos patológicos. Se trata, en general, de estudios no controlados o de caso único (cfr. De Silva, 1994), por lo que resulta difícil extraer conclusiones definitivas sobre la terapia de elección en los pacientes aquejados de celos mórbidos. Un resumen de los principales procedimientos terapéuticos utilizados figura en la *tabla 3*.

Tabla 3.- Tratamientos utilizados en los celos patológicos

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS
<p><i>Técnicas conductuales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposición en vivo • Prevención de respuesta • Saciación <p><i>Técnicas cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Terapia racional-emotiva
TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS
<p><i>Fármacos antidepresivos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluoxetina (<i>Prozac</i>) • Clomipramina (<i>Anafranil</i>) <p><i>Fármacos antipsicóticos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pimozida (<i>Orap</i>)

Tratamientos psicológicos

Las principales técnicas psicológicas utilizadas en el tratamiento de los celos patológicos, de carácter no delirante, han sido las siguientes: parada de pensamiento (Marks, 1976; Rosen y Schnapp, 1974), exposición en vivo con prevención de respuesta (Albuquerque y Soares, 1992; Cobb y Marks, 1979) e intervención cognitiva (Bishay *et al.*, 1989; Dolan y Bishay, 1996a; Ellis, 1996). Desde una perspectiva más centrada en la terapia de pareja, se han propuesto programas de intervención amplios, pero un tanto inespecíficos (de tipo *ómnibus*) (cfr. Cano y O'Leary, 1997; Ridley, 1996). No obstante, se desconoce la eficacia de este tipo de programas.

a) Tratamientos conductuales

Los tratamientos llevados a cabo desde este enfoque se basan en la conceptualización de los celos patológicos como una variante del trastorno obsesivo-compulsivo. De hecho, en los celos mórbidos se observan pensamientos o rumiaciones obsesivas relacionadas con la infidelidad de la pareja (*obsesiones*) y conductas rituales dirigidas a controlar a la pareja y a verificar tales pensamientos (*conductas comprobatorias*). En este sentido, las principales técnicas utilizadas -en general, de forma conjunta- han sido precisamente las que han mostrado su mayor utilidad en la terapia del trastorno obsesivo-compulsivo: *la exposición en vivo* y *la prevención de respuesta* (cfr. Albuquerque y Soares, 1992; Cobb y Marks, 1979). Un ejemplo de la aplicación de la técnica de exposición a los celos patológicos figura en la *tabla 4*.

Uno de los primeros estudios realizados sobre el tratamiento de los celos patológicos es el llevado a cabo por Cobb y Marks (1979). En este estudio-piloto se aplicaron técnicas conductuales -adaptadas a partir de las utilizadas con el trastorno obsesivo-compulsivo- en el tratamiento de 4 pacientes aquejados principalmente de celos patológicos de carácter no delirante. En concreto, las técnicas utilizadas fueron, por una parte, la *exposición a las situaciones temidas*, tanto en imaginación como en vivo, y la *prevención de respuesta*, con el objetivo de eliminar los rituales relacionados con los celos (las conductas de comprobación, por ejemplo); y, por otra parte, la *parada*

de pensamiento, con el objetivo de eliminar las rumiaciones obsesivas relacionadas con los celos. Asimismo, en los casos en los que era necesario, se proporcionó a los pacientes un entrenamiento en habilidades sexuales y una intervención de pareja (habilidades de comunicación y solución de problemas).

Tabla 4.- Tratamiento de exposición en los celos patológicos

IDEA OBSESIVA DE CELOS	CONDUCTA CONFIRMATORIA
«Mi mujer se va de casa con otro hombre aprovechando que yo estoy en el trabajo».	Telefonar 3 veces por la mañana y 3 por la tarde a la pareja desde el trabajo para cerciorarme de que está en casa y para saber lo que está haciendo exactamente.
EXPOSICIÓN	PREVENCIÓN DE RESPUESTA
Pensar cada hora qué puede estar haciendo su pareja en ese momento.	<p>Paciente: No llamar por teléfono a la pareja a casa desde el trabajo, excepto por una causa suficientemente justificada.</p> <p>Pareja: En el caso de recibir una llamada inquisitiva injustificada, no contestarle a su requerimiento.</p>

Los resultados obtenidos en este trabajo mostraron una mejoría, en relación con los rituales, en 3 pacientes (el 75% de la muestra). Sin embargo, en relación con las rumiaciones, solamente se obtuvo éxito en 1 caso (el 25% de la muestra). Estos resultados deben ser interpretados con cautela. Se trata de un estudio no controlado y con un número muy bajo de sujetos (4 pacientes). No obstante, al igual que ocurre con el trastorno obsesivo-compulsivo, se observa, a modo de tendencia, una mayor resistencia al tratamiento en el caso de las rumiaciones que en el de las conductas compulsivas.

Por otra parte, en el estudio de Albuquerque y Soares (1992) se trató a 12 pacientes que presentaban un problema de celos con un

tratamiento basado fundamentalmente en las técnicas de *exposición en vivo con prevención de respuesta*. No obstante, también se utilizaron las técnicas de *saciación* y, en los casos en que se consideró necesario, se llevó a cabo una terapia de pareja y una terapia sexual. De los 5 pacientes que terminaron el tratamiento (el 41,6% de la muestra inicial), 3 fueron considerados como «muy mejorados» y 2 como «mejorados», sin que hubiese diferencias en función de la modalidad utilizada (tratamiento individual *versus* terapia de pareja). El resto de pacientes rechazó o abandonó el tratamiento prematuramente.

No obstante, este estudio presenta varias limitaciones. Por una parte, se trata de un estudio no controlado, con pocos sujetos. Por otra parte, no se trataba propiamente de un problema de celos *patológicos*. De hecho, en 11 de los 12 pacientes que componían la muestra inicial el factor desencadenante había sido la infidelidad real de sus parejas.

En el estudio de Parker y Barrett (1997) se describe el tratamiento de un caso de celos *patológicos* con técnicas de *exposición en vivo con prevención de respuesta*. El paciente, un varón de 54 años, había recibido previamente un tratamiento psicofarmacológico a base de *clomipramina*. Como resultado de esta intervención farmacológica, la intensidad de la idea obsesiva, así como las conductas asociadas, habían mejorado sensiblemente. No obstante, el sujeto continuaba experimentando un sentimiento de celos que interfería gravemente en la adaptación a la vida cotidiana.

Por ello, se comenzó con un programa de exposición gradual a las situaciones que le provocaban celos y que le llevaban a la necesidad insoslayable de preguntar sobre ellas a su pareja. Al aplicarse a la vez la prevención de respuesta, el paciente debía abstenerse de realizar dichas preguntas y debía aprender a resistir la necesidad de hacerlas. Por otra parte, a su mujer, con el conocimiento del paciente, se le dieron instrucciones de no responder a ninguna pregunta relacionada con los celos.

Por último, se completaba el tratamiento con técnicas de *reestructuración cognitiva*, dirigidas a eliminar los pensamientos irracionales del paciente.

En cuanto a los resultados, tras 4 semanas de intervención, el paciente mostró una mejoría importante y hubo una desaparición

significativa de los pensamientos relacionados con los celos, con una adaptación satisfactoria a la relación de pareja.

Gangdev (1997), inspirado en el estudio anterior, aplicó este mismo programa de tratamiento a una mujer de 27 años aquejada de celos, con resultados igualmente positivos.

b) *Tratamientos cognitivos*

Desde este enfoque se considera a los celos *patológicos* como el resultado de los numerosos sesgos cognitivos que presentan este tipo de pacientes (Bishay, Tarrier, Dolan, Beckett y Harwood, 1996; Dolan y Bishay, 1996b; Ellis, 1996). De hecho, los pensamientos irracionales implicados en los celos *patológicos* se identifican muy fácilmente, más incluso que en otras patologías, como los pensamientos automáticos en la depresión (Tarrier, Beckett, Harwood y Bishay, 1990). Por ejemplo, un coche aparcado en la puerta de casa se interpreta como que pertenece al amante de su mujer.

El objetivo de este tipo de intervenciones consiste en hacer al paciente consciente de la irracionalidad de sus pensamientos, así como en enseñarle estrategias para eliminarlos y controlar sus emociones y su comportamiento.

De este modo, Bishay *et al.* (1989) utilizaron las técnicas de reestructuración cognitiva en el tratamiento de 13 pacientes con celos mórbidos para hacer frente a los pensamientos irracionales generadores de los sentimientos de celos. Los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento mostraban una mejoría significativa tanto en el número de rumiaciones como en las conductas de verificación. Esta mejoría aumentaba aún más -y también de forma significativa- en el seguimiento realizado a los 6 meses.

No obstante, se trata de un estudio no controlado en el que, además, los pacientes con un nivel elevado de síntomas depresivos recibían tratamiento farmacológico. Si bien los autores señalan que el tratamiento farmacológico para la depresión no tuvo ningún efecto sobre los celos *patológicos*, resulta difícil conocer el peso específico de cada uno de los componentes terapéuticos (antidepresivos y reestructuración cognitiva) o si los antidepresivos fueron un requisito previo necesario para la eficacia posterior de la terapia cognitiva.

Dolan y Bishay (1996a) llevaron a cabo una intervención cognitivo-conductual con 38 sujetos aquejados de celos patológicos. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: a) grupo experimental (23 sujetos); y b) grupo de control en lista de espera durante 12 semanas, con el objetivo de evaluar la evolución sin tratamiento del problema (15 sujetos). Éstos últimos recibían posteriormente la misma terapia que los anteriores. El objetivo del tratamiento cognitivo-conductual consistía en analizar y hacer ver al paciente la irracionalidad de sus creencias y la inadecuación de sus comportamientos, así como en proporcionarle estrategias adecuadas (cognitivas especialmente) para controlar sus emociones y su comportamiento. El número de sesiones variaba en función de las necesidades de cada caso, con una media de 4 sesiones por cada paciente, con una duración de 50 minutos cada una. Un estudio de caso sobre la aplicación de este protocolo de tratamiento puede encontrarse en Dolan y Bishay (1996c).

En cuanto a los resultados obtenidos, hubo una tasa de abandonos del 21% (8 sujetos). De los 30 pacientes restantes hubo una clara superioridad de los pacientes tratados respecto a los no tratados tanto en los pensamientos de celos como en las conductas asociadas a los mismos. La mejoría alcanzada se mantuvo en los seguimientos de los 3 y 6 meses.

Tratamientos psicofarmacológicos

El tratamiento psicofarmacológico de los celos patológicos tampoco ha recibido mucha atención por parte de los investigadores. Se trata también, en su mayoría, de estudios de caso único. En este sentido, son muy variadas las intervenciones farmacológicas realizadas, con un especial énfasis en el uso de los inhibidores de la recaptación de la serotonina -la *fluoxetina*, en concreto, y habitualmente en dosis altas-, debido a su utilidad en el campo del trastorno obsesivo-compulsivo (Gross, 1991; Lane, 1990; Stein, Hollander y Josephson, 1990).

De este modo, ha habido varios estudios en que se ha recurrido a la *fluoxetina* en el tratamiento de los celos patológicos. En concreto, en el estudio de Lane (1990) se trató a un hombre de 39 años,

firmemente convencido de la infidelidad de su mujer, con 60 mg. diarios de *fluoxetina*. Después de 6 semanas de tratamiento, los celos remitieron completamente. Tras 3 meses de remisión completa con la dosis inicial de *fluoxetina*, se interrumpió la misma. En el momento de publicación del estudio, el paciente llevaba 4 meses sin medicación y continuaba la remisión completa de los síntomas.

En el estudio de Gross (1991) se trató a una mujer de 34 años que presentaba unos celos intensos hacia su marido desde el nacimiento de su segundo hijo. Como consecuencia de todo ello, le llamaba frecuentemente al trabajo y, cuando la línea de teléfono estaba ocupada, pensaba firmemente que su marido estaba hablando con su amante. Una vez instaurado un tratamiento de 20 mg. diarios de *fluoxetina*, a las 4 semanas la paciente se encontraba bien y ya no mostraba ideas de celos. Además habían cesado todas las llamadas al trabajo de su marido y se sentía mejor. En el seguimiento efectuado a los 6 meses se mantenían estos mismos resultados.

Ha habido también algunos estudios aislados con otros antidepresivos. Así, en un estudio de caso único de Lawrie (1998) se trató con *clomipramina* a una mujer de 33 años con una historia de celos patológicos de 9 meses de duración. Como consecuencia de la intervención, la paciente mejoró rápidamente, a pesar de haber utilizado una dosis muy baja del fármaco.

Se han utilizado también, si bien menos frecuentemente, otro tipo de fármacos. En el estudio de Byrne y Yatham (1989) se recurrió a la *pimozida* -un antipsicótico del grupo de las *difenilbutilpiperidinas*- en el tratamiento de un hombre de 39 años con una historia de celos que se exacerbaba con la ingesta de bebidas alcohólicas. Por ello, la *pimozida* (2 mg.) se administró junto con *disulfiram* para controlar el consumo de alcohol.

A las dos semanas de tratamiento, el paciente se encontraba mejorado, sin muestras de celos patológicos, por lo que se le dio de alta en el hospital. No obstante, en el momento de la publicación del estudio el paciente continuaba tomando *pimozida*. Los autores señalan que la *pimozida* debe ser el fármaco de elección en los casos de celos patológicos, así como en el de todos los trastornos monodelirantes. Sin embargo, si bien son varios los estudios que señalan la utilidad de la *pimozida* en el tratamiento de los celos patológicos (Dorian, 1979; Munro, 1984; Pollock, 1982) y de otros

delirios (Munro, O'Brien y Roll, 1985), en otros casos los resultados no han sido tan satisfactorios (cfr. Silva, Jerez, Ramírez, Rentería, Aravena, Salazar y Labarca, 1998).

CONCLUSIONES

La ubicación psicopatológica de los celos patológicos dista de estar clara en la actualidad. Los celos se han considerado habitualmente como un síntoma adicional de varias condiciones psicopatológicas (el alcoholismo, la demencia, la esquizofrenia, algunas depresiones, etc.) e incluso como el síntoma único del trastorno delirante de tipo celotípico. Aunque se ha descrito un tipo de celos no delirantes, con un carácter obsesivo, la bibliografía existente hasta la fecha no es clara respecto a la clasificación de los celos patológicos cuando no son delirantes ni secundarios a otro trastorno (Tyler, 1994). En este sentido, la alta prevalencia de los celos como *síntoma* en otras condiciones psicopatológicas ha sido, probablemente, el factor que ha impedido que posean un lugar propio como *trastorno* en las nosologías psiquiátricas.

Los celos patológicos, cuando no tienen un carácter delirante, pueden conceptualizarse como una variante o una manifestación atípica del trastorno obsesivo-compulsivo. Se trata, en estos casos, de pacientes con una preocupación excesiva e irracional acerca de la infidelidad de su pareja, pero que no adquiere un cariz delirante. Este tipo de sujetos presentan dudas sobre la exactitud de sus creencias, debido a que carecen de pruebas obvias. Su preocupación se entiende mejor como una idea sobrevalorada u obsesiva que se experimenta internamente como fuera de control, que es vista por el paciente como excesiva y con algún grado de irracionalidad y que se asocia con conductas repetitivas (preguntas constantes, llamadas telefónicas, registro de las pertenencias personales, etc.) dirigidas a apaciguar sus dudas.

Desde una perspectiva terapéutica, los celos patológicos de carácter delirante parecen responder bien al tratamiento farmacológico, especialmente con fármacos antipsicóticos (como la *pimozida*). Los celos patológicos de tipo obsesivo, por el contrario, responden mejor a un tratamiento conductual-cognitivo, con un peso mayor de los

componentes conductuales (saciación, exposición con prevención de respuesta, etc.) en la terapia de choque y de los componentes cognitivos (reestructuración cognitiva especialmente) en el mantenimiento de los resultados terapéuticos. Queda aún por aclarar si un tratamiento farmacológico -especialmente con antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina, como la *fluoxetina*- contribuye a potenciar los resultados de la terapia psicológica.

BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque, A. y Soares, C. (1992). Celos obsesivos: análisis de casos. En E. Echeburúa (Ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Pirámide.
- Bishay, N.R., Petersen, N. y Tarrier, N. (1989). An uncontrolled study of cognitive therapy for morbid jealousy. *British Journal of Psychiatry*, 154, 386-389.
- Bishay, N.R., Tarrier, N., Dolan, M., Beckett, R. y Harwood, S. (1996). Morbid jealousy: a cognitive outlook. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10, 9-22.
- Byrne, A. y Yatham, L.N. (1989). Pimozide in pathological jealousy. *British Journal of Psychiatry*, 155, 249-251.
- Cano, A. y O'Leary, K.D. (1997). Romantic jealousy and affairs: research and implications for couple therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23, 249-275.
- 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.
- De Silva, P. (1994). Short-term interventions for morbid jealousy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 174-178.
- De Silva, P. (1997). Jealousy in couple relationships: nature, assessment and therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 973-985.
- Dolan, M. y Bishay, N. (1996a). The effectiveness of cognitive therapy in the treatment of non-psychotic morbid jealousy. *British Journal of Psychiatry*, 168, 588-593.
- Dolan, M. y Bishay, N. (1996b). The role of the sexual behavior/attractiveness schema in morbid jealousy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10, 41-61.
- Dolan, M. y Bishay, N. (1996c). The effectiveness of cognitive therapy in morbid jealousy: a case report. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10, 35-40.

- Dorian, B.J. (1979). Monosymptomatic hypochondrical psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 377.
- Dutton, D.G., Van Ginkel, C. y Landolt, M.A. (1996). Jealousy, abusiveness and intrusiveness. *Journal of Family Violence*, 11, 411-423.
- Echeburúa, E. (1996). *El alcoholismo*. Madrid. Aguilar.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Ellis, A. (1996). The treatment of morbid jealousy: a rational emotive behavior therapy approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10, 23-33.
- Federal Bureau of Investigation (1986). *Unified crime reports of the United States*. Washington, DC. Department of Justice.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un estudio descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 151-180.
- Fido, M. (1993). *Deadly jealousy*. Londres. Headline.
- Gangdev, P.S. (1997). Obsession with infidelity: another case and some views. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 772-773.
- García Andrade, J.A. (1993). *Psiquiatría criminal y forense*. Madrid. Ramón Areces.
- Goldney, R.D. (1977). Family murder followed by suicide. *Forensic Science*, 9, 219-228.
- Gross, M.D. (1991). Treatment of pathological jealousy by fluoxetine. *American Journal of Psychiatry*, 148, 683-684.
- Hodgson, R.E., Murray, D. y Woods, M.R. (1992). Othello's syndrome and hyperthyroidism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 663-664.
- Hupka, R.B.L. (1991). The motive for the arousal of romantic jealousy: its cultural origin. En P. Salovey (Ed.). *The psychology of jealousy and envy*. Nueva York. Guilford Press.
- Lane, R.C. (1990). Successful fluoxetine treatment of pathological jealousy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 345-346.
- Lawrie, S.M. (1998). Attacks of jealousy that responded to clomipramine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 317-318.
- López Garza, M.P. (1995). Celos y autoconcepto: un estudio empírico. *Psicología Iberoamericana*, 3, 40-46.
- Marks, I.M. (1976). The current status of behavioural psychotherapy, theory and practice. *American Journal of Psychiatry*, 133, 253-261.
- Mooney, H.B. (1965). Pathological jealousy and psychochemotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 111, 1023-1024.

- Mullen, P.E. (1991). Jealousy: the pathology of passion. *British Journal of Psychiatry*, 158, 593-601.
- Mullen, P.E. y Martin, J. (1994). Jealousy: a community study. *British Journal of Psychiatry*, 164, 35-43.
- Munro, A. (1984). Pathological jealousy: an excellent response to pimozide. *Canadian Medical Association Journal*, 131, 852-853.
- Munro, A., O'Brien, J.W. y Roll, D. (1985). Two cases of «pure» or «primary» erotomania successfully treated with pimozide. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 619-622.
- Parker, G. y Barrett, E. (1997). Morbid jealousy as a variant of obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 133-138.
- Paul, L. y Galloway, J. (1994). Sexual jealousy: gender differences in response to partner and rival. *Aggressive Behavior*, 20, 203-211.
- Pines, A.M. (1992). Romantic jealousy: five perspectives and an integrative approach. *Psychotherapy*, 29, 675-683.
- Pollock, B.G. (1982). Successful treatment of pathological jealousy with pimozide. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 86-87.
- Ridley, J. (1996). Couples presenting with jealousy: alternative interventions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10, 63-73.
- Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid. Espasa-Calpe.
- Rosen, R.C. y Schnapp, B.J. (1974). The use of a specific behavioural technique (thought stopping) in the context of conjoint couples therapy: a case report. *Behaviour Therapy*, 5, 261-264.
- Shrestha, K., Rees, D.W., Rix, K.J.B., Hore, B.D. y Farragher, E.G. (1985). Sexual jealousy in alcoholics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, 283-290.
- Silva, H., Jerez, S., Ramírez, A., Rentería, P., Aravena, N., Salazar, D. y Labarca, R. (1998). Effects of pimozide on the psychopathology of delusional disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 22, 331-340.
- Stein, D.J., Hollander, M.D. y Josephson, S.C. (1990). Serotonin reuptake blockers for the treatment of obsessional jealousy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 30-33.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S. y Bishay, N. (1990). A review of the literature and a cognitive behavioral formulation. *British Journal of Psychiatry*, 57, 319-326.
- Tyrer, P. (1994). La ubicuidad de los celos. *The Lancet*, 25, 133-134.
- Verhulst, J.M. (1985). The jealous spouse. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 19, 110-120.

