

INTERVENCIÓN COGNITIVA EN UN CASO DE CELOTIPIA

COGNITIVE INTERVENTION ON JEALOUSY

M.^a TERESA CUESTA BAYÓN
Servicio de Psicología Aplicada (UNED)

Resumen

El presente trabajo muestra la intervención cognitiva realizada en 24 sesiones en un caso en el que el paciente, que acude inicialmente por problemas de ansiedad, presenta un trastorno obsesivo-compulsivo en el que la naturaleza de las obsesiones cursan en relación a una posible infidelidad de su pareja.

Aparecen pensamientos intrusivos vividos con una carga emocional extrema y como consecuencia el desarrollo de conductas de control y rituales de comprobación cuya función sería la de disminuir la incertidumbre en relación a la duda compulsiva que presenta el paciente.

Utilizando como marco de referencia la terapia cognitiva se propone la utilidad de este método para poner a prueba y comprobar la validez de las creencias de dicho cliente analizando e integrando los factores de vulnerabilidad y experiencias tempranas en el desarrollo de la historia de aprendizaje de la paciente.

Se describen también los objetivos y técnicas de intervención utilizadas y su eficacia terapéutica, así como los resultados obtenidos, los cuales satisfacen los objetivos propuestos y se mantienen después de un seguimiento de dos años.

Palabras Clave

Celos, factores de vulnerabilidad, personalidad, mapa cognitivo.

Abstract

This article shows the case study of a patient with obsessive-compulsive disorder whose original problem was anxiety. The nature of the patient's obsessions is the possible infidelity of her boyfriend. She has a large amount of intrusive thoughts linked to her emotional distress.

The theoretical frame used was the cognitive analysis method. The patient displayed a number of controlling behaviours and checking rituals in order to reduce her anxiety and validate her compulsive doubts about her boyfriend. Her education, early experiences and vulnerability were taking into account.

The aims and techniques used are shown in this article as well as their therapeutic effectiveness. They were achieved the therapeutic aims and maintained two years after the beginning of the treatment.

Key Words

Jealousy, vulnerability factor, personality, cognitive methods.

Introducción

Los *celos* constituyen un sentimiento o una emoción que surge como consecuencia de un exagerado afán de poseer algo de forma exclusiva (me perteneces) y cuya base es la infidelidad -real o imaginaria- de la persona amada (Echeburúa, 2001). Los celos son un fenómeno común en nuestra sociedad, no siendo en todos los casos un problema psicopatológico. En muchas ocasiones desempeñan un papel adaptativo al igual que ocurre con otras emociones. Así por ejemplo el miedo aparece cuando el organismo percibe un peligro y su función sería la de evitar el peligro. La tristeza surge cuando se experimenta algún tipo de pérdida afectiva y su función estaría en proporcionar el espacio necesario para sanar la herida. La ira permitiría adoptar una conducta de ataque o de defensa ante una amenaza. El problema estaría entonces cuando estas emociones, en principio positivas, se experimentan con excesiva frecuencia, intensidad o duración. En el caso de los celos, ser celoso es una cualidad que permite cuidar aquello que más quiere y desea una persona para que nadie se lo arrebate. Éste es el significado real del término celo: cuidado, interés, y esmero. Por tanto su papel adaptativo estaría en asegurar la estabilidad de la relación y la de prevenir, hasta cierto punto, la promiscuidad (Fernández, 2001).

No es fácil, por tanto, establecer el límite entre los celos normales y los celos patológicos. Pero existen grados. En los celos patológicos hay tres características nucleares: la ausencia de una causa real desencadenante, la extraña naturaleza de las sospechas y la reacción irracional del sujeto afectado, con una pérdida de control (Echeburúa, 2001). En definitiva, lo que confiere un carácter patológico a los celos es la intensidad desproporcionada de los mismos, el sufrimiento experimentado por el sujeto y el grado de interferencia grave en la vida cotidiana.

La personalidad celosa viene configurada por una *vulnerabilidad psicológica*. Así por ejemplo en una relación de pareja hay que aceptar un cierto grado de incertidumbre en relación a la posible pérdida o abandono del otro. Por tanto un factor de vulnerabilidad sería una necesidad extrema de certeza unida a una necesidad de control de la persona amada. Estos dos

factores nucleares en el inicio y mantenimiento del problema entroncarían directamente con la historia de aprendizaje de la persona. En esta historia tendríamos que evaluar el tipo de vínculo y de apego que ha establecido el sujeto con sus progenitores.

En los estudios sobre estos conceptos, se llega a las mismas conclusiones sobre la naturaleza de *carencias afectivas tempranas*. Refiriéndose al apego ansioso, Rutter (1990) en su libro *La privación materna* afirma que éste es mayor cuando las relaciones previas con el objeto apegado son perturbadoras e insatisfactorias. Por ejemplo, la repulsión y los rechazos maternos hacen incrementar y no disminuir la conducta de apego y la ansiedad tras una separación es mayor si la relación precedente es negativa. En este mismo sentido y dentro de su marco teórico, Bowlby (1989) considera que una «base segura» en la niñez, entendida como la presencia y accesibilidad de figuras adultas, es condición básica para la autoestima y autoconfianza. En sus trabajos sobre la adicción al amor, Schaeffer (1998) manifiesta que estas personas tratan de cubrir con su dependencia necesidades insatisfechas durante su infancia. Finalmente, diversos estudios sobre las experiencias vitales tempranas de las personas autodestructivas llegan a las mismas conclusiones: Williams y Schill (1993) informaron que la crianza de dichas personas fue descrita por ella mismas como ambivalente, fría y rechazante aseverando que el ambiente de su niñez fue errático y frustrante.

En el caso en concreto que expongo se encontró un tipo de *apego inseguro-ansioso* por parte de los padres en el que el sujeto verbaliza un sentimiento de no haber recibido suficiente atención, de no haberse sentido querido encontrando también un cierto sentimiento de abandono. Es frecuente encontrar también historias en las que de alguna manera se favorecieron a otras personas con roles de iguales dentro del entorno familiar, y aparecen en muchos casos una historia de pareja inestable y con violencia de género.

Teniendo en cuenta todos estos factores se puede afirmar que en la personalidad del celoso tienden a predominar ciertas características personales. Así por ejemplo encontramos una gran

inseguridad en uno mismo y rasgos predominantes de dependencia emocional entre los que podemos destacar una ***preocupación extrema a ser abandonado***, una clara y ***elevada necesidad de apoyo***, una ***necesidad excesiva de aprobación*** por parte de los demás, el gusto por las ***relaciones exclusivas*** en el que el dependiente emocional quiere disponer continuamente de la presencia de la otra persona como si estuviera «enganchado» a ella o a él, aspecto comportamentalmente similar al apego ansioso. Llamará continuamente a su pareja al trabajo, le pedirá que renuncie a su vida privada para estar más tiempo juntos, demandará de la pareja atención exclusiva y todavía le parecerá insuficiente, etc.

Todos estos patrones de conducta no tienen porqué significar una posesión o un dominio ni siquiera dudas con respecto a una infidelidad (celos), sino la tremenda necesidad afectiva de estos individuos. Por tanto no todos los dependientes son celosos, mientras que éstos si que tienen rasgos claramente dependientes. En sus trabajos sobre la adicción al amor, Schaffer compara este fenómeno (***dependencia emocional***) con la intoxicación de los alcohólicos o adicción a las drogas.

Con lo expuesto hasta el momento, se puede objetar que todos estos rasgos y variables de personalidad no son exclusivas de dependientes emocionales y personas celosas. Las podemos encontrar incluso más graves y con existencia de abusos de todo tipo en historias de pacientes límites y antisociales.

Estas aportaciones teóricas, recogidas en la literatura, han servido para sustentar el análisis e intervención del caso que a continuación se expone. Se trata de una paciente con ***trastorno obsesivo-compulsivo*** en la cual el contenido de las obsesiones se relaciona con los celos. El paciente es incapaz de rechazar los pensamientos relacionados con la infidelidad de su pareja, a pesar de que no cuente con ninguna prueba en este sentido y de que tenga el convencimiento de que no es real. Por mucho que se esfuerza y que trata de evitarlos, los pensamientos de infidelidad vuelven una y otra vez a la mente generando un gran nivel de malestar.

En este caso la infidelidad se constituye como una idea sobrevalorada del pasado en forma de ***celos retrospectivos*** (la paciente sufrió

una infidelidad de su marido hace 15 años y la variable que ha desencadenado el problema fue un ascenso en el trabajo en el momento presente). Por tanto habrá que añadir (aparte de los factores de personalidad y experiencias tempranas) otros acontecimientos que puedan provocar un aumento de la vulnerabilidad psicológica de los celos.

En concreto, haber experimentado situaciones de infidelidad real en etapas anteriores de la relación ha constituido un factor de riesgo nuclear en esta paciente. Se describen también otros trastornos comórbidos asociados (trastorno de ansiedad generalizada) y las consecuencias en su entorno psico-social analizando el ***diagrama de conceptualización cognitiva*** de las conductas problema realizando un barrido desde los pensamientos más accesibles a las creencias más nucleares encontrando que ***estrategias compensatorias*** utiliza dicha persona para sobrellevar dichas creencias analizando los mecanismos que las mantienen.

Presentación del caso

Descripción del sujeto, motivo de consulta e historia clínica

La cliente es una mujer de 41 años, casada y con dos hijos de 20 y 16 años respectivamente. Acude a consulta en Octubre del 2003 diciendo tener un problema de ansiedad desde hace dos años y medio. La causa la atribuye a que todo lo ve negativo y antepone hechos que no sabe si pasarán o no. Esto la ocurre muy a menudo con un empeoramiento progresivo y la gravedad del problema la califica como ***sumamente grave***. La suele durar días y días según verbaliza. Puede aparecer en cualquier lugar y lo que hace cuando se le presenta la ansiedad es intentar relajarse y pensar en otra cosa.

El único tratamiento que ha llevado ha sido farmacológico por parte del médico de cabecera consistente en tranxilium dos veces al día y lexitán tres diarios. Se la pregunta por algunos miedos que crea tener y responde lo siguiente: «miedo a viajar en coche, miedo a salir a cualquier lado, miedo a que le pase algo a mi familia, miedo a las enfermedades y miedo a que me deje mi marido».

Se le da un listado de problemas donde tiene que subrayar los aplicables a su caso y señala los siguientes: dolores de cabeza, palpitaciones, falta de apetito, tensión, pánico, sentimientos de soledad, mareos, fatiga, depresión, problemas de estómago, estreñimiento o diarrea, dificultad de concentración y sentimientos de inferioridad.

En relación a su familia su padre murió de una enfermedad respiratoria. Dice haber tenido una buena relación con él hasta que empezó a tener problemas con el alcohol. Desde entonces hubo problemas en la pareja y una amenaza constante de ruptura del matrimonio. A su padre lo describe como una persona muy aprensiva e hipocondriaca. A su madre la describe como buena persona, trabajadora y dice de ella lo siguiente: «inconscientemente no se preocupaba de mí, o al menos así lo pienso». En su relación pasada con su madre dice lo siguiente: «conmigo autoritaria a veces y no daba importancia a mis miedos». En el presente: «tenemos relación con llamadas y nos vemos de vez en cuando».

En relación a los hermanos tiene dos. Una hermana casada de 37 años que vive con su madre, y una hermana de 18 soltera en tratamiento psicológico por ansiedad y miedo a tragar, también vive con la madre. La relación con ellas dice ser igual que con la madre. Siempre se ha sentido la última en el trato con sus hermanas. «A ellas siempre las han prestado muchísima atención».

Cuando se le pregunta por su infancia verbaliza lo siguiente: «no me faltó de nada en cuanto a comer, vestir y cualquier cosa material pero en el afecto sí, faltaba algo». No ha tenido enfermedades importantes. Un tío suyo murió de cáncer cuando la paciente era muy joven y ese hecho le impactó bastante. A los 14 años fue atropellada por un coche y estuvo ingresada 3 meses.

En el área familiar hace 21 años que lleva casada con su pareja de 43 años de edad. La relación la describe como buena, aunque hay un inconveniente —su trabajo le ocupa mucho tiempo—. La paciente relata que su mayor miedo es que su marido la abandone por otra mujer. Siente dudas todo el tiempo sobre todo cuando llega tarde del trabajo o está en reuniones con otras personas. La paciente relata que hace catorce años su marido le fue infiel con otra mujer

durante un año. La relación de pareja sufrió entonces una crisis que superaron con la decisión del cónyuge de reanudar su vida familiar con ruptura de la relación anterior. Desde entonces la paciente desarrolla un patrón de ansiedad moderada en relación a su pareja pero desde que a ésta la ascienden en su trabajo, desde hace dos años (lo que implica para la paciente mayor responsabilidad y salidas fuera de la empresa) se dispara todo un patrón de dudas compulsivas en relación a una posible infidelidad.

Proceso de Evaluación

Instrumentos

Además de la historia clínica, realizada a lo largo de las dos primeras sesiones, se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

- Hojas de Auto-Registro para la elaboración de un Análisis Funcional del problema/s (Beriso, 2003).
- Cuestionario Sintomático **SCL-90-R** (Derogatis, 2000).
- Inventario de Depresión de Beck **BDI**.
- Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad **ISRA** (Tobal, Vindel, 1988).
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo **STAI** (Spielberger, 1999).

Descripción del problema

Se expone a continuación la descripción de la respuesta problema en sus tres niveles.

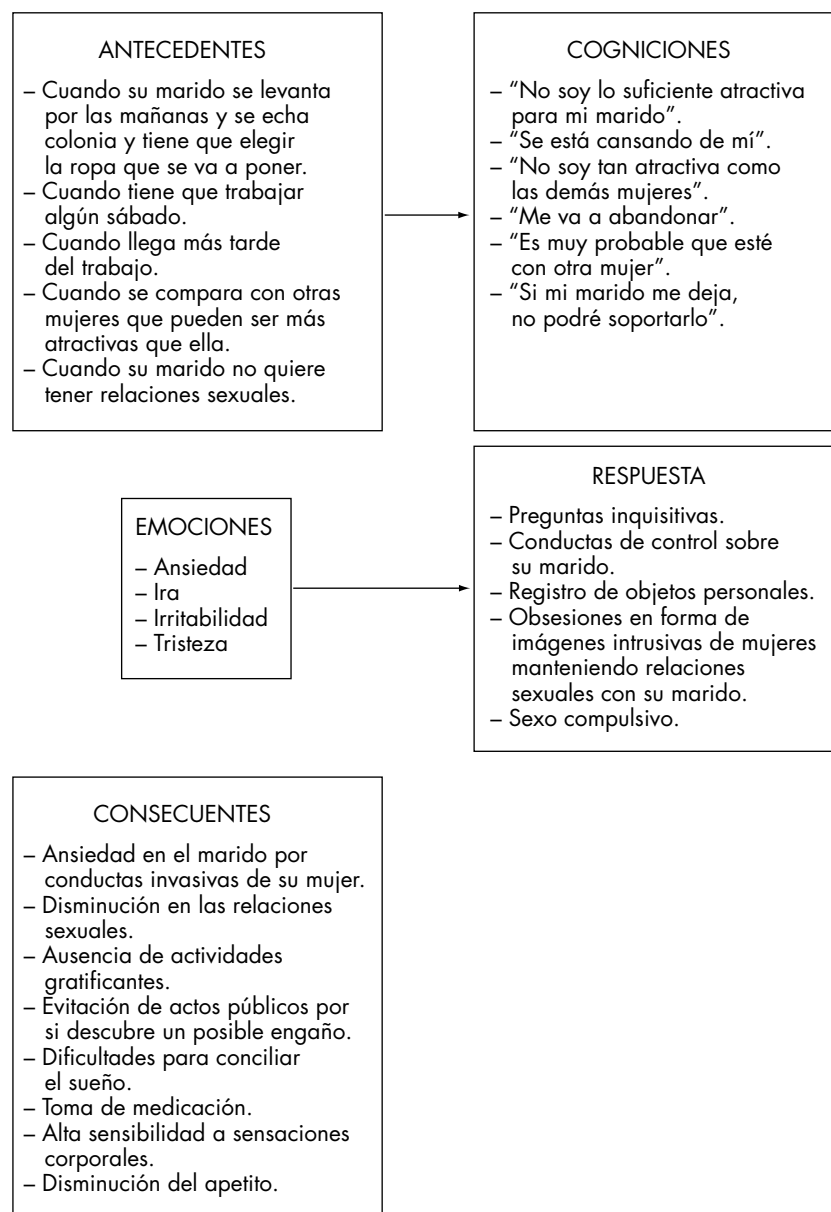
A nivel fisiológico, presión en el pecho, nudo en la garganta, sensación de ahogo, dificultad para respirar y tensión muscular. **A nivel cognitivo** en relación a la ansiedad presenta creencias desadaptativas como «Tener ansiedad es terrible y no la puedo soportar», «La ansiedad es peligrosa», «Necesito controlarla», «Cualquier desgracia que ocurra me puede pasar a mí o a mi familia» y en relación a su pareja creencias del tipo «No soy lo suficientemente atractiva para mi marido», «Se está cansando de mí», «No soy tan atractiva como las demás mujeres», «Me va a abandonar», «Es muy probable que esté con otra mujer», «Si mi marido me deja, no

podré soportarlo» y a **nivel motor** se encuentran conductas de evitación a la hora de afrontar actividades cotidianas como por ejemplo: salir de casa por temor a que le ocurra una posible desgracia, encuentros sociales con amigas y conocidos, situaciones sociales con su marido por si descubre una posible infidelidad. En la **tabla 1** se exponen los datos más relevantes del análisis funcional.

Hipótesis explicativas

En base a los datos obtenidos mediante la entrevista y con la ayuda de la historia clínica podemos formular un modelo explicativo que de coherencia a toda la historia de aprendizaje de nuestra paciente integrando toda su sintomatología actual (**ansiedad y obsesiones-compulsiones**) con su historia de vida.

TABLA 1. Datos relevantes del análisis funcional (Bas y Andrés, 1994)



Teniendo en cuenta los antecedentes familiares podemos observar que la paciente ha desarrollado unos factores de vulnerabilidad que han contribuido al desarrollo de su problemática actual. Así por ejemplo toda la incertidumbre que rodeaba a la situación de sus padres en relación a una posible separación, los problemas de pareja existentes, la enfermedad y muerte de su padre por una negligencia médica, la enfermedad de su tío, su accidente de tráfico a los 14 años y el sentimiento general con el que ha crecido relacionado con una sensación intensa de abandono y una carencia significativa de afecto contribuyeron a desarrollar un estilo cognitivo caracterizado por una gran *intolerancia a la incertidumbre, necesidad de control, necesidad extrema del otro y una gran rigidez de pensamiento*.

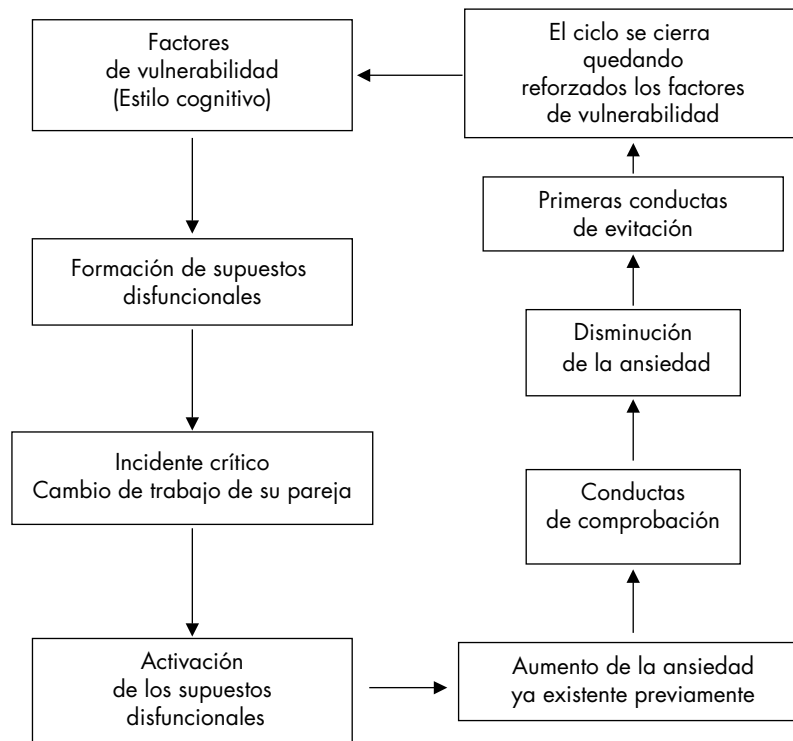
Han sido éstos, por tanto, los *factores de vulnerabilidad* que han dado coherencia, sentido y significado a toda la formación de sus creencias disfuncionales relacionadas con una anticipación catastrófica de la vida cotidiana y un miedo patológico a ser abandonada. Estos su-

puestos disfuncionales siempre han estado en la estructura del sujeto pero es a raíz primero de una infidelidad real «superada» y después con la aparición de un incidente crítico (ascenso en el trabajo, continuas salidas por motivos laborales y éxito profesional del marido) donde se activan estos supuestos y esquemas desadaptativos y es aquí donde empiezan a gestarse los trastornos psicológicos de la paciente. En la **tabla 2** se muestra el esquema de este modelo explicativo.

Diagnóstico

Según todo lo anterior y teniendo en cuenta la clasificación multiaxial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-R) podemos clasificar los problemas de nuestro paciente en los cinco ejes correspondientes. **Eje I:** F42.8 **Trastorno obsesivo-compulsivo** [300.3]. F41.1 **Trastorno de ansiedad generalizada** [300.02]. **Eje II:** Z03.2 [V71.09]. La paciente presenta rasgos de personalidad dependientes sin cumplir criterios para considerarse trastorno de personalidad. **Eje III:** ningu-

TABLA 2. Esquema del modelo explicativo



no. **Eje IV:** problemas relativos al grupo primario de apoyo: celos en la pareja. **Eje V:** Escala de Evaluación de la Actividad Global, EEAG= 51.

Diagrama de conceptualización cognitiva (mapa cognitivo)

La conceptualización cognitiva provee al terapeuta el marco necesario para comprender al paciente (Beck, J, 2000). Este marco lo podemos representar a través de un **mapa cognitivo** (Beriso, 2003), es decir un diagrama que representa cómo se organizan los pensamientos entre sí, cómo se relacionan las creencias centrales sobre uno mismo, los demás y el mundo con las creencias intermedias que derivan de ellas y

con los pensamientos automáticos que surgen en la autoconversación provenientes de las anteriores (**tabla 3**). Por tanto se unirán en un mismo esquema el Modelo Explicativo del problema con el Mapa Cognitivo con el objetivo de facilitar la comprensión de la conexión entre nuestras ideas y creencias y nuestra forma de actuar en situaciones problemáticas.

Este esquema se empezará analizando primeramente los pensamientos automáticos en este tipo de situaciones para indagar posteriormente sobre el significado idiosincrásico que la persona les concede. A medida que se analicen iremos ascendiendo a las creencias más nucleares e iremos detectando cuáles son las **estrategias compensatorias** del paciente. Es decir qué

TABLA 3. Diagrama de conceptualización cognitiva (mapa cognitivo)

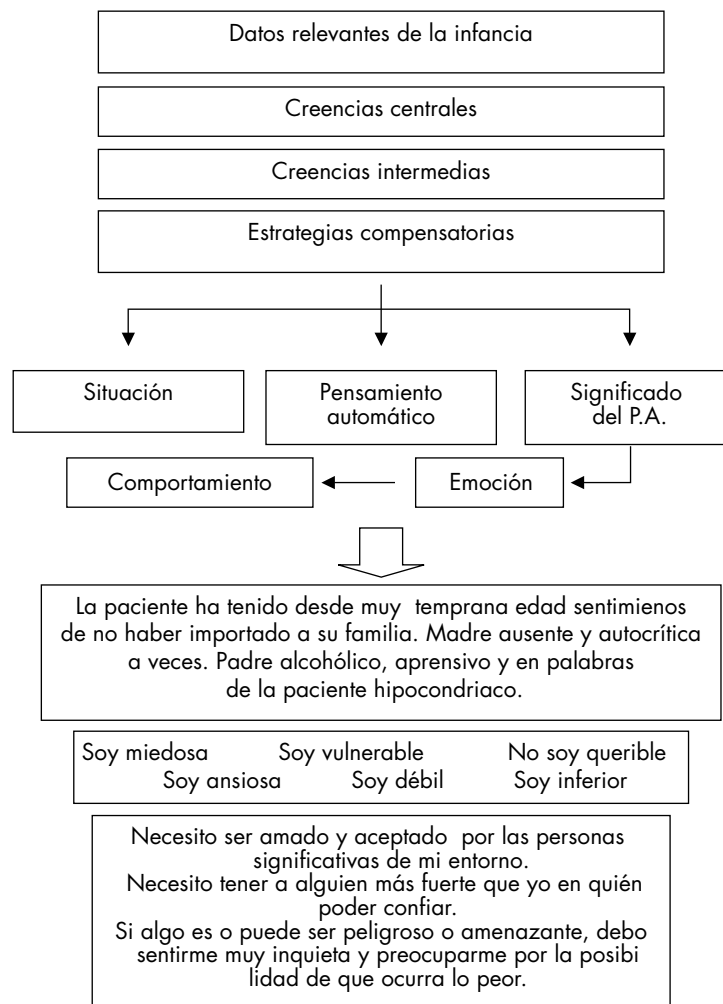
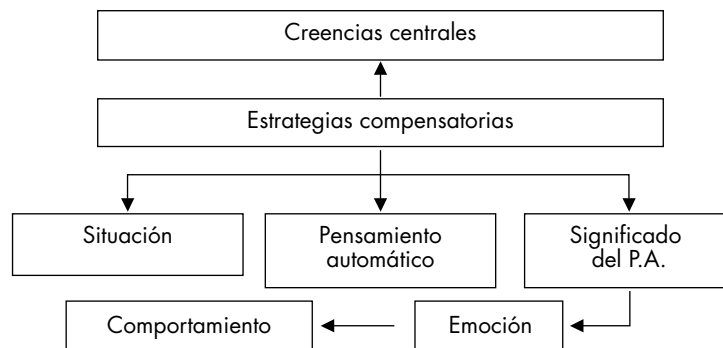


TABLA 4. Esquema general que relaciona los comportamientos más observables con las creencias nucleares



comportamientos realiza el paciente para sobrellevar sus creencias centrales (tabla 4). Por ejemplo en nuestro caso una **creencia nuclear** de nuestra paciente sería la siguiente: «No soy

querible». ¿Qué actos realizará entonces para poder defenderse de esta idea?. Comprobar sistemáticamente mediante preguntas si su marido la quiere o buscar en todo momento certeza de

TABLA 5. Ideas centrales y estrategias compensatorias en relación al trastorno de ansiedad generalizada

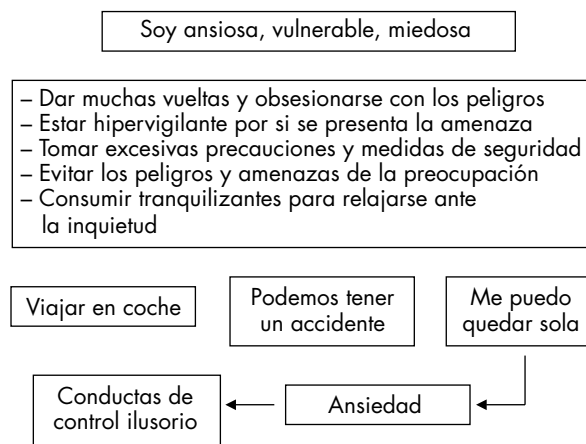
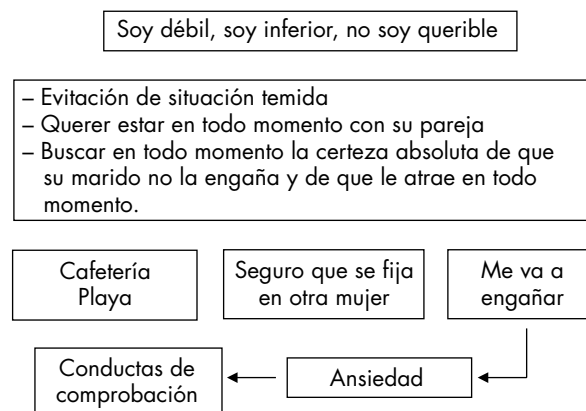


TABLA 6. Ideas centrales y estrategias compensatorias en relación al trastorno obsesivo-compulsivo



que no está siendo engañada. Todos estos ejemplos se muestran en las **tablas 5 y 6**.

Intervención

En una primera fase, y puesto que constituía el motivo de consulta, la intervención se focalizó en el trastorno de ansiedad generalizada que presentaba la paciente. Los objetivos y técnicas utilizadas en esta primera etapa se exponen en la **tabla 7**. Lo más interesante a destacar es el **modelo explicativo** que se ofreció a la cliente integrando toda su problemática actual (la preocupación y la percepción de amenaza en relación a su vida cotidiana y más concretamente en su relación de pareja) con todas sus vivencias más tempranas que fueron las que configuraron todas sus creencias acerca de sí misma, el mundo y los demás. Siguiendo esta línea, se trabajó el sesgo de la información ambiental haciéndose más evidente en situaciones ambiguas puesto que este tipo de pacientes son sujetos intolerantes a la incertidumbre percibiendo amenaza por su modo vigilante de afrontamiento. Por tanto el primer paso fue hacer consciente en la persona todo este proceso. Es lo que se denominó «**entrenamiento en darse cuenta**» (Dugas y Laudoucer, 1997) para después enseñarla a identificar el tipo de preocu-

pación que presentaba, es decir si era un problema basado en la realidad o si era de naturaleza altamente improbable. La ansiedad que presentaba esta paciente estaba relacionada con fantasías catastróficas de la vida cotidiana con probabilidad remota de que sucedieran empezándose por tanto un entrenamiento en reestructuración cognitiva ajustando y poniendo a prueba la validez de estos pensamientos interviniendo directamente en su estilo de afrontamiento de cómo abordar las preocupaciones en general más que en tratar los miedos concretos que la paciente decía tener.

Es importante en este sentido identificar las creencias sobre la utilidad de preocuparse, pues en este caso en concreto la paciente creía que con esta actitud podía evitar consecuencias negativas. Un ejemplo de este tipo de «**pensamiento mágico**» podía ser el siguiente: «si pienso que puedo tener un accidente este pensamiento me protegerá de no tenerlo». Por consiguiente creencias como éstas pueden ser reforzadas negativamente al no tener realmente acontecimientos negativos. Una vez hecho consciente todo este proceso se empezó la reevaluación de dichas creencias con su posterior discusión y ajuste.

En una segunda fase se proporcionó a la paciente una explicación adecuada de las obsesio-

TABLA 7. Objetivos del tratamiento y técnicas de intervención

Objetivos de Intervención
<ul style="list-style-type: none"> — Ajustar creencias irracionales o empíricamente no válidas acerca de la ansiedad. — Disminuir la percepción catastrofista de las sensaciones físicas y de los acontecimientos negativos cotidianos. — Aumentar la tolerancia a las sensaciones corporales desagradables. — Aumentar el estado de ánimo. — Aumentar progresivamente actividades fuera de casa.
Técnicas de intervención
<ul style="list-style-type: none"> — Modelo explicativo (El concepto de preocupación) <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en darse cuenta. • Identificar el tipo de preocupación. — Reevaluación de la valoración de la preocupación. — Reestructuración cognitiva de las creencias ligadas a la ansiedad y al papel funcional de la preocupación.

nes haciéndola entender cuál era el papel de la **neutralización** en el mantenimiento de los pensamientos obsesivos explicando la diferencia entre pensamiento y realidad. A continuación se exponen los objetivos y técnicas utilizadas en esta fase de intervención (**Tabla 8**) donde se añade al final de éstas un programa de prevención de recaída (**Tabla 9**).

Resultados

En los resultados obtenidos se puede observar el logro terapéutico de los objetivos planteados. Esta mejoría queda reflejada en la reducción de las puntuaciones de los instrumentos psicométricos utilizados en la evaluación y en el nivel de satisfacción verbalizado por la pacien-

TABLA 8. Objetivos del tratamiento y técnicas de intervención

Objetivos de Intervención
— Proporcionar una explicación adecuada de las obsesiones
— Hacer entender el papel de la neutralización en el mantenimiento de los pensamientos obsesivos.
— Apelar a las consecuencias.
— Corregir la importancia que se da a los pensamientos (Fusión del pensamiento y acción, pensamiento mágico).
— Reevaluar los significados concedidos a las situaciones.
— Tolerar la incertidumbre.
— Preparar al paciente para la exposición a los pensamientos y a las situaciones que desencadenan las obsesiones.
— Detectar situaciones en las que se es más vulnerable a la recaída.
— Preparar las estrategias a utilizar cuando ocurra la recaída.

Técnicas de intervención
— Objetivación (Entrenar al sujeto en un lenguaje descriptivo).
— Refocalización de la atención (Pruebas de realidad).
— Exposición cognitiva a los pensamientos e imágenes obsesivas.
— Exposición a las situaciones temidas (cafeterías, restaurantes...).
— Resolución de problemas (Ventajas e inconvenientes de la siguiente decisión: «Buscar en todo momento la certeza absoluta de que su marido no la engaña y de que le atrae en todo momento»)
Ventajas
• Saber que me quiere.
• Saber que le atraigo.
• Saber que no existe otra mujer.
• En definitiva certeza absoluta sobre estos asuntos.
Desventajas
• Dudas sobre mi marido y frustración cuando no consigo salir de esta cárcel.
• Pérdida de placer y entusiasmo en la relación.
• Preocupación constante.
• Perderle de verdad.

TABLA 9. Programa de prevención de recaída

Prevención de recaída
— Que no te entre pánico.
— Revisar el modelo.
— No emplear elementos neutralizadores, ni conductas de evitación, ni busques factores tranquilizadores.
— Identificar lo que hacías cuando las cosas iban mejor.
— Identificar situaciones o estados de vulnerabilidad.
— La recaída significa que antes ha habido una mejoría.

te sobre los efectos de la terapia en su vida cotidiana y en relación con su pareja. Así por ejemplo, los resultados posteriores a la intervención tanto en el cuestionario de síntomas (**SCL-90-R**), el inventario de depresión de Beck (**BDI**), el cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (**STAI**), como en el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (**ISRA**) las puntuaciones disminuyeron significativamente (**tabla 10**).

La sintomatología evaluada por el **SCL-90-R**, disminuyó en muchas de las dimensiones, especialmente en las relativas a *somatización, obsesión-compulsión, depresión y ansiedad*. Las puntuaciones obtenidas en estas dimensiones correlacionan con las puntuaciones procedentes del **BDI**, del **STAI** y el **ISRA** observando también una reducción significativa en contraste con la evaluación inicial.

Las otras medidas, obtenidas por un análisis cualitativo de la sintomatología clínica a través de los autoregistros, las actitudes de la paciente en consulta, verbalizaciones acerca de su problemática ... fueron modificándose a través de la terapia y se fueron ofreciendo otros marcos de referencia para explicar el estado de ansiedad de la paciente que ella misma empezó a interiorizar dando como resultado una disminución sustancial en las creencias más nucleares referidas al propio autoconcepto «soy débil», «soy inferior», en las creencias irracionales o intermedias referidas a las reglas de vida «tengo que asegurarme», «tengo que controlar» y en los pensamientos automáticos y comportamientos asociados a éstos (rituales de comprobación, evitación de situaciones temidas).

TABLA 10. Resultados pre-test y post test obtenidos en la prueba SCL- 90-R (Derogatis,2000), en el ISRA (Tobal y Cano, 1988), en el STAI (Spielberger, 1998) y en el BDI

SCL-90-R	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Índice de Severidad global	1,9	0,7
Total síntomas positivos	83	40
Prom Somatización	2,2	1,1
Obsesivo compulsivo	2,8	0,7
D Susc. interpersonal	2,7	1,5
Prom depresión	2,1	0,3
D Ansiedad	2,3	1,3
Prom hostilidad	2,1	1,5
Prom ansiedad fóbica	1,8	0,4
Prom Ideación paranoide	2,3	1,3
Prom Psicoticismo	1,2	0,4
BDI	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
	20	5
ISRA	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Situaciones:F-I:F-II:F-III:F-IV	95-95-80-99	55-45-50-60
Sistemas de respuesta		
Cognitivo-Fisiológico-Motor	95-95-75	55-55-50
STAI	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Ansiedad Rasgo	85	50
Ansiedad Estado	45	15

Discusión

Lo más relevante de este caso fue lo bien recibido que fue el marco explicativo en la paciente. Más que las técnicas utilizadas en el tratamiento de este caso fue la buena relación terapéutica que se creó en consulta. Debido a la naturaleza del problema (celos infundados en el momento presente de la relación) y el secretismo con que lo vivía esta paciente, había un sentimiento de soledad que fue lo primero que se palió en la terapia. En cuanto esta persona empezó a compartir esta vivencia subjetiva, pues ella misma reconoció desde un principio que era un problema de su mente, este acto por sí solo empezó a tener consecuencias positivas en la paciente. La terapia cognitiva con todas las técnicas que se utilizaron no hubieran tenido la misma eficacia si no se hubiera hecho un encuadre que diera coherencia al **marco explicativo** y al **diagrama de conceptualización cognitiva** del problema dando sentido a todas las experiencias del sujeto.

Este marco técnicamente correspondería a la evaluación pero en este caso ya se estaba interviniendo desde el principio. Toda la explicación del mapa cognitivo relacionando sus pensamientos más accesibles con sus creencias más nucleares dio sentido a todo el cuadro clínico que presentaba esta paciente. No solamente se la enseñó a relacionarse con los pensamientos intrusivos de infidelidad si no que adquirió estrategias para afrontar preocupaciones de la vida en general. Aprendió a identificar situaciones en las que ya no había una atribución externa si no interna. Por ejemplo en relación a conductas compulsivas en las relaciones sexuales, ya no era la pareja la que no estaba interesada sino que empezó a introyectar que era su conducta invasiva la que podía tener esa consecuencia.

Por tanto empezó a fomentarse un **locus de control interno**. Ella misma tenía el control de su propia conducta coherente con la conducta de su marido. Son ejemplos muy gráficos de la evolución de la paciente a lo largo de la terapia. Esta se realizó a lo largo de 24 sesiones y hubo un seguimiento de dos años con llamadas concertadas y con contactos telefónicos espontáneos por parte de la paciente donde verbalizaba poder disfrutar de su relación necesitando a ve-

ces repasar todo lo aprendido en consulta. Esto es un ejemplo de haber pasado por un aprendizaje de estrategias y herramientas para después pasar a una etapa de autoterapia donde el propio sujeto pone en marcha todos los recursos aprendidos quedando reforzada de esta manera la **autonomía** de la persona en contra de todo el sistema de creencias anterior y reduciendo de esta forma los rasgos dependientes que presentaba esta paciente.

Referencias bibliográficas

- Bas, F y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Terapia de Conducta y Salud.
- Beck, J.S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beriso, A., Plans, B. y Sánchez, M. (2003). *Aprendiendo a conocer nuestros pensamientos. Estrategias cognitivas para sentirse bien. Cuadernos de terapia cognitivo-conductual (Una orientación pedagógica e integradora)*. Madrid: Eos.
- Bowlby J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Derogatis, L. R. (2000). *SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- Dugas, J. y Ladoucer, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por Ansiedad Generalizada. En V.E Caballo (Dir), *Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos (Vol.1)*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo J. (2001). *Celos en la pareja: una emoción destructiva*. Barcelona: Ariel.
- Miguel Tobal, L. y Cano-Vindel, C. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA*. Madrid: TEA.
- Rutter, M. (1990). *La privación materna*. Madrid: Morata.
- Schaeffer, B. (1998). *¿Es amor o es adicción?*. Barcelona: Apóstrofe.
- Spielberger, C.D. (1999). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI*.
- Williams, D. y Schill T. (1993). Attachment histories for people with characteristics of self-defeating personality. *Psychol Rep.*