



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional  
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Evaluación de la personalidad celotípica.  
Un enfoque cognitivo-conductual.

Reporte de Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Javier Alfredo Chavarría Nájera

**Directora:** Mtra. Verónica Cristina Morales Vásquez

**Vocal:** Lic. Verónica Santiago González

**Secretario:** Lic. Marco Antonio Flores Mondragón



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, enero 29 de 2021.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Justificación.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Planteamiento del problema. ....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Pregunta de investigación. ....</b>	<b>6</b>
<b>1.4 Objetivos.....</b>	<b>6</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Los celos normales y los celos patológicos. ....</b>	<b>7</b>
2.1.1 Concepto de celos. ....	7
2.1.2 Celos normales.....	10
2.1.3 Celos patológicos.....	13
2.1.4 Los trastornos mentales y los celos patológicos. ....	15
2.1.5 Los celos desde distintos enfoques teóricos.....	19
<b>2.2 La evaluación cognitivo-conductual. ....</b>	<b>26</b>
2.2.1 Autoinformes. ....	27
2.2.2 Formulación de caso. ....	30
2.2.3 Proceso de evaluación.....	33
<b>2.3 Los trastornos de personalidad en el DSM-5. ....</b>	<b>35</b>
2.3.1 Clasificación de los trastornos de personalidad en el DSM-5.....	38
2.3.2 El modelo alterno de los trastornos de personalidad.....	43
<b>3. LA EVALUACIÓN DE LOS CELOS PATOLÓGICOS.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1 Tipos de celos patológicos. ....</b>	<b>47</b>
<b>3.2 Estrategias de evaluación e intervención de los celos patológicos. ....</b>	<b>50</b>
3.2.1 Estrategia PICO de consulta bibliográfica. ....	50
3.2.2 Estrategias de intervención de los celos.....	60
3.2.3 Estrategias de evaluación de los celos patológicos. ....	61
3.2.4 Instrumentos de evaluación de los celos patológicos.....	65
<b>3.3 La personalidad celotípica. ....</b>	<b>71</b>
3.3.1 Características de la personalidad celotípica.....	72
<b>3.4 Propuesta de Evaluación de la personalidad celotípica.....</b>	<b>75</b>
3.4.1 Evaluación inicial. ....	76
3.4.2 Evaluación para el tratamiento.....	81
3.4.3 Evaluación del cambio.....	85
<b>4. CONCLUSIONES. ....</b>	<b>86</b>
<b>REFERENCIAS. ....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS. ....</b>	<b>98</b>
<b>Anexo A. Identificación de facetas en la consulta bibliográfica.....</b>	<b>98</b>
<b>Anexo B. Instrumentos.....</b>	<b>105</b>

## **Resumen.**

Los celos son una respuesta a la percepción de infidelidad en la relación de pareja. La evaluación de los celos patológicos es realizada mediante su conceptualización como un síntoma que se asocia a trastornos mentales, al identificarlos como imaginarios. Se requiere de procesos de evaluación que consideren las características estables de la conducta celotípica para identificar la condición patológica de los celos. Mediante un análisis de la literatura que estudia la naturaleza de los celos, se identifican los diferentes tipos de celos patológicos. Se realiza una consulta bibliográfica de estudios de caso sobre el tratamiento y evaluación de los celos patológicos para identificar las características de la personalidad celotípica y los instrumentos de evaluación empleados. Se propone un proceso de evaluación de los celos patológicos que considera las características de la personalidad celotípica para la evaluación inicial y formulación del caso. Se describen los instrumentos de evaluación y de modelado de los resultados, adecuados a cada fase del proceso de evaluación de acuerdo a la investigación documental realizada. Se concluye que las características de la personalidad celotípica permiten la identificación de respuestas motoras y cognitivas asociadas a los celos patológicos, así como su operacionalización para la realización del análisis descriptivo y el análisis funcional.

**Palabras clave:** trastornos de la personalidad, metodología PICO, DSM-5, autorregistro, entrevista, mapa psicopatogénico.

## **Summary.**

Jealousy is a response to the perception of infidelity in the relationship. The evaluation of pathological jealousy is carried out by conceptualizing it as a symptom that is associated with mental disorders, by identifying it as imaginary. Evaluation processes that consider the stable characteristics of jealousy behavior are required to identify the pathological condition of jealousy. Through an analysis of the literature that studies the nature of jealousy, the different types of pathological jealousy are identified. A bibliographic consultation of case studies on the treatment and evaluation of pathological jealousy is carried out to identify the characteristics of the celotypic personality and the evaluation instruments used. An evaluation process of pathological jealousy is proposed that considers the characteristics of the celotypic personality for the initial evaluation and formulation of the case. The instruments for evaluating and modeling the results are described, suitable for each phase of the evaluation process according to the documentary research carried out. It is concluded that the characteristics of the celotypic personality allow the identification of motor and cognitive responses associated with pathological jealousy, as well as its operationalization for the performance of descriptive analysis and functional analysis.

**Keywords:** personality disorders, PICO methodology, DSM-5, self-registration, interview, psychopathogenic map.

# **1. Introducción.**

## **1.1 Justificación.**

Los celos se han considerado como causa de agresión a lo largo del tiempo. DeSteno, Valdesolo y Bartlett (2006) han realizado estudios encontrando una relación causal entre estas 2 conductas, los celos y la agresión, identificando como antecedente una autoestima lastimada en la persona celosa. Frente a esta noción, Baumeister, Bushman y Campbell (2000) consideran que la agresión puede ser la respuesta de un egoísmo amenazado, en la visión altamente favorable de sí mismo, ante el accionar de alguien que busca menoscabar esa imagen.

Un fundamento biológico en el origen de los celos radica en el propósito de que prevalezca la propia descendencia evitando que el compañero o compañera en una relación romántica se involucre en relaciones con terceras personas; si se considera este comportamiento como un ejemplo de egoísmo, se refuerza la idea de que los celos pueden llevar a la agresión en la pareja o hacia la persona que rivaliza en la atención de la persona amada.

Las estadísticas acerca de la violencia sufrida en el contexto de una relación de pareja han sido muy puntuales en el caso de las mujeres; en el año 2016, según la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), el 61.1% de las mujeres mayores de 15 años han tenido una relación de pareja, casadas o unidas; en este mismo sector de edades, el 24.8% ha sufrido violencia emocional por intimidación o acecho y el 22.1% por degradación emocional (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2019).

El Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE, 2018) promueve que los jóvenes conozcan las características de los celos que se pueden presentar en una relación de noviazgo; los celos patológicos son caracterizados por dedicar hasta el 30% de las ocupaciones diarias para la comprobación de la fidelidad del novio o novia.

Según la encuesta *Los mexicanos y los celos* realizada por Consulta Mitofsky (2010) el 37% de las personas de nacionalidad mexicana, mayores de edad, considera que las mujeres son más celosas, el 29% considera que lo son más los hombres y el 30% considera celosos a ambos sexos por igual; un 30% de los encuestados reconoció haber tenido problemas con su pareja a causa de los celos.

Los rituales de comprobación acerca de la fidelidad se adaptan a las circunstancias tal como lo constata la encuesta *Redes sociales para el amor y el desamor* del año 2018 (The CIU, 2020); en México, el 44.5% de los 72.6 millones de usuarios de redes sociales (Facebook, Twitter e Instagram, entre otras) y aplicaciones de mensajería instantánea (WhatsApp, Telegram y Messenger, entre otras) han experimentado celos, iniciando peleas o discusiones después de revisar, en el teléfono del compañero o compañera, el material publicado; la ocasión que se aprovecha es cuando la pareja se encuentra realizando sus ocupaciones diarias (48%), cuando se está bañando (24%) o cuando está durmiendo (11%) el resto de las revisiones se realizan de común acuerdo.

La violencia dentro de la pareja a causa de los celos no solo se presenta en la relación hombre-mujer. Dyar et al. (2020) encontraron una asociación entre un mayor riesgo de sufrir violencia de la pareja íntima y una mayor percepción de que la pareja es celosa cuando las personas nacidas mujer tienen una conducta bisexual, a diferencias de quienes han tenido

solo compañeros o solo compañeras. Se establece que el estereotipo de la promiscuidad asociado a la conducta bisexual, más que la identidad sexual, es causa de celos y puede llevar a que las personas nacidas mujer sufran violencia de sus parejas.

El sufrimiento y malestar causado por una actitud de desconfianza a la fidelidad de la pareja llega a provocar el desajuste en las relaciones familiares, sociales y laborales al dedicar tiempo y esfuerzo en comprobaciones sobre el paradero y las acciones de la persona de interés. En casos extremos, existe el riesgo que implica el infligir abusos y violencia por causas de esta misma desconfianza.

## **1.2 Planteamiento del problema.**

Identificar si la desconfianza en la fidelidad de un compañero o compañera se fundamenta en hechos reales o imaginarios es solo uno de los síntomas a considerar para determinar si los celos son normales o son causa de malestar. Identificar el nivel de intensidad y la afectación a otros aspectos de la vida de quien experimenta los celos y el patrón conductual reiterado que una persona tiene en distintas relaciones de pareja son aspectos de la conducta celosa cuya evaluación pueden ayudar para encontrar el origen de problemas en el funcionamiento social, familiar y laboral de una persona.

La evaluación de los celos patológicos es realizada en numerosos casos mediante la medición de la afectación a otros aspectos del funcionamiento conductual, como la depresión o la ansiedad. Se requiere de procesos que ayuden a identificar la cualidad de patología en la experimentación y expresión de los celos para indicar de manera debida el tratamiento que

ayude a reducir o eliminar comportamientos celosos que afecten la vida propia y de los demás.

### **1.3 Pregunta de investigación.**

¿Cuál es el proceso de evaluación para el diagnóstico o identificación de la personalidad celotípica?

### **1.4 Objetivos.**

#### **Objetivo general.**

Diseñar la propuesta de un proceso cognitivo-conductual de evaluación de la personalidad celotípica

#### **Objetivos específicos.**

Identificar los tipos de celos patológicos.

Identificar las características de la personalidad celotípica.

Analizar e integrar las características de la personalidad celotípica y los tipos de celos patológicos para diseñar el proceso de evaluación.

## 2. Marco Teórico

### 2.1 Los celos normales y los celos patológicos.

#### 2.1.1 Concepto de celos.

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española (RAE, s/f), el término *pareja* designa al conjunto de 2 elementos, como en el caso del noviazgo, el matrimonio o una pareja romántica o de amantes. Se da el caso de que el término *pareja* también tiene la acepción de designar a un integrante de este conjunto de 2 elementos, por lo que este término puede utilizarse para referirse al esposo, a la esposa o al matrimonio, así como también se puede hablar de una pareja de novios, o que la novia es la pareja del novio.

En la literatura en lengua inglesa, sobre el tema de los celos, se utilizan los términos *couple* para designar al conjunto de 2 elementos relacionados románticamente y el término *mate* o *partner* para referirse a uno de los 2 integrantes en la relación romántica. En el presente trabajo se emplea el término *pareja* para designar al par de personas que se relacionan íntimamente y cuya relación puede ser percibida, por parte de uno de sus integrantes, como amenazada por un rival amoroso. Para referirse a uno de los integrantes de este par se emplea el término *compañero* o *compañera*. Se procura de esta manera una mayor claridad para referirse a los comportamientos y efectos de distintos elementos sobre los participantes individuales en la relación (el compañero o compañera) o sobre el par al que se da forma mediante la relación (pareja).

## **Las emociones.**

A pesar de que las emociones han sido consideradas como un obstáculo para el pensamiento racional, en situaciones donde es necesaria la toma de decisiones las emociones juegan una función constructiva de la experiencia humana al evaluar los estímulos mediante la compensación positiva y el sesgo negativo (Cacioppo y Gardner, 1999). Mediante la compensación positiva se puede tener una actitud de acercamiento a contextos nuevos aún si son mínimos los estímulos recibidos. El sesgo negativo lleva a una actitud de rechazo ante situaciones que se relacionan con experiencias desagradables. Las emociones pueden representar un juicio evaluativo, que puede ser articulado como ira, celos o amor (Solomon, 2003); de esta manera, las emociones pueden influir en la conducta ante una situación inesperada.

La conceptualización de emoción según la Asociación Americana de Psicología (o APA por las siglas de American Psychology Association) es la de un patrón complejo de reacciones con una cualidad determinada por la relevancia del evento en que se origina (2010). Las emociones se dividen en básicas o primarias, incluyendo a aquellas que se reconocen universalmente como la ira, el miedo o la tristeza; y en secundarias, como la envidia, el orgullo o los celos, las cuales requieren de una construcción social para ser experimentadas.

Otra diferenciación es entre emociones básicas y compuestas, Hupka (1984) considera que las emociones básicas se refieren a un estado emocional y la emoción compuesta establece la explicación a ese estado emocional. En el caso de los celos (emoción compuesta) estos son la razón de un estado emocional de ira (emoción básica).

A diferencia de los sentimientos, que son subjetivos al tratarse de disposiciones cognitivas que permiten evaluar o tratar un objeto de afecto al confrontarlo o evocarlo (Reidl, 2005), las emociones tienen la función de establecer una conexión con el mundo; se componen de cogniciones, sentimientos y acciones; cumplen una función comunicativa que permite expresar las necesidades propias y reconocer las de los demás (Kalat, 2014). El reconocimiento de esta información nos permite el tomar decisiones y, en el caso de los celos, sus componentes pueden ser objeto de análisis para identificar las variables que determinan la conducta celosa.

### **Celos y envidia.**

El lograr comprender qué son los celos no es una preocupación reciente; Gesell (1906) realiza un estudio de los celos en las diferentes etapas del desarrollo humano; considera que pueden ser descritos a partir de emociones relacionadas como la rivalidad, la competición y la envidia; es común que esta última emoción sea equiparada con los celos. Los celos son diferentes a la envidia por la ausencia de un sentimiento de inferioridad y se relacionan más con una combinación de emociones como el enojo, el dolor y la autocompasión (White, 2008). Aunque la envidia y los celos se confunden y los términos pueden ser empleados de manera indistinta en el habla cotidiana, ambos términos se refieren a emociones complejas con diferentes funciones adaptativas (Buss, 2013). La envidia se refiere a la emoción que surge cuando alguien más tiene lo que uno desea o de cuya falta se adolece; mientras que los celos se activan cuando se percibe una amenaza para una relación social valorada (Chung y Harris, 2018). La amenaza percibida puede ser imaginaria y además afectar la estabilidad de la relación al surgir demandas para la comprobación de la inexistencia de infidelidad.

La relación entre celos y envidia es central en la definición que del concepto de celos hace Warren (2014) en su diccionario de psicología publicado a inicios del siglo XX, en esta definición se considera a los celos como un tipo de envidia dirigida a una persona relacionada de manera íntima con un tercero. En su diccionario, Consuegra (2010) define a los celos como la ansiedad manifiesta ante la posible pérdida de la figura de apego que es la que proporciona seguridad psicológica a lo largo de la vida. Desde el enfoque de la psicología evolutiva se le asigna, a los celos, la función de propiciar relaciones monogámicas que garantizan la permanencia de la pareja.

### **2.1.2 Celos normales.**

Celos es una palabra cuya raíz etimológica proviene del indoeuropeo *\*kel* con el significado de proteger u ocultar (latín *celare*), también tiene el sentido de hervir o de poner en movimiento (Bordelois, 2006). Del latín *zelus*, proveniente del griego *zelos*, deriva el actual celo en el sentido de poner cuidado o esmero al hacer algo; así como sospechar de la infidelidad de la persona amada según el diccionario de la RAE (s/f). El término celotipia, que define la pasión de los celos, puede descomponerse en su raíz griega *zelos* y el sufijo *tipos* de origen griego (Mateos, 1980) con el significado de modelo o forma; la terminación *ia* es un sufijo latino que indica cualidad; por lo que celotipia puede entenderse como la cualidad de ser celoso.

Considerados los celos como una emoción compuesta y adaptativa para manejar las amenazas a una relación social valorada, estos pueden llegar a un nivel de intensidad que puede ser riesgoso para el bienestar propio y el de los demás. Esta intensidad desproporcionada es el criterio con el cual White y Mullen (1989) establecen la diferencia

entre los celos románticos y los celos patológicos, los primeros son un conjunto de pensamientos, emociones y acciones que surgen en la relación de pareja cuando se percibe una amenaza a la estabilidad de la relación; los celos patológicos son aquellos en los que hay una intensidad y disponibilidad de la respuesta emocional marcada por la falta de objetividad y razonabilidad en la respuesta.

Echeburúa y Fernández-Montalvo (2010) conceptualizan los celos como un sentimiento que surge del temor o la sospecha de que la persona de la que se desea atención exclusiva dirige su afecto hacia otra persona. Este sentimiento puede ser dirigido hacia las personas que son importantes en la vida de alguien; cuando los celos se presentan en la relación de pareja, a un nivel que no afecta el funcionamiento social y laboral, pueden tener resultados que se pueden considerar benéficos para la permanencia de la relación.

### **Tipos de celos.**

Además de la distinción amplia entre celos románticos y patológicos White y Mullen (1989) proponen una clasificación, con enfoque clínico planteando 3 formas que toman los celos en una dimensión de afectación a la persona: celos normales, en esta categoría los celos son una estrategia de afrontamiento ante una amenaza para la relación de pareja; sintomática, cuando los celos se asocian a una psicopatología como la esquizofrenia y los trastornos paranoides o la dependencia al consumo de sustancias; por último, la forma patológicamente reactiva consiste en el temor a la infidelidad de la pareja, que puede estar fundamentado en experiencias previas o a un funcionamiento desadaptado propio de los trastornos de personalidad.

En la categorización de los celos, Barelds, Dijkstra y Brummen-Girigori (2020) mencionan 2 enfoques: uno evolucionario definido por Buunk (diciembre, 1997) y otra descrita a partir de la escala multidimensional de celos (Multidimensional Jealousy Scale o MJS) de Pfeiffer y Wong (1989). En la primera se establecen 3 categorías: los celos reactivos son los que se experimentan ante la infidelidad de la pareja, los celos preventivos y los celos ansiosos pueden surgir ante la infidelidad real o imaginaria de la pareja, aquellos se expresan por conductas que buscan la retención de la pareja y estos incorporan la experimentación de ansiedad y preocupación. En esta categoría se aprecia una dimensión en la que la anormalidad va en aumento desde los celos reactivos, considerándolos como una expresión del compromiso con la relación, hasta los celos ansiosos. La escala MJS establece 3 tipos de celos: emocionales, relacionados con la expresión del amor; celos cognitivos, relacionados de manera negativa con el amor y los celos conductuales, que se relacionan negativamente con la felicidad; las tres categorías se relacionan de manera negativa con la atracción.

Esta categorización de celos emocionales, cognitivos y conductuales fue empleada por Chin, Atkinson, Raheb, Harris y Vernon (2017) para demostrar la relación entre la personalidad y los tipos de celos al encontrar una correlación positiva entre la tríada oscura (narcisismo, maquiavelismo y psicopatía) y los 3 tipos de celos. Se encontró, además, que rasgos como la autoestima y el merecimiento (entitlement) funcionan como variables moderadoras.

Los celos sintomáticos y los patológicamente reactivos de la categorización de White y Mullen (1989) y los celos ansiosos de la categorización de Buunk (diciembre, 1997) caracterizan la respuesta celosa con conductas desadaptadas que se identifican por las

diferentes expresiones de los celos: las obsesiones, los delirios y las ideas sobrevaloradas (Rodríguez, Rojas, Ortega y Goretti, 2017).

### **2.1.3 Celos patológicos.**

El tiempo dedicado a preocupaciones o pensamientos sobre la fidelidad de un compañero o compañera es el principal criterio que Marazziti et al. (2003) consideran para establecer la diferencia entre los celos normales y los celos patológicos estableciendo el criterio de que dedicar menos de una hora al día es un nivel de celos normales. Las preocupaciones se conceptualizan como: preocupaciones sobre el comportamiento del compañero o compañera; interferencia con las actividades diarias y la relación de pareja; capacidad de control de las preocupaciones; comportamientos de evitación; impedimento de comportamientos de la pareja; nivel y calidad de la actividad sexual; y finalmente, chequeo del comportamiento de la pareja.

La intensidad, frecuencia y duración de las conductas asociadas a los celos pueden categorizarse como una conducta desadaptada cuando no existe un equilibrio entre lo que la persona hace y lo que desea hacer, además de llegar a un estado de angustia, que puede provocar ansiedad o depresión (Sue, Sue y Sue, 1996). Entre las conductas asociadas a este sentimiento se incluyen la comprobación y el control de las acciones de la persona a la que se cela (Cuesta, 2006). Estos rituales que se realizan como una respuesta al temor pueden convertirse en una conducta aprendida a partir de la creencia de que se ha resuelto un fallo en la relación o que se ha logrado minimizar o eliminar el riesgo de la infidelidad real o imaginaria de la persona de interés.

Los celos pueden tener como antecedente una actitud de competencia por reforzadores, primarios o secundarios, como la atención social; mientras que el consecuente es la eliminación o atenuación de la competencia (Costa y Silva, 2008). De esta manera, la conducta celosa es del tipo operante y pueden identificarse y manipularse las variables que la mantienen.

Haciendo una analogía con la organización de las computadoras, Hupka (1991) considera que las personas poseen la capacidad de experimentar celos debido a la neuroanatomía y la fisiología (el hardware) conformadas durante la evolución, y las variables culturales (el software) que determinan las situaciones y la intensidad con que se expresa esa emoción.

De esta manera se establece un proceso de experimentar los celos mediante la expresión de conductas comprendidas en las siguientes fases: conmoción, al descubrir una infidelidad; recriminación, que es un periodo de dolor, enojo y tristeza; angustia, cuando se tiene un sentimiento de traición, desilusión y pérdida; acomodación y recuperación.

Este modelo es una adaptación de la secuencia de posibles reacciones ante el duelo por fallecimiento propuesta por Averill y Nunley (1988) que comprende las fases no estrictamente delimitadas de: conmoción, caracterizada por una sensación de irrealidad; protesta, que es un intento por mantener el contacto con el fallecido, aunque sea de manera simbólica; desesperación, que lleva a una desorganización de la conducta y adaptación al duelo; y reorganización, con el establecimiento de nuevas relaciones.

El enfoque psico-social da preponderancia al ambiente y a los factores situacionales, sin menoscabar las características personales, como causantes de la conducta celosa en el

aspecto sexual. Dentro de este mismo enfoque, Pines y Aronson (1983) consideran como un antecedente a la aparición de la conducta celosa la percepción de una amenaza a la estabilidad de la relación romántica valorada; otro antecedente considerado es la cantidad de hermanos mayores de una persona, que se correlaciona con una mayor propensión a los celos. Otra correlación es la que se ha encontrado entre la creencia en la relación monógama y una menor propensión a ser celoso. Entre las consecuencias físicas percibidas, las personas con celos extremos han experimentado nervios y temblores, latidos cardíacos rápidos y vacío en el estómago.

#### **2.1.4 Los trastornos mentales y los celos patológicos.**

La noción de que la ingesta de alcohol puede estar asociada o incluso ser la causa de los episodios de celos puede estar en los efectos que el excesivo consumo de alcohol tiene en el organismo y el rechazo por parte de la pareja del alcohólico para tener intimidad; así, la impotencia puede ser un detonador de ideas ilusorias acerca de la búsqueda de sexo por parte del compañero o compañera con otra persona (Aragón y Miquel, 2009).

La ansiedad por el abandono se ha relacionado con la actitud celosa, aunque sin considerarla como un criterio diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación (Bögels, Knappe y Clark, 2013); el cual consiste en un malestar durante al menos 6 meses, en el caso de los adultos, originado por el miedo a la ausencia de la principal figura de apego (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Los celos pueden considerarse un proceso enfermizo cuando la percepción de amenazas a la estabilidad de la relación de pareja se funda en hechos no verificables y con

reiteradas exigencias de aseguramiento de la fidelidad (Seeman, 2016). Otro elemento a considerar es la visión que de sí misma tiene la persona, al afectar la consciencia de la realidad (Díaz y Manrique, 2012).

Aunque la percepción de infidelidad puede ser originada por la conducta de la pareja o sesgos negativos en el razonamiento, estas ideaciones pueden llevar a tener pensamientos intrusivos que afecten el funcionamiento de la persona en sus ambientes social y personal, en este caso podemos hablar de celos patológicos.

Celopatía es otro término, menos empleado en la investigación, con el que se conoce al trastorno de los celos; siguiendo a Mateos (1980) este término se compone con el sufijo griego *pathos* en el sentido de enfermedad y la terminación *ia* (indicador de cualidad), significando este conjunto gramatical estar enfermo o estar padeciendo de los celos. Otros términos, empleados sin rigor metodológico, referentes al trastorno por celos son: celos mórbidos, celos enfermizos, celos posesivos, celos exagerados y celos tóxicos, todos los cuales añaden un adjetivo para resaltar la calidad negativa de la falta de manejo de esta emoción.

En la categorización que de los padecimientos mentales hace el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and statistical manual of mental disorders o DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (o APA por las siglas de American Psychiatric Association) los celos patológicos, en diferentes variedades conforme a la forma de ser expresados, son considerados un síntoma de trastornos tales como el trastorno delirante, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de la personalidad paranoide (2014).

### **Celos delirantes.**

Los celos delirantes son parte central del tipo celotípico del *Trastorno delirante* (297.1-F22) según el DSM-5; en este trastorno del espectro de la esquizofrenia, los delirios son producto de inferencias incorrectas fundadas en indicios triviales, el individuo celoso manifiesta un comportamiento antagónico con su cónyuge o amante para interponerse en la infidelidad imaginada, pudiendo incurrir en comportamiento violento. La ansiedad que una persona experimenta por la expresión de celos a su pareja puede llegar a afectar la relación matrimonial y el desempeño laboral y social. La celotipia es considerada un subtipo del trastorno delirante cuando no se encuentra relacionado al abuso de sustancias o alguna condición médica como la enfermedad de Parkinson o la esquizofrenia.

Aunado a la ansiedad, la celotipia se acompaña de reacciones de cólera y reclamos a la pareja (Sabini y Green, 2004). El temor acerca de un posible involucramiento en una relación sentimental del compañero o compañera con otra persona es un aspecto que ilustra las diferencias de género en los mecanismos para experimentar los celos (Harris, 2000); mientras que los hombres sienten más angustia por imágenes de infidelidad sexual, las mujeres son más sensibles a la infidelidad emocional.

### **Celos obsesivos.**

Categorizados como *Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados* (300.3-F42) en el DSM-5, los celos obsesivos se presentan como comportamientos repetitivos, no atribuibles a algún tipo de medicación o adicción, derivados de una preocupación por la infidelidad del compañero o compañera en la relación de pareja.

Estos actos compulsivos consumen mucho tiempo para su realización al grado de afectar el funcionamiento social o laboral.

Los celos obsesivos no están exclusivamente relacionados con el TOC, los pensamientos y actos repetitivos que se realizan tienen el efecto de proporcionar alivio ante los pensamientos intrusivos u obsesiones constituyendo un hiperajuste que satisface las demandas internas (Millon, Grossman, Millon, Meagher y Ramnath, 2004). En otros casos los celos obsesivos se expresan mediante actos repetitivos de comprobación de la fidelidad como una respuesta a los estímulos externos tales como hechos triviales a los que se les da el peso de evidencias de una traición.

### **Celos paranoides.**

Estos celos patológicos, considerados como síntoma del *Trastorno de la personalidad paranoide* (301.0-F60.0) en el DSM-5. Incluyen el control de la relación para evitar la infidelidad de la pareja y el desafío de acciones e intenciones para comprobar la fidelidad. En este trastorno las ideas sobrevaloradas tienen un papel central siendo que las personas afectadas tienen una actitud vigilante ante lo que consideran menosprecios o insultos de los demás y buscando indicios triviales que apoyen las suspicacias de infidelidad.

El *Trastorno de la personalidad paranoide* incluye entre sus criterios diagnósticos (Criterio A-7) la desconfianza o sospecha acerca de la fidelidad de la pareja, este síntoma debe acompañarse de al menos 4 criterios más referentes a la desconfianza por la lealtad de personas allegadas en lo referente a la información que proporcionan, los comentarios que realizan, los insultos o desaires pasados o el incumplimiento de las expectativas que llevan a la decepción o a la creencia de que se inflige algún daño.

### **2.1.5 Los celos desde distintos enfoques teóricos.**

#### **Enfoque psicoanalítico.**

El dolor, por considerar que se ha perdido el objeto del amor, y la hostilidad hacia la persona rival son componentes de los celos considerados normales, estos forman parte de la primera estratificación en que Freud (1992) presenta a los celos. La segunda estratificación se refiere a los celos proyectados que provienen de la propia infidelidad, realizada o reprimida; se admite que tienen un carácter casi delirante que desvela la fantasía inconsciente de la infidelidad propia. En el tercer estrato es donde se encuentran los celos delirantes, los que se refieren a una infidelidad reprimida, al igual que en el segundo estrato, pero ahora de carácter homosexual.

Los celos pueden encontrarse, en el trabajo psicoanalítico, en los 3 estratos, no solo en el tercero. Desde este enfoque, se considera a los celos como una manifestación de la represión de una homosexualidad dirigida a la persona que interfiere en la relación de pareja (Seeman, 2016). Se puede identificar la primacía que se da los estímulos que, en el contexto de una relación social, se perciben como amenazantes y son antecedentes de la respuesta de celos.

#### **Enfoque sistémico.**

La teoría de sistemas como propuesta de un nuevo paradigma en la investigación científica influyó en el enfoque para abordar el objeto de estudio de diferentes ciencias, en la Psicología esta influencia llevó a considerar al individuo como un elemento que forma

parte de un todo, considerando las diferentes interacciones entre los individuos como las fuerzas que mantienen cohesionado el sistema familiar.

El considerar a la familia como un sistema implica conceptualizarla como un conjunto en el cual las personas están organizadas y en constante interacción, entre sí y con los sistemas exteriores; a partir de lo anterior Espinal, Gimeno, y González (2004-2006) consideran otro supuesto básico de este enfoque, consistente en que la familia es un sistema abierto, el cual es susceptible de ser influenciado por las acciones de otros sistemas. Al igual que un sistema es más que la suma de sus partes, la familia, por su funcionamiento, es más que sólo la unión de los comportamientos que sus integrantes han adquirido por las tradiciones y la educación.

La unidad de análisis en este enfoque, también surgida a partir de la extrapolación de la teoría de sistemas a la familia, son las interacciones entre sus miembros (Martorel, 2014). Además de tener en cuenta las relaciones de los componentes de una familia, su estructura y conformación de grupos internos, el enfoque sistémico también se centra en las nociones que le dan forma a esas relaciones, las cuales se establecen como reglas o normas bajo las cuales se da el comportamiento de los miembros de una familia.

Conceptualizada la familia como un grupo con pautas de interacción, que forman la estructura que define los roles de cada integrante (Minuchin y Fishman, 1990), se pueden identificar alianzas o coaliciones que se manifiestan expresamente o solo en los hechos y que dan lugar a la formación de subgrupos. El enfoque sistémico, aunque se centra en la familia y en las interacciones que se dan en su interior entre los elementos que conforman este

sistema, tiene un interés y un efecto en la persona al analizar el comportamiento de los individuos como parte del grupo de mayor interés para los seres humanos.

Uno de los subsistemas, parte muy importante del sistema familiar, es la pareja, la cual desde su formación está sujeta a presiones y expectativas. La formación de pareja ha cambiado en su dinámica y estructura, desde un concepto tradicional la relación se fundamenta en la exclusividad para la procreación, la provisión de lo necesario para cubrir las necesidades de los integrantes de la familia y la asignación de las funciones de cada integrante (Espinal, Gimeno y González, 2004-2006). La pareja de la actualidad, como subsistema familiar, enfrenta cada vez más exigencias y expectativas por aspectos como la formación de pareja del mismo sexo, la prolongación del tiempo que los hijos permanecen dentro del núcleo familiar y una mayor valorización a los proyectos personales y profesionales.

Desde este enfoque, el de la teoría general de sistemas en la psicología, existen fuerzas que originan y mantienen un problema de celos; la pareja es considerada como parte de un sistema del cual también forman parte las familias de cada integrante y la comunidad. Este sistema es influenciado por las acciones y pensamientos de la persona celosa al mismo tiempo que influye en ellos; esta influencia recíproca puede establecer patrones de conducta; la intervención en esta influencia recíproca puede cambiar la actitud celosa (Pines, 1998). Desde esta perspectiva, los celos son considerados como patrones de interacción auto-reforzantes, en donde la respuesta de un integrante de la pareja es un estímulo para el otro integrante.

### **Enfoque de la psicología genética.**

Este enfoque tiene el propósito de explicar, a través de las distintas etapas de desarrollo del ser humano, el funcionamiento mental; estableciendo relaciones entre la maduración neuroendocrina y la interacción con el ambiente (Merani, 1962). Además de la formación de la imagen, el origen del carácter, la simpatía, la crisis de la personalidad y la formación del yo, los celos son uno de los procesos psíquicos que Wallon (1975) considera que se desarrollan dialécticamente en relación con el medio físico y la interacción humana.

De este modo, los celos son considerados como un elemento que integra el desarrollo mental de la persona, que a su vez es moldeado por la cultura dado que los seres humanos se desenvuelven en ambientes sociales; Tordjman (1989) considera que los celos, al ser una frustración de la sensación de posesión, deben ser analizados según las jerarquías sociales, el contexto socioeconómico y las normas religiosas.

### **Enfoque de la psicología evolucionaria.**

La noción de que los hombres son más susceptibles a los celos por infidelidad que implica el involucramiento físico de su compañera con otras personas se explica desde el enfoque de la psicología evolucionaria por la incertidumbre acerca de la paternidad; se considera así, que los celos son una manera de afrontar las amenazas a la reproducción de la propia descendencia. Mientras las mujeres ofrecen en la relación oportunidades de paternidad al hombre, el hombre ofrece oportunidades de proveer los recursos necesarios para el desarrollo de los hijos (Buss, 2000). Además de la provisión de los bienes materiales para el cuidado de la familia, la mujer procura que este esfuerzo sea constante y no se desvíe para la atención de otras personas (Grigorovici, 2018), por lo que, en las mujeres, las amenazas a la

relación de pareja se identifican en el involucramiento emocional de su compañero. Frente a esta noción, Edlund et al (2019) plantean que los celos se enfocan, en los hombres, a la falta de oportunidades de procreación más que a la incertidumbre de la paternidad; mientras que las mujeres son más susceptibles a ambos casos.

Las diferencias en la forma en que se originan y experimentan los celos no solo se fundamentan en las diferencias de sexo. El número de relaciones sexuales, la importancia que se le da al sexo en las relaciones de pareja, el historial de relaciones con compromiso y el reforzamiento en la relación sexual diluyen las diferencias de sexo en la experimentación de los celos (Harris, 2003). Se puede considerar que son muchas las variables orgánicas y contextuales las que pueden incidir en el origen de los celos.

Los celos han sido clasificados también conforme a su enfoque, Buunk (diciembre, 1997) analiza los tipos de celos y su relación con la personalidad, estilo de apego y orden de nacimiento; ha encontrado una correlación negativa con la autoestima y define 3 categorías, con base en la concepción de los celos como una respuesta negativa al involucramiento sexual o emocional, real o imaginario, de la pareja con otra persona. Estos tipos son: celos reactivos, referidos a la respuesta trastornada que se tiene por el involucramiento de la pareja con otra persona; celos preventivos, que es la respuesta ante ligeros indicios de la infidelidad asociando conductas preventivas; celos ansiosos, donde la persona llega a experimentar ansiedad obsesiva, sospechas y preocupación por una infidelidad.

La teoría evolucionista, puede fundamentar las diferencias por sexo en la percepción de los celos en resultados de investigaciones obtenidos con instrumentos rígidos que fuerzan los resultados sin considerar el procesamiento cognitivo de amenazas específicas a una

relación de pareja. DeSteno, Bartlett, Braverman y Salovey (2002) encontraron que ambos sexos ven igualmente amenazante la infidelidad sexual; es solo cuando los instrumentos de medición empleados se plantean para forzar una elección, que las diferencias de sexo inciden en la diferente preocupación por la infidelidad. De lo anterior, se encuentra que el aprendizaje tiene un papel en la intensidad y situaciones que originan los celos y moldea la diferente percepción acerca de la amenaza que significa la intromisión de terceras personas en la relación de pareja.

En una síntesis de la biología, en sus aspectos relativos a la teoría de la evolución como la selección sexual y el esfuerzo de los padres en la crianza, con la psicología cognitiva, en aspectos como el procesamiento de la información y las expresiones emocionales universales como la formación de pareja, la psicología evolucionaria busca, en el área de la psicología clínica, describir las emociones como mecanismos psicológicos evolucionados e identificar su funcionamiento (Buss, 2016). La descripción de los celos que hace la psicología evolucionaria, considerándolos como mecanismo emocional evolucionado, puede aportar en el tratamiento cognitivo-conductual para la identificación de antecedentes, como por ejemplo los valores y las creencias, que llevan a la conducta de celos.

### **Enfoque cognitivo-conductual.**

Siendo este modelo una unión entre los modelos cognitivo y conductual, la conducta observable, determinada por los estímulos del ambiente, sigue siendo un supuesto básico de este enfoque (Garaigordobil, 1998). La importancia que se da a la mediación cognitiva de los estímulos ambientales hace que la unidad de análisis pase de la conducta observable a las variables de respuesta, del ambiente y del organismo (Trull y Phares, 2003). El elemento que

establece una diferencia con el modelo conductual proviene del modelo cognitivo, y consiste en que los procesos cognitivos van a intervenir en el desarrollo y modificación de la conducta al interpretar los estímulos que provienen del ambiente.

Uno de los objetivos en el enfoque cognitivo-conductual es la modificación de los pensamientos; en el caso de la persona celosa, estos pensamientos se relacionan con comportamientos de comprobación de la infidelidad de la pareja (Carlen, Kasanzew y López, 2009). A la necesidad de verificar la estabilidad de la relación se agrega la amenaza a la autoestima, que se considera un antecedente a la emoción de los celos y la agresión, tanto a la pareja como a la persona rival (DeSteno, Valdesolo y Bartlet, 2006).

Para la evaluación de los celos desde la perspectiva del conductismo radical debe considerarse el análisis funcional y el condicionamiento operante (Fuentes y Quiroga, 2004). Son estos los elementos en los que se debe fundamentar el proceso de atención en un caso de celotipia. En este contexto, los esfuerzos para el tratamiento de la celotipia se han enfocado también en la modificación del pensamiento disfuncional que da origen a la actitud celosa. Enfoques más recientes incorporan las técnicas de tercera generación como el mindfulness y la terapia de aceptación y compromiso (Leahy y Tirch, 2008).

Las terapias de tercera generación, que han significado un desarrollo del conductismo radical se acompañan del análisis funcional para el diagnóstico y tratamiento de la celotipia con mejores resultados que las alternativas instruccionales y la psicoeducación (Hernández, 2010).

## **2.2 La evaluación cognitivo-conductual.**

La evaluación psicológica es un complejo de actividades que se da en diferentes contextos para la recolección de datos que lleve a la toma de decisiones con el objetivo de proporcionar diagnóstico y tratamiento que responda a las demandas del paciente o cliente (Fernández-Ballesteros et al., 2003). Este proceso de evaluación tiene la finalidad de ayudar en la toma de decisiones con el objetivo de solucionar las solicitudes de adaptación conductual de una persona, que se convierte por este mismo hecho en el sujeto evaluado.

El enfoque cognitivo-conductual de la evaluación psicológica delimita las áreas a observar a las respuestas conductuales originadas por los estímulos del ambiente, además de los contenidos cognitivos del sujeto evaluado y de personas que tienen conocimiento de los comportamientos de la persona en estudio. Compas y Gotlib (2003) establecen como metas a dirigir el proceso: operacionalización de las conductas problema y elementos que la modifican; identificación de las relaciones entre los elementos anteriores; diseño de intervención fundamentado en las operacionalizaciones definidas y las relaciones encontradas; y como una actividad permanente que permitirá la reorientación de una intervención se requiere la evaluación continua del proceso.

Para cumplir las metas de la evaluación cognitivo-conductual se requiere de herramientas con características propias en su manera de recolectar datos. La observación de las personas en su ambiente natural proporciona información precisa sobre los comportamientos de los sujetos evaluados (Quera y Behar, 1997), esta actividad requiere un dominio de la técnica por parte del evaluador y conocimiento sobre el área que se estudia,

además de procurar evitar que el sujeto en estudio modifique su conducta ante el hecho de estar en observación.

### **2.2.1 Autoinformes.**

No en todos los casos es posible la observación directa, otras actividades requieren para su evaluación de instrumentos basados en una relación de preguntas con opciones de respuesta que el propio evaluado debe contestar, como los inventarios y cuestionarios; registros que el evaluado hace sobre sus propias conductas y diferentes variedades de entrevistas. Estas herramientas se agrupan en el concepto de autoinforme, el cual se refiere a la información que es proporcionada por una persona de manera verbal o escrita en un formato establecido por el evaluador (Pérez-Pareja, 1997). Esta información debe ser tratada de manera objetiva sin inferir que representan estructuras internas del pensamiento.

### **Entrevista conductual.**

En su forma más empleada, la entrevista consiste en un autoinforme, donde el sujeto en evaluación proporciona la información, relativa a su circunstancia, requerida por el encargado de registrar y ordenar los datos (Oliva, 2013). Esta interacción se da en una forma dialógica que, de acuerdo a Fernández-Ballesteros (2013), da origen a una técnica variable en su estructura y que sirve como guía de evaluación, por ser la primera en aplicarse y emplearse a lo largo de todo el proceso de evaluación y tratamiento. Una variante de la entrevista, consiste en recabar la información de un tercero, tal como un familiar, amistad o compañero de trabajo, que conoce las opiniones y actitudes del evaluado en el ambiente donde este se desenvuelve naturalmente.

En cuanto a la estructura, existen 3 tipos de entrevista diferenciados por la formalidad y secuenciación de las preguntas dirigidas al evaluado (Fernández, 1997). En la entrevista no estructurada el entrevistador explora los temas relativos al motivo de consulta, definiendo la secuencia de las preguntas y la forma de registrar las respuestas. La entrevista semiestructurada, en la que existe un apego a un guion de áreas de contenido que debe cumplirse íntegro, aunque con libertad para ampliar o aclarar la naturaleza de los datos que se piden. En la entrevista estructurada, las áreas de información pueden estar predefinidas pudiendo establecerse una secuencia que se adapte a las particularidades del entrevistado o establecer la estructuración en cuanto a la secuencia y a los propios términos en que se realizan los cuestionamientos.

Para que la entrevista pueda tener las funciones de validación del progreso y efectividad de una intervención, Fernández (1997) identifica los elementos esenciales que este autoinforme debe contener para tener el carácter de entrevista conductual: advertir al evaluado del carácter de la entrevista como un proceso continuo en su tratamiento; complementar la información proporcionada por el entrevistado con ejemplos y datos adicionales acerca de las circunstancias y cogniciones relacionadas con las acciones que se registran; operacionalizar las conductas que son motivo de la evaluación y registrar en qué circunstancias y a qué grado afectan las conductas problema en el funcionamiento familiar, social y laboral.

### **Autoobservación.**

Al igual que las entrevistas, la autoobservación o autorregistro es una forma de autoinforme en el que se registran conductas de interés para el análisis de las causas y los

efectos de la conducta, estas conductas pueden ser de tipo motor, como gestos y movimientos corporales; respuestas fisiológicas como el pulso cardíaco o la presión arterial; otro tipo de respuestas conductuales a registrar pueden ser las cogniciones, las cuales abarcan a las emociones como los celos o la ira, a los pensamientos como las creencias o juicios y a los procesos mentales como pueden ser la memoria o la atención.

Como parte de la evaluación conductual, los autorregistros pueden utilizarse en diferentes etapas de un tratamiento, Herbert y Nelson-Gray (1997) identifican una función terapéutica de los autorregistros ya que al ser empleados para la medición del aumento o disminución en frecuencia, duración e intensidad de las conductas seleccionadas para su tratamiento el sujeto evaluado aprende a identificar su funcionamiento psicológico. Las conductas evaluadas durante el tratamiento son aquellas que al inicio de la evaluación se identificaron como las respuestas que pueden ser el objetivo de un cambio conductual.

### **Escalas, Cuestionarios e inventarios.**

Este tipo de autoinformes están compuestos de una serie de preguntas con respuestas propuestas que deben ser contestadas por el sujeto evaluado en concordancia con sus propios pensamientos y comportamientos; las respuestas elegidas representan muestras de conductas en el área de investigación (Pérez-Pareja, 1997). La presentación de las opciones a elegir puede diferenciarse por la lógica que las estructura: dicotómicas, en donde la elección se realiza por una u otra de un conjunto de 2 opciones que comúnmente guardan sentido contrario; escalares, en las que se elige un valor que significa la medida o intensidad que responde a una pregunta; las ipsativas son aquellas en las que se debe ordenar una serie de opciones de manera que se represente el grado de preferencia.

La construcción de estos instrumentos, de acuerdo con Fernández-Ballesteros (2013), puede realizarse para la evaluación de constructos nomotéticos o normativos, ubicando el rendimiento de un individuo comparado con un grupo, o para la evaluación idiográfica o específica, evaluando el nivel en que se presentan las conductas de interés en un individuo.

### **2.2.2 Formulación de caso.**

La información recabada mediante distintos instrumentos de evaluación conforma un torrente de datos que pueden confluir en una herramienta que permite identificar aquellos elementos que pueden ser modulados para modificar la conducta. La formulación de caso debe cumplir 3 condiciones (Meyer y Turkat, 1979): relacionar todas las quejas del cliente entre sí; explicar el porqué del desarrollo de las dificultades; predecir el comportamiento del cliente dada cualquier condición de estímulo. Las explicaciones y predicciones acerca de una conducta objetivo pueden ser modeladas con diferentes herramientas que organicen los datos recabados con los diferentes instrumentos de medición.

### **Análisis funcional conductual.**

De acuerdo a Haynes y O'Brien (1990) el análisis funcional se define como: "La identificación de relaciones causales funcionales, importantes, controlables y aplicables a un conjunto específico de conductas objetivo para un cliente individual" (p. 654). Esta es una herramienta que opera como un modelo de trabajo que muestra de manera gráfica las conductas problema del cliente y su validez está en función de la precisión de los datos obtenidos en la evaluación (Haynes y O'Brien, 2002).

En esta herramienta de análisis las relaciones causales pueden sufrir variaciones durante una intervención psicológica, por lo que se justifica el adecuar el análisis funcional durante el tratamiento. Si bien Haynes y O'Brien (1990) consideran al análisis funcional como una herramienta esencialmente idiográfica, al abordar relaciones causales para problemas de conducta de clientes individuales, más que una herramienta nomotética, que aborda relaciones causales para un problema de conducta de varios clientes, también admiten un traslape metodológico entre ambas visiones, posibilitando el empleo del análisis funcional nomotético que abarca un problema de forma general, sin dejar de considerar que de manera individual pueden existir variables que modifican la frecuencia e intensidad de una respuesta conductual.

### **Mapa Psicopatogénico.**

La representación gráfica de las relaciones entre las conductas problema de un cliente ayudan a guiar el proceso de formulación de caso. El mapa psicopatogénico propuesto por Nezu, Nezu y Cos (2007) es un modelo gráfico de los elementos que propician y sostienen una conducta en análisis (figura 2.1); sus elementos se ordenan de derecha a izquierda y corresponden a: variables distales, que incluyen a los datos históricos o de desarrollo que pueden estar influyendo en la aparición de las conductas de interés; variables antecedentes, pueden ser relativas a la persona o al ambiente y consisten en los aspectos que provocan la realización de una conducta; las variables orgánsmicas pueden mediar o moderar las respuestas al ser evaluadas mediante las habilidades o deficiencias de la persona estudiada; las respuestas corresponden a los problemas que un cliente reporta para su intervención;

finalmente, las variables consecuentes son los efectos, de las respuestas, que pueden modificar la probabilidad de aparición de una conducta.



Figura 2.1 Mapa psicopatogénico. Adaptado de Nezu, Nezu y Cos (2007).

Existe una correspondencia entre las variables antecedentes, las orgánicas y las respuestas con las variables de la ecuación conductual de Kanfer y Phillips (1976), desarrollada con la finalidad de establecer una unidad de análisis para evaluar los problemas de comportamiento (figura 2.2). La variación se encuentra en la inclusión que hace el mapa psicopatogénico de las variables distales y en la unión de la relación de contingencias (K) y las consecuencias (C) dentro de las variables consecuentes.

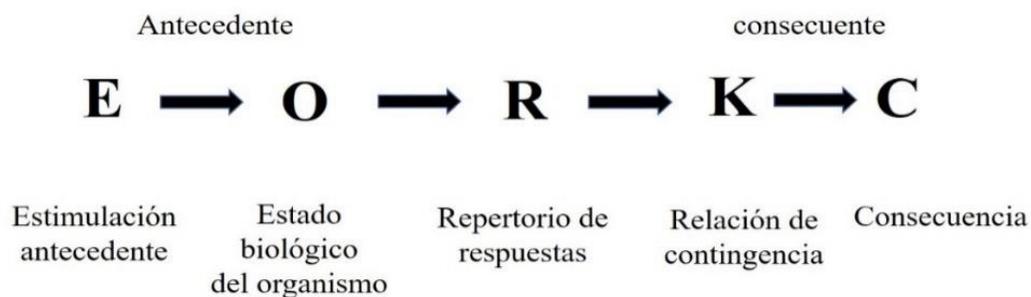


Figura 2.2 Ecuación conductual. Adaptado de Kanfer y Phillips (1976).

### **2.2.3 Proceso de evaluación.**

El enfoque conductual considera a la evaluación psicológica como una actividad que se realiza a lo largo de todo el proceso de la atención a las necesidades de quién demanda apoyo psicológico, en esta visión se diferencia de la evaluación tradicional que solo realiza recolección de información al inicio de un tratamiento. Las funciones de la evaluación conductual se centran en la obtención de información de la interacción del cliente con el ambiente y las demás personas para establecer un plan de intervención para solucionar los padecimientos del consultante.

La evaluación psicológica demanda del evaluador poner en marcha procesos cognitivos, además de la intuición y el razonamiento inductivo para lograr una comprensión del problema que se le requiere atender. Con la finalidad de definir un marco formal para la realización de la evaluación psicológica la Asociación Europea de Evaluación Psicológica (EAPA) propuso la Guía del Proceso de Evaluación (Guidelines for the Assessment Process o GAP) definiendo 4 fases que desglosan el proceso de evaluación psicológica: análisis del caso, organización e información de los resultados, planificación de la intervención y valoración y seguimiento (Consejo General de la Psicología de España, 2020).

Estas fases corresponden al modelo clásico (figura 2.3) propuesto por Carey, Flasher, Maisto y Turkat (1984) en el que un enfoque a priori para la evaluación psicológica consiste en el desarrollo de un conjunto de hipótesis que explican el origen de los mecanismos de una conducta. El modelo se contrapone al enfoque post-hoc, o tradicional, en el que una batería de pruebas es aplicada para, con base en sus resultados, elaborar una explicación de las conductas de interés.

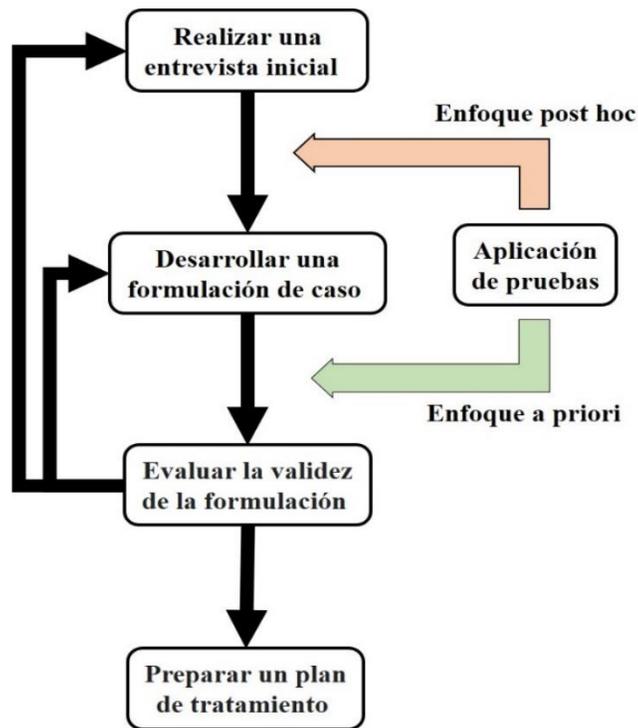


Figura 2.3 Enfoques a priori y post-hoc de la evaluación psicológica. Se muestra el punto del proceso en el cual es realizada la aplicación de pruebas en cada enfoque. Adaptado de Carey, Flasher, Maisto y Turkat (1984).

Este mismo esquema es el empleado por Muñoz (2013) para la propuesta de un modelo de proceso de evaluación cognitivo-conductual en una síntesis, siguiendo las directrices de la guía del proceso de evaluación psicológica (GAP), de la propuesta de Fernández-Ballesteros (2013) con una perspectiva basada en la toma de decisiones y Nezu et al. (2007) sobre la formulación de caso con una perspectiva desarrollada en la resolución de problemas.

El proceso de evaluación psicológica cognitivo-conductual de Muñoz (2013) considera al diseño de la intervención como un elemento dentro del proceso de evaluación en conformidad con las GAP, en las que se recomienda la revisión y elección de los

procedimientos de intervención que mejor se ajusten al caso (Consejo general de la psicología de España, 2020) y la definición de un plan personalizado de intervención en el que se integre la información relativa al tratamiento y el consentimiento del cliente.

Otro elemento dentro de este proceso es la evaluación del cambio para medir los efectos que la intervención tiene en la vida del sujeto intervenido, así como la evaluación del impacto que el tratamiento ha tenido, tras su finalización, en la calidad de vida y el bienestar del cliente.

### **2.3 Los trastornos de personalidad en el DSM-5.**

Los trastornos de personalidad son patrones de pensamientos y conductas de tipo desadaptativo que se forman en la edad temprana para continuar en la vida adulta (Caballo, 2004). Patrones de conducta como la desconfianza, la sumisión o la agresividad pueden ser consideradas normales mientras no afecten el funcionamiento laboral o social y no signifiquen la realización de conductas riesgosas para las demás personas o para uno mismo.

En el estudio de este tipo de trastornos es central el concepto de personalidad. La definición de la personalidad puede establecerse conforme a distintos enfoques teóricos y enfatizando aquellos aspectos de interés para la investigación. Mischel (1981) considera que la personalidad se refiere a patrones que abarcan a la conducta, a los pensamientos y a las emociones y que caracterizan a las adaptaciones a la vida de una persona.

Estos patrones, en la teoría del constructo personal, se detectan en las características y conductas de las demás personas para formar elementos de conocimiento para explicar el

mundo (Cervone y Pervin, 2009). En un enfoque relacionado con los trastornos de personalidad, Millon et al. (2004) conceptualizan a la personalidad como un patrón, también de características psicológicas, que es expresado automáticamente en las áreas de funcionamiento psicológico.

Otra forma de conceptualizar a la personalidad es mediante agrupaciones de características que forman un modelo de 5 factores (Five Factor Model o FFM por sus siglas en inglés). Este modelo fue creado a partir de un análisis factorial aplicado a los términos que la gente emplea para describirse, el estudio transcultural de las dimensiones de los rasgos y la concordancia entre los cuestionarios sobre los rasgos y otras formas de medición (Cervone y Pervin, 2009).

En el estudio de la personalidad, Caballo (2004) identifica la composición de 2 elementos: el temperamento, referido a características de origen innato; y el carácter, referido a factores aprendidos que modifican la personalidad en su conjunto. Estos factores aprendidos son: los esquemas, que contienen las cogniciones básicas con las que se procesa la información; las distorsiones cognitivas, que son la modificación de los contenidos de los esquemas mediante la experiencia; y los pensamientos automáticos, que son imágenes percibidas de manera consciente cuando la atención es centrada en ellos.

Los trastornos de la personalidad, anteriormente presentados de forma categorial en la sección II del DSM-5, son presentados en la sección III como un modelo alternativo de los trastornos de la personalidad (MATP) del DSM-5. En la tabla 2.1 puede observarse que existe una correspondencia, planteada por Widiger y McCabe (2020) entre los dominios del MATP y el extremo desadaptativo del FFM. El MATP se presenta como una nueva forma

dimensional de organizar los trastornos de la personalidad facilitando la comunicación y la planeación de la intervención.

Tabla 2.1.

Comparativo del modelo de los 5 factores y el modelo de 5 dominios de rasgos de la personalidad del MATP del DSM-5.

FFM.	Descripción	Dominios MATP.	Descripción
Neuroticismo	Nivel de inestabilidad o ajuste emocional. Las personas con alto nivel en este factor son agresivas, depresivas y poco tolerantes a la frustración.	Afectividad negativa	Experiencias frecuentes e intensas de niveles elevados de variadas emociones negativas y sus manifestaciones conductuales e interpersonales.
Extraversión	Nivel e intensidad de la preferencia por la interacción con otras personas. Un bajo índice en este factor es propio de las personas pesimistas o reservadas.	Desapego	Evitación de la experiencia socioemocional, rehuir las interacciones interpersonales, la experiencia y la expresión afectiva.
Apertura a la experiencia	Búsqueda de la experimentación por sí misma. Personas curiosas e imaginativas. Un bajo nivel en este factor define a las personas conservadoras y rígidas en sus creencias.	Psicoticismo	Exhibir conductas y cogniciones incongruentes y extrañas, excéntricas o inusuales culturalmente, incluyendo tanto el proceso como el contenido.

FFM.	Descripción	Dominios MATP.	Descripción
Amabilidad	Tendencia hacia la compasión o el antagonismo. El extremo desadaptativo de este factor tiende al cinismo, la rudeza y la irritabilidad.	Antagonismo	Conductas que sitúan al individuo en conflicto con otras personas, sentido exagerado de la propia importancia; la antipatía insensible hacia los otros abarca la falta de conciencia de las necesidades y sentimientos de los demás y la predisposición a utilizar a las personas en beneficio propio.
Responsabilidad	Evalúa el grado de organización, persistencia y motivación en la conducta dirigida a la obtención de logros. El extremo desadaptativo se refiere a características como descuido, negligencia y pereza.	Desinhibición	Orientación hacia la satisfacción inmediata que conlleva la realización de comportamientos impulsivos producidos por pensamientos, sentimientos y estímulos actuales extremos, sin tener en cuenta aprendizajes del pasado o la consideración de futuras consecuencias

*Nota:* adaptado de Widiger y Costa (2013) y Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

### **2.3.1 Clasificación de los trastornos de personalidad en el DSM-5.**

En su sección II, el DSM-5 presenta 10 trastornos de la personalidad, diferenciados en 3 grupos: En el grupo A, de los raros o excéntricos, se encuentran los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica; en el grupo B, de las personas exageradamente emocionales, se encuentran el trastorno antisocial, el límite, el histriónico, y el narcisista; en el grupo C, de las personas ansiosas o temerosas, el trastorno evitativo, el

dependiente y el obsesivo-compulsivo. Esta clasificación se da en una modalidad categorial, la cual permite una identificación rápida de los trastornos con base en el cumplimiento de un conjunto de síntomas (caballo, 1998).

La identificación de los trastornos de personalidad ha supuesto una de sus mayores dificultades en la comorbilidad que resulta de identificar en un paciente síntomas que pertenecen a diferentes trastornos. Este ha sido el principal aspecto que el DSM-5 ha tratado de resolver con la propuesta del MATP procurando una identificación más precisa de las condiciones que afectan al paciente, aunque esa precisión exige una mayor meticulosidad en la identificación de síntomas y signos (Caballo, 1998).

Tabla 2.2

Definiciones de las facetas de los rasgos de los trastornos de la personalidad del MATP del DSM-5

Dominios y facetas	Definiciones
<b>AFECTO NEGATIVO (frente a estabilidad emocional)</b>	
Inestabilidad emocional	Labilidad de las experiencias emocionales y del estado de ánimo; las emociones se despiertan con facilidad, o de manera desproporcionada a los sucesos y circunstancias.
Ansiedad	Sentimientos de nerviosismo, de tensión o de pánico en respuesta a diversas situaciones; preocupación frecuente por los efectos negativos de las experiencias pasadas desagradables y por las posibilidades futuras negativas; sentir miedo y aprehensión por la incertidumbre, esperando que suceda lo peor.
Inseguridad de separación	Miedo a quedarse solo debido al rechazo o la separación de los seres queridos basado en falta de confianza en la propia capacidad para cuidar de sí mismo, tanto física como emocionalmente.

Dominios y facetas	Definiciones
Sumisión	Adaptación del comportamiento a los intereses reales o percibidos y los deseos de los demás, incluso cuando son la antítesis de los propios intereses, necesidades o deseos.
Hostilidad	Sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a desprecios e insultos menores; comportamiento mezquino, desagradable o vengativo.
Perseverancia	Persistencia en las tareas o en una forma particular de hacer las cosas a pesar de que dicho comportamiento ha dejado de ser funcional o eficaz; continuación del mismo comportamiento tras experimentar repetidos fracasos o razones claras para parar.
Depresión	Sentimientos de inferioridad, de desgracia o de desesperanza; dificultad para recuperarse del estado de ánimo negativo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza o culpa omnipresente; baja autoestima; ideación y comportamiento suicidas.
Suspiciousidad	Expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás; sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguidos por otros.
Afecto restringido (carencia)	La falta de esta faceta caracteriza los niveles bajos de afecto negativo. Véase el desapego.
DESAPEGO (frente a extraversión)	
Distanciamiento	Preferencia de estar solo antes que acompañado; recelo en situaciones sociales; elusión del contacto y la actividad social; falta de iniciación de contactos sociales.
Evitación de la intimidad	Eludir las relaciones cercanas o románticas, los vínculos de apego y las relaciones sexuales íntimas.
Anhedonia	Falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias de la vida; déficit en la capacidad de sentir placer y tener interés en las cosas.
Depresión	Ver afecto negativo.

Dominios y facetas	Definiciones
Afecto restringido	Poca reacción ante situaciones emocionalmente excitantes; experiencia y expresión emocional constreñida; indiferencia y frialdad en situaciones habitualmente atractivas.
Susplicacia	Ver afecto negativo.

#### ANTAGONISMO (frente a amabilidad)

Manipulación	Uso de subterfugios para influir o controlar a los demás; empleo de la seducción, la labia o la adulación para conseguir sus fines.
Falsedad	Engaño y fraude; distorsión de uno mismo; embellecimiento o invención al relatar acontecimientos.
Grandiosidad	Creer que uno es superior a los demás y se merece un trato especial; egocentrismo; sentimientos de tener derecho (a algo); condescendencia hacia los demás.
Búsqueda de atención	Participar en conductas diseñadas para hacerse notar y ser el foco de atención y de admiración de los demás.
Insensibilidad	Falta de preocupación por los sentimientos o los problemas de los demás; carencia de sentimientos de culpa o remordimiento por los efectos negativos o perjudiciales de las acciones de uno mismo sobre los demás.
Hostilidad	Véase el afecto negativo.

#### DESINHIBICION (frente a escrupulosidad)

Irresponsabilidad	Indiferencia e incumplimiento de obligaciones o compromisos económicos y de otro tipo, falta de respeto y seguimiento de acuerdos y promesas; negligencia con la propiedad ajena.
Impulsividad	Dejarse llevar por el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos; actuar de forma repentina y sin un plan o sin considerar las consecuencias; dificultad para establecer y seguir los planes; sentido de urgencia y conductas de autolesión en virtud de la angustia emocional. Rituales.

Dominios y facetas	Definiciones
Distraibilidad	Dificultad para concentrarse y prestar atención a las tareas; distracción fácil por estímulos externos; problemas para realizar comportamientos dirigidos a metas.
Asunción de riesgos	Implicarse y realizar actividades peligrosas y potencialmente dañinas para uno mismo sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones y negación de la realidad del peligro personal; búsqueda desenfadada de metas sin importar el nivel de riesgo involucrado.
Perfeccionismo rígido (carencia)	Insistencia rígida en que todo debe ser perfecto y sin errores, incluidos el propio rendimiento y el de los demás; sacrificar puntualidad por la exactitud de cada detalle; dificultad para cambiar ideas y/o puntos de vista; preocupación por la organización y el orden. La falta de esta faceta es característica de las personas con bajos niveles de desinhibición
<b>PSICOTICISMO (frente a lucidez)</b>	
Creencias y experiencias inusuales	Creer que se tienen habilidades excepcionales, como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción; experiencias insólitas de la realidad, incluidas alucinaciones.
Excentricidad	Comportamiento, apariencia y/o habla raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños e impredecibles; discurso aberrante o inapropiado.
Desregulación cognitiva y perceptiva	Procesos y experiencias de pensamiento extrañas o inusuales como despersonalización, desrealización y experiencias disociativas; estados combinados de sueño y vigilia; vivencias de control del pensamiento.

*Nota:* adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

La clasificación dimensional adapta el FFM para definir 5 dominios (tabla 2.1); por cada dominio existe un número variable de dimensiones específicas o facetas que conforman un patrón de comportamiento (tabla 2.2); el total de 25 facetas puede ser evaluado con el

Inventario personal para el DSM-5 (Personality Inventory for DSM-5 o PID-5), el cual contiene 220 reactivos y fue desarrollado por Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol para la evaluación de 25 facetas de la personalidad en adultos (Torres-Soto, Moya-Faz, Giner-Alegría y Oliveras-Valenzuela, 2019).

### **2.3.2 El modelo alternativo de los trastornos de personalidad.**

Este modelo dimensional recupera de manera específica sólo 6 de los trastornos de la personalidad de la sección II para los que se ha encontrado mayor evidencia empírica: antisocial, evitativa, límite, narcisista, obsesivo-compulsiva y esquizotípica. Estos trastornos se definen con un conjunto de facetas como síntomas formando el criterio B de diagnóstico, algunas facetas son compartidas por 2 trastornos diferentes (Figura 2.4); de las 25 facetas, la sumisión y la distraibilidad no se incluyen en ninguno de los 6 trastornos específicos.

En esta propuesta ya no se incluye de manera específica el trastorno de la personalidad paranoide, el cual incluye entre sus criterios diagnósticos la sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja, con comportamientos como: reunir evidencias triviales para justificar los celos, mantener un control completo de la relación evitando ser traicionado y desafiar el paradero, acciones, intenciones y fidelidad del cónyuge o pareja (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El trastorno de la personalidad paranoide (TPP) es un predictor de conducta agresiva, además de ser considerado un factor que hace propensos a la depresión y al riesgo suicida a aquellos que lo padecen (Lee, 2017). Desde la perspectiva cognitiva, el TPP tiene un origen en creencias disfuncionales que llevan a experimentar un temor hacia la vulnerabilidad y la

hipersensibilidad a la crítica. Estas características se unen a sesgos del razonamiento que Freeman (2007) identifica en el pensamiento paranoide: la inhabilidad para comprender los estados mentales (creencias, deseos e intenciones) de otras personas; un estilo atribucional donde los eventos negativos se atribuyen a causas externas; y el razonamiento sesgado que lleva a conclusiones con solo pocas unidades de información en un proceso conocido como *salto a las conclusiones* (jumping to conclusions o JTC).

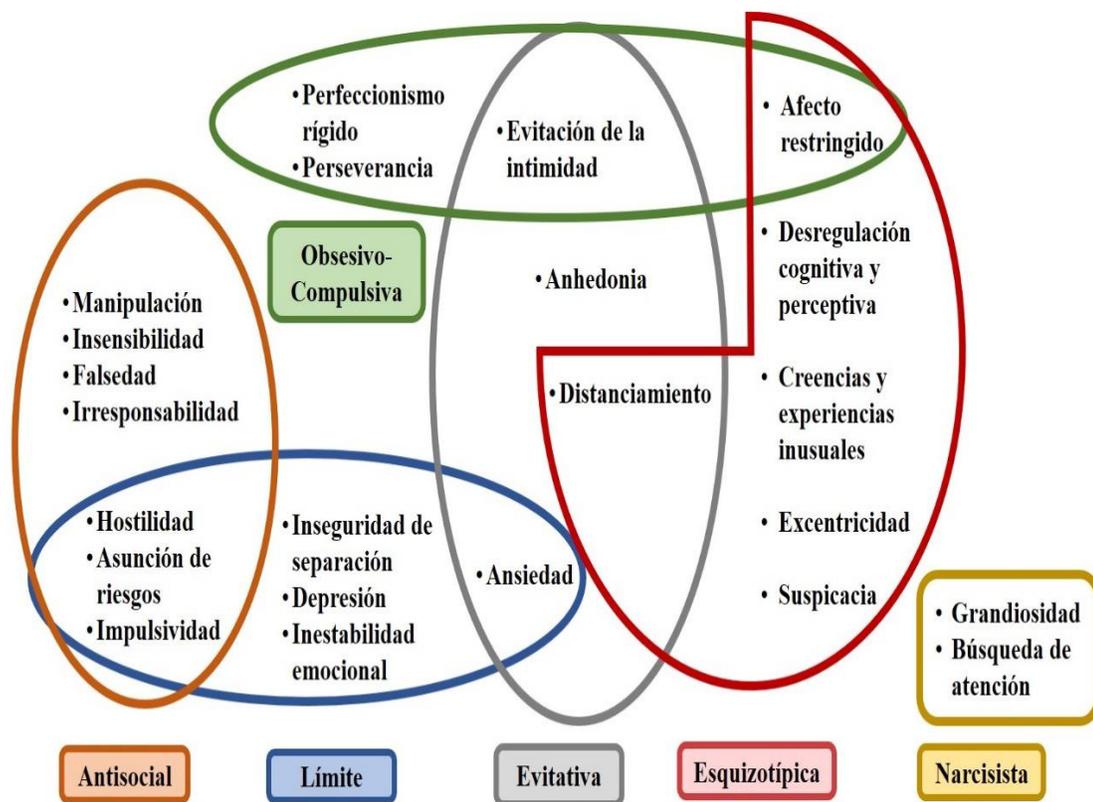


Figura 2.4 Intersección de rasgos en los trastornos de personalidad. Se muestra en las intersecciones de las figuras los rasgos que son comunes en los trastornos de personalidad del MATP. Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

Otros criterios a considerar en el diagnóstico son la afectación en el funcionamiento personal, autodirección e identidad, e interpersonal, empatía e intimidad (tabla 2.3), los cuales constituyen el criterio diagnóstico A; para su evaluación, el DSM-5 plantea la utilización de la escala del nivel del funcionamiento de la personalidad ( Level of personality functioning scale o LPFS) empleando 5 niveles de deterioro: saludable y adaptativo (nivel 0), deterioro leve (nivel 1), moderado (nivel 2), grave (nivel 3) y extremo (nivel 4). El nivel moderado es el indicado para considerar la existencia de un deterioro en el funcionamiento personal e interpersonal.

Para otros trastornos no considerados de manera específica en el MATP se define un diagnóstico de trastorno de la personalidad-especificado por rasgos (TP-ER); este puede emplearse cuando no se cumplen los criterios de ningún trastorno específico, pero se encuentran rasgos patológicos en al menos un dominio general y un deterioro en al menos 2 elementos del funcionamiento personal (tabla 2.3).

En un enfoque conductual, los rasgos de la personalidad se pueden considerar conductas estables en el tiempo y contexto debido a múltiples variables de control ambiental (Phelps, 2015). Para la evaluación de los celos patológicos se hace necesario identificar el patrón de conductas que apoyen un diagnóstico que permita la facilidad de comunicación entre los investigadores del tema.

El MATP es todavía una propuesta en desarrollo (Clarkin, Caligor y Sowislo, 2020), por lo que se requiere investigación para evaluar su pertinencia como herramienta de evaluación y diagnóstico.

Tabla 2.3

Elementos del funcionamiento de la personalidad.

Personal	Interpersonal
<p><b>Identidad.</b></p> <p>La experiencia de uno mismo como único, con límites claros entre el yo y los demás.</p> <p>La estabilidad de la autoestima y la exactitud de la autoevaluación.</p> <p>Capacidad y habilidad de regular una amplia gama de experiencias emocionales.</p>	<p><b>Empatía.</b></p> <p>Comprensión y valoración de experiencias y motivaciones de los demás.</p> <p>Tolerancia de diferentes puntos de vista.</p> <p>Discernir los efectos de la propia conducta en los demás.</p>
<p><b>Autodirección</b></p> <p>Persecución de objetivos y metas coherentes y significativas a corto plazo y a lo largo de la vida.</p> <p>Uso de normas internas de comportamiento constructivas y prosociales.</p> <p>Capacidad de autorreflexionar productivamente.</p>	<p><b>Intimidad.</b></p> <p>La profundidad y la duración de la relación con los demás</p> <p>El deseo y la capacidad de cercanía.</p> <p>Reciprocidad de la relación reflejada en el comportamiento interpersonal.</p>

*Nota:* adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

### **3. La evaluación de los celos patológicos.**

#### **3.1 Tipos de celos patológicos.**

La clasificación de los celos se fundamenta en aquellos aspectos que orientan el análisis de las características que los diferencian, En la tabla 3.1 se muestra una clasificación formada a partir de las diferentes categorizaciones encontradas.

Enfocándose en la situación que provoca los celos, Buunk (diciembre, 1997) los categoriza como: reactivos, celos normalmente experimentados ante la infidelidad del compañero o compañera; preventivos, experimentados al percibir una posible amenaza a la relación de pareja; celos ansiosos, cuando el temor a la infidelidad lleva a experimentar malestar y preocupación.

La clasificación de Buunk establece una dimensión que va desde los celos reactivos (normales o no patológicos) a los ansiosos (patológicos), pudiendo ser patológicos o no los celos preventivos, dependiendo de la intensidad de la reacción.

Para la construcción de su escala MJS, Pfeiffer y Wong (1989) categorizan los celos conforme a la respuesta que estos producen: celos emocionales, son las sensaciones de malestar por una posible infidelidad; celos cognitivos, los que se refieren a las preocupaciones por la infidelidad imaginada o real; y celos conductuales, aquellos que detectan una amenaza, real o imaginaria, a la relación de pareja, este tipo de celos se enfoca en proteger la relación. Esta es una clasificación multidimensional, pudiendo cada categoría tener una naturaleza normal o patológica.

Tabla 3.1.

Clasificación de los celos.

Criterio	Tipos de celos	No patológicos	Patológicos
Por la situación que los origina <sup>a</sup>			
	Reactivos	Se experimentan ante una situación de infidelidad.	
	Preventivos	Aparecen como respuesta a una posible situación de amenaza.	Pueden ser una reacción desproporcionada ante indicios triviales.
	Ansiosos		Imágenes de infidelidad que llevan a experimentar malestar y preocupación.
Por el tipo de respuesta que producen <sup>b</sup>			
	Emocionales	Malestar ante una percepción de amenaza.	Respuesta condicionada por experiencias anteriores.
	Cognitivos	Preocupaciones y sospechas acerca de la infidelidad del compañero o compañera.	Sospechas paranoides.
	Conductuales	Estrategias de verificación de posibles relaciones que amenazan la relación de pareja.	Verificaciones y comprobaciones, exageradas, de la fidelidad.
Perspectiva clínica <sup>c</sup>			
	Normales	Respuesta a la infidelidad en la relación de pareja.	
	Reactivos	Respuesta a una amenaza, real o sospechada, a la relación de pareja.	Reacción exagerada al miedo a la infidelidad pasada o futura. Se debe a una baja autoestima, hipersensibilidad o a un trastorno mental. Evolucionan conforme al estado de la relación de pareja.

Criterio	Tipos de celos	No patológicos	Patológicos
	Sintomáticos		Se relacionan a un trastorno mental, como la esquizofrenia. Se relaciona con la evolución del trastorno.
Por el tipo de trastorno <sup>d</sup>	Delirantes		Creencias de infidelidad sin motivo justificado involucrando comportamiento violento.
	Obsesivos		Creencias no delirantes sobre la infidelidad, originando pensamientos y actos recurrentes.
	Paranoides		Creencias sobrevaloradas relacionadas a la personalidad paranoide, constituye un patrón de conducta que surge en la adultez temprana.

*Nota:* <sup>a</sup> Buunk (diciembre 1997). <sup>b</sup> Pfeiffer y Wong (1989). <sup>c</sup> White y Mullen (1989).  
<sup>d</sup> Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

Desde una perspectiva clínica, White y Mullen (1989) clasifican los celos como: normales, estrategia de afrontamiento ante una amenaza para la relación de pareja; sintomáticos, asociados a una psicopatología; patológicamente reactivos, por el temor a la infidelidad de la pareja. Esta es otra clasificación en una sola dimensión que va desde los celos normales a los sintomáticos (patológicos); los celos reactivos pueden ser normales o patológicos dependiendo de variables personales.

En el DSM-5 se puede identificar, analizando las categorías diagnósticas, que se incluyen los siguientes tipos de celos: delirantes, creencias de infidelidad sin motivo justificado, involucrando comportamiento violento; obsesivos, originados en creencias no

delirantes sobre la infidelidad, originando pensamientos y actos recurrentes; paranoides, creencias sobrevaloradas relacionadas a la personalidad paranoide; estas conductas se constituyen en un patrón de conducta que surge en la adultez temprana.

Los diferentes enfoques llevan a interrelacionar los diferentes tipos de celos, los categorizados por el tipo de trastorno pueden ser considerados como una especificación de los celos sintomáticos cuando se asocian a un trastorno mental o patológicamente reactivos si su curso depende del estado de la relación de pareja. Los celos ansiosos se pueden considerar como una categoría que engloba a los celos patológicamente reactivos y a los celos sintomáticos. Los celos categorizados por su tipo de respuesta dan una diferenciación que es de utilidad para la evaluación de la topografía de los celos tanto en su expresión normal como la patológica.

### **3.2 Estrategias de evaluación e intervención de los celos patológicos.**

#### **3.2.1 Estrategia PICO de consulta bibliográfica.**

La medicina basada en evidencias (MBE) tiene sus orígenes en las prácticas de la Universidad McMaster de Canadá para hacer de la ciencia la fuente principal de la práctica médica y la investigación publicada (Cohen, 1996), con la finalidad de obtener respuestas a los problemas clínicos.

La MBE es conceptualizada como “el uso consciente, explícito y judicial de la evidencia actual en la toma de decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales” (Magarey, 2001, p. 376). Al ser la MBE una aplicación de métodos presentes en otras

industrias e ideologías, se le considera una extensión del método científico (Lockett, 1997). El traslado de las prácticas de la MBE para aprovechar de manera sistemática los hallazgos de la investigación científica para las decisiones clínicas dio lugar a la práctica basada en evidencias (PBE), llegando al punto de ser indiferenciable con la MBE en cuanto al cuidado de la salud (Young, 2002).

La PBE ha sido empleada en áreas diferentes a la clínica, como la práctica comunitaria y la práctica gerencial, para evaluar los resultados de las investigaciones, principalmente en aquellas con diseño NI. De acuerdo con Akobeng (2005), la PBE trabaja con los siguientes 5 principios: 1) convertir las necesidades de información en preguntas que se pueden responder; 2) encontrar la mejor evidencia con la cual responder a las preguntas; 3) evaluar críticamente la validez y utilidad de la evidencia; 4) aplicar el resultado de la valoración y; 5) evaluar los resultados.

La formulación de la pregunta es un paso clave en esta metodología, una formulación incorrecta puede causar el empleo de tiempo excesivo en la búsqueda de información y en su identificación, por lo que el empleo del formato PICO permite la identificación de información relevante de manera precisa (Schardt, Adams, Owens, Keitz y Fontelo, 2007).

La pregunta que responde a las necesidades de información puede ser planteada como pregunta de fondo o pregunta de primer plano, cada una con sus propios componentes esenciales. Straus, Glasziou, Richardson, Rosenberg y Haynes (2019) describen la primera como aquella que se refiere a conocimientos generales acerca de un trastorno o tratamiento, se compone primeramente de un pronombre interrogativo (quién, qué, dónde, cuándo, cómo,

por qué) y un verbo; el segundo componente es un trastorno, prueba, tratamiento u otro aspecto de la asistencia sanitaria; por ejemplo: ¿Qué produce la gripe?.

Las preguntas de primer plano son las que se refieren a conocimientos generales, los cuales pueden ser acerca de un trastorno, prueba o tratamiento y se componen de 4 elementos esenciales: el problema, la intervención (prueba o exposición de interés), la comparación de intervenciones (si las hay relevantes) y los resultados de interés. Estos componentes forman la estructura PICO (siglas de los términos en inglés de Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome) la cual puede reformularse como PIO en caso de no haber comparaciones relevantes.

La metodología PICO para la evaluación de material de referencia resulta útil para establecer un criterio que ayude a identificar el material que puede aportar a la investigación; los apartados de Intervención y Comparación son los que pueden guiar para determinar si un texto contiene información relevante para ser tomada en cuenta.

Para la obtención del material relativo se establece una pregunta para la búsqueda bibliográfica que contenga los componentes de la estrategia PICO (Costa, Mattos y Cuce, 2007) permitiendo la definición de la información que maximice la obtención de evidencias relevantes.

Se plantea la pregunta ¿Para las personas con problemas de celos patológicos cuales son las estrategias de evaluación para el trastorno paranoide de la personalidad comparado con la evaluación del trastorno delirante y del trastorno obsesivo compulsivo para definir un tratamiento que logre una disminución en el deterioro del funcionamiento de la

personalidad?, la cual se representa en la tabla 3.2 con las palabras clave con las que se realizó la búsqueda de información.

Tabla 3.2.

Descripción de los componentes de la estrategia PICO para la definición de la pregunta de búsqueda bibliográfica.

Componente	Elemento de pregunta de búsqueda bibliográfica	Palabras clave
P (Paciente/Problema)	Personas con celos patológicos	Celos, celotipia, síndrome de Otelo, celos delirantes, celos obsesivos, celos mórbidos.
I (Intervención)	Evaluación y tratamiento del trastorno de personalidad paranoide.	Cognitivo, conductual, cognitivo-conductual, trastorno de la personalidad paranoide, paranoia, celos patológicos, evaluación, psicometría.
C (Comparación)	Evaluación y tratamiento del trastorno delirante tipo celotípico. Evaluación y tratamiento de los celos obsesivos (Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados)	Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno delirante, psicodinámico, sistémico, interpersonal, evaluación. Psicometría.
O (Outcome/Resultado)	Disminución del deterioro del funcionamiento de la personalidad	Relaciones familiares, relaciones sociales, relaciones laborales, relación de pareja.

*Nota:* adaptado de: da Costa, Mattos y Cuce (2007).

La búsqueda de la información, con base en la pregunta de investigación bibliográfica se realizó en diferentes bancos de publicaciones digitales:

Biblioteca digital UNAM. Es el servicio de consulta de los recursos de información en formato digital del acervo de la UNAM. Proporciona acceso remoto a la comunidad UNAM con derechos vigentes. Disponible en: [www.bidi.unam.mx](http://www.bidi.unam.mx)

Revistas científicas complutenses. Es el portal de revistas científicas editadas por la Universidad Complutense de Madrid. Se permite consultar y obtener el texto completo de los artículos publicados en las revistas científicas editadas por el servicio de publicaciones de la universidad. Disponible en: [revistas.ucm.es](http://revistas.ucm.es)

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Es el sistema de indización de las revistas de alta calidad científica y editorial de la región que da visibilidad y apoyo en la consolidación de revistas sin fines de lucro. Los materiales de su acervo pueden utilizarse con fines educativos, informativos o culturales, citando la fuente y sin comercializar sus contenidos. Disponible en: [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org).

Scientific electronic library online. Plataforma para la publicación electrónica de las revistas científicas para su acceso a través de distintos mecanismos como: listas de títulos, materia, índices de autores y de materias. Proporciona acceso completo a los artículos de una colección de revistas científicas. Disponible en: [www.scielo.org](http://www.scielo.org)

La información seleccionada, la cual se muestra en la tabla 3.3, incluye los tratamientos de intervención de los celos patológicos bajo distintos enfoques y los instrumentos de evaluación empleados en cada caso. Por cada caso analizado se presenta también la problemática específica, la población a la que se aplicó el tratamiento y los resultados obtenidos. Por cada caso se identifica el tipo de celos que fue intervenido.

Tabla 3.3

Instrumentos de evaluación y tratamiento encontrados con la metodología PICO.

Tipo de celos	Problemática	Población	Instrumentos de evaluación	Tratamiento	Resultados
Celos obsesivos	Revisar sin el permiso de la pareja el teléfono celular, Facebook, ropa y cartera.  Perseguir a su pareja.  Llamar y discutir de manera continua	6 mujeres, estudiantes universitarias con edades entre los 18 y los 35 años	Entrevista clínica.  Escala interpersonal de celos (EIC) (Mathes y Severa, 1981).	Psicoeducación  Autocontrol.  Restructuración cognitiva.  Terapia de pareja	Disminución en el puntaje de la EIC.  Diferencias significativas en la frecuencia de conductas asociadas al problema

Terapia de pareja: un estudio de caso. <sup>b</sup>

Celos paranoides	Celos del esposo.  Abuso de alcohol.  Problemas de disfunción eréctil.	Matrimonio de 26 años.  Mujer con 45 años de edad y  Hombre de 50 años. 2 hijas de 14 y 16 años.	Entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas sobre el inicio y expectativas de la relación.	Terapia de pareja.  Mejora de la comunicación.  Organización del tiempo libre.  Consejos para la realización de relaciones sexuales.  Restructuración cognitiva.	Satisfacción en la relación de pareja y mejora de la calidad de vida.
------------------	--	--	--	--	---

Tipo de celos	Problemática	Población	Instrumentos de evaluación	Tratamiento	Resultados
---------------	--------------	-----------	----------------------------	-------------	------------

Cognitive Analytic Therapy for Obsessive Morbid Jealousy: A Case Series. <sup>c</sup>

Celos obsesivos	Problemas de celos en todas sus relaciones románticas y ocasionalmente agresiones físicas a su pareja.	2 participantes femeninos de 54 y 36 años de edad, sin relación familiar. 1 participante masculino de 58 años de edad.	Entrevista diagnóstica de Kellett, Boyden, and Green (2012) para tamizaje. Cuestionario de celos Prestwitch, (Intili y Tarrier, 1998). Autorregistros con escala Likert sobre aseveraciones acerca de la sensación de celos experimentada durante el día.	Terapia analítica cognitiva, Reformulación narrativa de los celos, Autovigilancia de estados problemáticos.	En todos los casos se registró una disminución de los celos y síntomas relacionados como depresión y estrés. No se registraron agresiones a la pareja después del tratamiento y en el seguimiento.
-----------------	--	--	---	---	--

Abordaje de una celotipia desde una perspectiva conductual. <sup>d</sup>

Celos paranoides	Relaciones conflictivas con su pareja actual y 2 anteriores	Participante femenino de 30 años de edad.	Entrevista. Análisis funcional	Terapia de aceptación y compromiso	Disminución de comprobaciones e intentos de controlar a su pareja
------------------	---	---	-----------------------------------	------------------------------------	---

Aproximación a una Paciente con Rasgos de la Personalidad Paranoide. <sup>e</sup>

Celos paranoides	Relaciones conflictivas con el cónyuge o la pareja. (Z 63.0).	Mujer de 33 años, médico, casada, dos hijos.	Entrevista. Registro de pensamientos disfuncionales.	Terapia analítica cognitiva.	Eliminación de 5 de 6 quejas presentadas por Paranoia.
------------------	---	--	---	------------------------------	--

Tipo de celos	Problemática	Población	Instrumentos de evaluación	Tratamiento	Resultados
	Rasgos de Personalidad Paranoide		El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II.	Reestructuración cognitiva.	Disminución de síntomas ansiosos, conductas de chequeo.
	Desconfianza en las relaciones de pareja.		Escala de Paranoia (PS). Entrevista estructurada Change interview	Entrenamiento en asertividad. Entrenamiento en relajación progresiva. Modelo de ansiedad de Beck. Terapia Centrada en Esquemas de Jeffrey Young	Mayor control de las conductas agresivas.

Homicidas de pareja. Una propuesta de tratamiento. <sup>f</sup>

Celos paranoides	Exploración de conductas antisociales. Celos. Trastornos paranoides. Abuso de alcohol. Homicidio de pareja	Participantes 1 mujer, madre de 6 hijos y 1 hombre padre de 4 hijos	Entrevista semiestructurada Inventario de evaluación de la personalidad (Personality Assessment inventory o PAI) validado para México. (Jurado et al., 2015)	Técnicas propuestas: Manejo de emociones. Fortalecimiento de la comunicación Manejo del trastorno paranoide de la personalidad	Propuesta de tratamiento
------------------	--	--	---	---	--------------------------

Intervención cognitiva en un caso de celotipia. <sup>g</sup>

Celos obsesivos	Celos obsesivos. Ansiedad.	Mujer de 41 años, 21 años de casada, con 2 hijos mayores.	Entrevista, Autorregistro. Inventario de Depresión de Beck BDI. Inventario de situaciones y	Entrenamiento en darse cuenta (Dugas y Ladouceur, 1997). Reevaluación de la valoración	Disminución de las creencias irracionales de inferioridad.
-----------------	-------------------------------	---	---	---	--

Tipo de celos	Problemática	Población	Instrumentos de evaluación	Tratamiento	Resultados
			respuestas de ansiedad ISRA (Tobal y Cano-Vindel, 1988). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2015).	de la preocupación. Reestructuración cognitiva.	

Síndrome de Otelo (delirio celotípico) inducido por agonistas dopaminérgicos.<sup>h</sup>

Celos delirantes	Celos asociados a Enfermedad de Parkinson	Paciente de enfermedad de Parkinson. Mujer, 53 años de edad.	Entrevista a compañero o compañera del paciente. Estudios de neuroimagen.	Cambio de medicación retirando agonistas dopaminérgicos	Disminución de los delirios celotípicos.
------------------	---	---	--	---	--

Dopamine Agonists and Delusional Jealousy in Parkinson's Disease: A Cross-Sectional Prevalence Study. Movement Disorders.<sup>i</sup>

Celos delirantes	Celos y enfermedad de Parkinson	20 pacientes con enfermedad de Parkinson	Entrevista. inventario neuropsiquiátrico de Cummings et al. (1994) en pacientes dementes. Cuestionario de psicosis de Parkinson en pacientes no dementes.	Cambio de medicación retirando agonistas dopaminérgicos	Disminución de los delirios celotípicos
------------------	---------------------------------	--	---	---	---

Tipo de celos	Problemática	Población	Instrumentos de evaluación	Tratamiento	Resultados
---------------	--------------	-----------	----------------------------	-------------	------------

Síndrome de Sanchís Banús. a propósito de un caso.<sup>j</sup>

Celos delirantes.	Síndrome de Sanchís Banús	Mujer de 58 años invidente y con hipoacusia.	Entrevista	Medicación con Paliperidona y Lorazepam	Se reporta buen pronóstico al detectar discurso más centrado tras la medicación.
-------------------	---------------------------	--	------------	---	--

Jealousy: a case of application of functional analytic psychotherapy.<sup>k</sup>

Celos obsesivos.	Conducta celosa en sus relaciones amorosas (evitación de lugares y personas y preguntas sobre relaciones anteriores). Acude a consulta por evitar perder su relación actual	Varón de 31 años con estudios superiores	Entrevista semiestructurada con la pareja (4 sesiones). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Luchene, 2015). Inventario de Depresión de Beck Autorregistros sobre eventos de celos. Análisis funcional.	Terapia Analítica Funcional. Terapia de pareja. Exposición en vivo Prevención de respuesta Extinción de conducta Entrenamiento en asertividad.	Desaparición de los episodios de celos en la sesión 36 y mantenimiento de los resultados 2 años después.
------------------	---	--	---	---	--

Nota: <sup>a</sup> Martínez-León et al. (2016). <sup>b</sup> Fuentes. (2013). <sup>c</sup> Curling, Kellet, y Totterdell (2018). <sup>d</sup> López (2010). <sup>e</sup> Monsalve (2017). <sup>f</sup> Orduz, Clavijo, Aldana y Obregón (2019). <sup>g</sup> Cuesta, 2006). <sup>h</sup> Pérez-Mora, Guilabert-Vidal y Quintanilla-López (2015). <sup>i</sup> Poletti et al. (2012). <sup>j</sup> García et al. (febrero 2016). <sup>k</sup> Carrascoso (2003).

### **3.2.2 Estrategias de intervención de los celos.**

De los resultados contenidos en la Tabla 3.3, la mayor parte de los tratamientos se ubican en el enfoque cognitivo-conductual con el empleo de técnicas como terapia analítica cognitiva, terapia de aceptación y compromiso, psicoeducación, fortalecimiento de las redes de apoyo y reestructuración cognitiva para el tratamiento de los celos. Otras técnicas empleadas son las propias de la teoría del aprendizaje social, como el entrenamiento en asertividad, y las operantes, como la exposición en vivo y la extinción de conductas. De los trabajos expuestos, 2 de ellos se enmarcan en el enfoque sistémico (Carrascosa, 2002; Fuentes, 2013) y otro en un enfoque integrador que incluye fundamentos teóricos psicodinámicos y cognitivos (Curling, Kellet, y Totterdell, 2018). En ellos, es coincidente el empleo de la reestructuración cognitiva para el tratamiento de los celos patológicos.

En los casos sobre celos obsesivos de Cuesta (2006) donde se aplicó terapia cognitiva y en el de Carrascoso (2003), en el cual se aplicó terapia analítica funcional, es coincidente el empleo de instrumentos cognitivos como Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2015) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck's Depression Inventory o BDI) presentado por Beck, Rush, Shaw y Emery (2010).

Para el tratamiento de celotipia asociada a la enfermedad de Parkinson y el síndrome de Sanchís-Banús el enfoque médico es la forma de tratamiento aplicado al explicar el trastorno por los efectos de la medicación con agonistas dopaminérgicos en el primer caso y en el caso del síndrome de Sanchís-Banús el tratamiento se realizó fundamentalmente con la prescripción de fármacos como Paliperidona y Lorazepam.

Los tratamientos más empleados fueron la reestructuración cognitiva en 4 casos, de los cuales 2 se aplicaron a celos obsesivos y 2 a celos paranoides. La terapia de pareja fue empleada en 3 casos, 2 de los cuales se emplearon para tratar los celos obsesivos y los celos paranoides en un caso. El entrenamiento en asertividad se empleó en 2 casos para tratar los celos paranoides y los obsesivos. La medicación fue la estrategia de intervención empleada en los 3 casos de celos delirantes revisados. Todas las demás estrategias de tratamiento se emplearon en solo uno de los casos analizados.

### 3.2.3 Estrategias de evaluación de los celos patológicos.

Las estrategias de evaluación encontradas en los trabajos analizados se muestran en la Tabla 3.4 ampliando en detalle las técnicas empleadas en las fases de: pre-tratamiento, tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.

Tabla 3.4

Estrategias de evaluación encontrados con la metodología PICO.

Tipo de celos	Instrumentos de evaluación	Evaluación Pre-tratamiento	Evaluación durante el tratamiento	Evaluación Post-tratamiento	Seguimiento
---------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	-------------

Efecto de una intervención cognoscitivo conductual para el manejo de los celos en la relación de pareja. <sup>a</sup>

Celos obsesivos	Entrevista clínica. Escala interpersonal de celos (EIC) (Mathes y Severa, 1981). Línea base: Autorregistro (3 a 5 conductas).	Autorregistro (línea base). Cuestionarios, inventarios o escalas.	Autorregistro	Autorregistro	6 meses Dificultades debido a inasistencia del compañero o compañera.
-----------------	---	--	---------------	---------------	--

Tipo de celos	Instrumentos de evaluación	Evaluación Pre-tratamiento	Evaluación durante el tratamiento	Evaluación Post-tratamiento	Seguimiento
---------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	-------------

Terapia de pareja: un estudio de caso. <sup>b</sup>

Celos paranoides	Entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas sobre el inicio y expectativas de la relación.	Entrevista semiestructurada .	Evaluación de logros en conjunto con cliente.	Entrevista semiestructurada . Verificación con los participantes sobre las técnicas más efectivas.	3 meses después de finalizado el tratamiento vía telefónica
------------------	--	-------------------------------	---	---	---

Cognitive Analytic Therapy for Obsessive Morbid Jealousy: A Case Series. <sup>c</sup>

Celos obsesivos	Entrevista diagnóstica de Kellett, Boyden y Green (2012) para tamizaje. Cuestionario de celos Prestwitch, PJQ (Intili y Tarrier, 1998). Autorregistros con escala Likert sobre la sensación de celos experimentada durante el día.	Entrevista semiestructurada para tamizaje. Cuestionarios, inventarios o escalas. Autorregistro. (Línea base).	Autorregistro.	Cuestionarios, inventarios o escalas.	20 semanas después del tratamiento aplicando cuestionario (PJQ).
-----------------	--	---	----------------	---------------------------------------	--

Abordaje de una celotipia desde una perspectiva conductual. <sup>d</sup>

Celos paranoides	Entrevista. Análisis funcional	Entrevista. Análisis funcional.	Sin aplicación	Convenio conjunto con el cliente para alta	8 meses después del tratamiento
------------------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------	--	---------------------------------

Tipo de celos	Instrumentos de evaluación	Evaluación Pre-tratamiento	Evaluación durante el tratamiento	Evaluación Post-tratamiento	Seguimiento
---------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	-------------

Aproximación a una Paciente con Rasgos de la Personalidad Paranoide. <sup>e</sup>

Celos paranoides	Entrevista. Registro de pensamientos disfuncionales.  El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II.  Escala de Paranoia (PS).  Entrevista estructurada Change interview	Cuestionarios, inventarios o escalas.	Autorregistro	Sin aplicar	Entrevista estructurada
------------------	---	---------------------------------------	---------------	-------------	-------------------------

Homicidas de pareja. Una propuesta de tratamiento. <sup>f</sup>

Celos paranoides	Entrevista semiestructurada  Inventario de evaluación de la personalidad (Personality Assessment inventory o PAI) validado para México. (Jurado et al., 2015)	Entrevista semiestructurada  Cuestionarios, inventarios o escalas.	Sin aplicar	Sin aplicar	Sin aplicar
------------------	---	--	-------------	-------------	-------------

Intervención cognitiva en un caso de celotipia. <sup>g</sup>.

Celos obsesivos	Entrevista, Autorregistro.  Inventario de Depresión de Beck BDI.	Entrevista. Autorregistro.  Cuestionarios, inventarios o escalas.	Autorregistro adaptado según el progreso.	Cuestionarios, inventarios o escalas.	Vía telefónica por 2 años después de finalizado el tratamiento
-----------------	--	---	---	---------------------------------------	--

Tipo de celos	Instrumentos de evaluación	Evaluación Pre-tratamiento	Evaluación durante el tratamiento	Evaluación Post-tratamiento	Seguimiento
	Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA (Tobal y Cano-Vindel, 1988).				
	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2015).				

Síndrome de Otelo (delirio celotípico) inducido por agonistas dopaminérgicos.<sup>h</sup>

Celos delirantes	Entrevista. Estudios de neuroimagen.	Entrevista. Estudios de neuroimagen.	Entrevista	Entrevista.	Entrevista
------------------	---	---	------------	-------------	------------

Dopamine Agonists and Delusional Jealousy in Parkinson's Disease: A Cross-Sectional Prevalence Study. Movement Disorders.<sup>i</sup>

Celos delirantes	Entrevista al paciente. Entrevista a la esposa o cuidador/a en pacientes dementes. inventario neuropsiquiátrico de Cummings et al. (1994) en pacientes dementes. Cuestionario de psicosis de Parkinson en no dementes.	Sin aplicar	Entrevista. Cuestionarios, inventarios o escalas.	Sin aplicar	Sin aplicar
------------------	---	-------------	--	-------------	-------------

Tipo de celos	Instrumentos de evaluación	Evaluación Pre-tratamiento	Evaluación durante el tratamiento	Evaluación Post-tratamiento	Seguimiento
Síndrome de Sanchís Banús. a propósito de un caso. <sup>j</sup>					
Celos delirantes	Entrevista	Entrevista	Entrevista	Entrevista	Entrevista
Jealousy: a case of application of functional analytic psychotherapy. <sup>k</sup>					
Celos obsesivos.	Entrevista semiestructurada con la pareja (4 sesiones). Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Luchene, 2015). Inventario de Depresión de Beck Autorregistros sobre eventos de celos. Análisis funcional.	Entrevista semiestructurada Autorregistros (línea base). Cuestionarios, inventarios o escalas. Análisis funcional.	Autorregistro	Sin aplicar	Durante 8 sesiones después del tratamiento

*Nota:* <sup>a</sup> Martínez-León et al. (2016). <sup>b</sup> Fuentes. (2013). <sup>c</sup> Curling, Kellet, y Totterdell (2018). <sup>d</sup> López (2010). <sup>e</sup> Monsalve (2017). <sup>f</sup> Orduz, Clavijo, Aldana y Obregón (2019). <sup>g</sup> Cuesta, 2006). <sup>h</sup> Pírez-Mora, Guilabert-Vidal y Quintanilla-López (2015). <sup>i</sup> Poletti et al. (2012). <sup>j</sup> García et al. (febrero 2016). <sup>k</sup> Carrascoso (2003).

### 3.2.4 Instrumentos de evaluación de los celos patológicos.

Para lograr definir un tratamiento adecuado a la condición del consultante, la evaluación de los celos patológicos implica identificar las diferentes expresiones de los celos:

las obsesiones, los delirios y las ideas sobrevaloradas (Rodríguez, Rojas, Ortega y Goretti, 2017). Otro elemento a identificar es la existencia de trastornos y causas orgánicas o de tratamiento médico que pueden estar teniendo una manifestación en el comportamiento.

Además del tipo de expresión de celos y las causas orgánicas o médicas, hay aspectos, en el funcionamiento conductual, de tipo motor y cognitivo, que pueden considerarse comunes en las personas con comportamiento celoso en distintas relaciones de pareja a lo largo del tiempo. Este continuo establece una diferencia con los celos patológicos de tipo obsesivo o delirante, los cuales dependen, para su manifestación, de situaciones que estimulan y mantienen el comportamiento celoso. Teniendo en cuenta que el enfoque debe estar en la afectación en el funcionamiento emocional y en las relaciones sociales y familiares, Echeburúa y Fernández-Montalvo (2010) definen como características comunes de los celos patológicos la ausencia de una causa de celos verificable, las sospechas extravagantes y la pérdida de control de la persona celosa.

### **Los celos obsesivos.**

Los celos obsesivos pueden consistir en rituales de culpa, rumia y verificación de la lealtad del compañero o compañera, un bajo grado de agresividad y síntomas depresivos. La realización de rituales de comprobación se enfoca en la infidelidad, real o imaginaria, actual o del pasado. La evaluación puede comprender además de la entrevista conductual y autorregistros, una serie de instrumentos para la detección de comorbilidades. Para encontrar antecedentes del problema, Cuesta (2006) explora la presencia de otras fuentes de malestar como la ansiedad con el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI de Spielberger et al. (2015) y el Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA de Tobal y Cano-Vindel

(1988); así como la depresión con el Inventario de Depresión de Beck (Beck's Depression Inventory o BDI) presentado por Beck et al. (2010). En este mismo caso, el empleo de la entrevista e historial clínico y de autorregistros ayudan a la elaboración de un análisis funcional y un mapa cognitivo, que de acuerdo con Beríso, Plans, Sánchez-Guerra y Sánchez (2003) es un instrumento que relaciona las ideas y las creencias centrales e intermedias entre la persona, el mundo y la vida, además de los pensamientos automáticos. Este mapa puede conformarse mediante la hoja de búsqueda de ideas centrales e intermedias (Anexo B1)

La detección de los celos obsesivos mediante cuestionarios, escalas e inventarios es un procedimiento empleado por Martínez-León et al. (2016) para la selección de una muestra de personas a las que se aplicó una intervención cognitivo-conductual para el manejo de los celos en la relación de pareja con el objetivo de reducir conductas tales como revisar sin consentimiento el teléfono celular, ropa, facturas y cartera, hacer llamadas continuamente y discusiones repetitivas. Los instrumentos empleados fueron la Escala Interpersonal de Celos de Mathes y Severa (1981) consistente en 28 reactivos en escala Likert con valores entre 1 (completamente en desacuerdo) y 9 (completamente de acuerdo) y que a partir del percentil 75 considera los celos como patológicos. Esta escala es una de las más empleadas en la evaluación de los celos románticos y evalúa amenazas relacionadas con la infidelidad, la popularidad, antiguas relaciones e indiferencia de la pareja (Martínez-León, Mathes, Avendaño, Peña, y Sierra, 2018), adicionalmente se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 2010) y el Test de Millon para detectar trastornos psiquiátricos; este instrumento de evaluación consta de 175 ítems con formato de respuesta verdadero/falso y puede indicar la presencia de un trastorno con puntuaciones superiores a 85; el Inventario

Clínico Multiaxial de Millon (Millon Clinical Multiaxial Inventory o MCMI) incluye la medición de los prototipos de personalidad Esquizoide, Evitativa, Depresiva, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-sádico, Compulsiva, Negativista, Autodestructiva, Esquizotípica, Límite y Paranoide (Ballester y Villanueva, 2014).

### **Los celos delirantes.**

Los celos delirantes son considerados uno de los síntomas presentes en el trastorno delirante, que de acuerdo al DSM forma parte del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. También conocidos como celos mórbidos o síndrome de Otelo, esto por referencia a la obra dramática de William Shakespeare donde el personaje principal llega al suicidio debido a los celos infundados que padece.

Para los celos delirantes, Mullen (1990) define 4 características que deben ser reconocidas: los celos surgen con un trastorno mental o con posterioridad a este, los celos conviven con las características del trastorno subyacente; el curso de celos mórbidos se relaciona estrechamente con el del trastorno subyacente; y finalmente, los celos no tienen fundamento en la realidad.

Los delirios celotípicos se han relacionado con la enfermedad de Parkinson, el alcoholismo, hiperparatiroidismo, alteraciones tiroideas e infartos cerebrales (Esteban-Jiménez, Navarro-Pemán y González-Rubio, 2016). En el caso del tratamiento de la enfermedad de Parkinson se ha encontrado que este trastorno puede ser secundario a la medicación con agonistas dopaminérgicos (Pérez-Mora et al., 2015; Espárrago-Llorca, Carrión-Expósito, Baena-Baldomero, Ruiz-Doblado y López-Garzón, 2011; Zabalza-Estévez, 2012). Los agonistas dopaminérgicos son empleados en el tratamiento para el

mejoramiento de los síntomas motores y el desgaste de pacientes con enfermedad de Parkinson, la cual se caracteriza por la pérdida de neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra del cerebro. (Shen, Ye y Zhang, 2017).

En los casos citados, la detección de la ideación celotípica fue realizada por medio del reporte del compañero o compañera; las conductas motivo de queja consistieron en el control del paradero, llamadas telefónicas y relaciones sociales, incluyendo agresiones e ideación suicida. Otro elemento a ser considerado fue, en un caso, el diagnóstico de celotipia de un tratamiento anterior. Las entrevistas estructuradas se han empleado en la evaluación de los celos delirantes por Vicens, Sarró y McKenna (2011) atendiendo a una paciente que presentaba la queja de no poder evitar revisar constantemente ropa, perfume y llamadas telefónicas del esposo, además de buscar en el suelo cabellos de diferente color al suyo.

Las entrevistas estructuradas también han sido empleadas al investigar la relación entre los celos delirantes y la enfermedad de Parkinson. Poletti et al. (2012) evaluaron de manera diferenciada a pacientes con y sin demencia. Para los primeros se empleó el inventario neuropsiquiátrico de Cummings et al. (1994) el cual evalúa 10 trastornos como depresión, ansiedad, alucinaciones o delirios mediante una entrevista realizada a personas familiarizadas con el comportamiento del paciente. Por cada trastorno se registra la frecuencia de la conducta desde 0 (ausente) hasta 4 (muy frecuente) y la gravedad (1: leve, 2: moderada, 3: grave) para obtener el producto de frecuencia y gravedad de cada trastorno y al final la suma de estas valoraciones para establecer una puntuación total. Con pacientes no dementes se empleó el Cuestionario de psicosis de Parkinson, el cual realiza un tamizaje

de signos psicóticos tempranos en la enfermedad de Parkinson evaluando aspectos sobre dificultades en el sueño, alucinaciones, delirios y orientación temporal.

Aunque no hay una certera relación causal entre la ingesta de alcohol y los celos delirantes se ha encontrado una comorbilidad entre estos dos trastornos, el procedimiento para la detección de estos celos patológicos han sido la entrevista clínica al paciente alcohólico y a sus familiares haciendo énfasis en la consecuencias conductuales y emocionales (Rodríguez, Rojas, Ortega y Goretti, 2017).

La entrevista ha sido el instrumento para identificar a personas con ceguera e ideas delirantes de tipo persecutorio o celotípico en lo que se ha conocido como síndrome de Sanchís-Banus, por el psiquiatra José Sanchís Banús que lo describió en 1924 haciendo énfasis en la personalidad y las presiones ambientales de quienes padecen este síndrome (García et al., febrero 2016). En estos casos, el aislamiento que significa el no poder ver aunado a una personalidad insegura y desconfiada lleva a la aparición de los delirios celotípicos (Moral, Sánchez y Martínez, 2014).

### **Celos paranoides.**

Los celos paranoides consisten en sospechar que el cónyuge o pareja sexual es infiel sin que exista evidencia de ello, esta es una conducta que inicia en la adultez temprana y se mantiene estable en el tiempo; es un síntoma del trastorno de la personalidad paranoide (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En la investigación documental realizada con la estrategia PICO se encontró que la entrevista es el instrumento inicial más empleado; la modalidad estructurada fue empleada mediante la aplicación de entrevistas de cambio (change interview), este instrumento es una entrevista estructurada en la que por 30 minutos

(máximo 90 minutos) se realizan entre 4 y 8 preguntas abiertas acerca de la manera en que la terapia ha ayudado a obtener algún cambio y a que aspectos se atribuye (Elliot, 2010). Las entrevistas de cambio se emplearon para la realización del seguimiento por Monsalve (2017). Otra opción para la realización del seguimiento fueron las entrevistas vía telefónica.

Los inventarios empleados consistieron del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II; el cual también se empleó en la evaluación de los celos obsesivos. Otro inventario empleado fue el de evaluación de la personalidad (Personality Assessment inventory o PAI) validado para México. Se trata de un autoinforme, con derechos de autor, que evalúa la personalidad y la psicopatología en adultos (Jurado et al., 2015); consta de 344 reactivos organizados en 22 subescalas; los reactivos consisten en una escala tipo Likert de 4 opciones: Falso, Poco cierto, Medianamente Cierto y Muy Cierto.

En la evaluación de este tipo de celos, el análisis funcional y el autorregistro solo fue empleado en un caso cada uno (López, 2010, Monsalve, 2017). En los casos restantes, estos instrumentos no fueron parte de la estrategia al tratarse de una terapia de pareja (Fuentes, 2013) y una propuesta de tratamiento (Orduz, Clavijo, Aldana y Obregón, 2019) en un trabajo realizado en la modalidad post-hoc (figura 2.2).

### **3.3 La personalidad celotípica.**

En la revisión de la literatura, diferentes aspectos de la personalidad han sido identificados como desencadenantes de la conducta celosa, White (2008), en un estudio que recopiló la opinión de 159 terapeutas, encontró que aunque las amenazas ocasionales a la

autoestima pueden desencadenar los celos, una baja autoestima no era un factor frecuente. Otros factores encontrados fueron: depender demasiado de la pareja para la autoestima, sentimientos crónicos de ser inadecuado como compañero o compañera, demasiada exigencia de atención exclusiva, exigencia excesiva de la exclusividad sexual y noción rígida del rol sexual que debe tener el compañero o compañera.

### **3.3.1 Características de la personalidad celotípica.**

Para identificar cuáles son los rasgos de la personalidad presentes en los casos de celos patológicos se hizo una revisión (Anexo A) del material encontrado mediante la estrategia PICO. Las conductas motoras, cognitivas y fisiológicas descritas como parte del análisis funcional y presentación de los casos analizados se relacionaron con las 25 facetas del MATP. Las frecuencias encontradas por cada faceta son presentadas en la figura 3.1. Se puede observar que la suspicacia, la hostilidad, la perseverancia y la depresión son los aspectos más frecuentes. En un segundo nivel se encuentran la manipulación, la inseguridad de separación la impulsividad y el distanciamiento.

De manera muy marginal se encontraron rasgos que de manera anecdótica se han relacionado a los celos. La búsqueda de atención, que aparenta ser una característica que motiva los celos, en esta investigación se encuentra que este rasgo se relaciona con los celos obsesivos únicamente en los trabajos de Martínez-León et al. (2016) y Carrascoso (2003). La distraibilidad se ha encontrado en el trabajo de Cuesta (2006) en un caso donde se presentan un gran número de respuestas fisiológicas que podrían estar afectando en la capacidad de atención. Otra faceta de una sola mención es el perfeccionismo rígido mencionado por

Monsalve (2017) en un caso donde el cliente es médico de profesión, por lo que esta respuesta cognitiva puede ser parte de las exigencias de su ocupación.

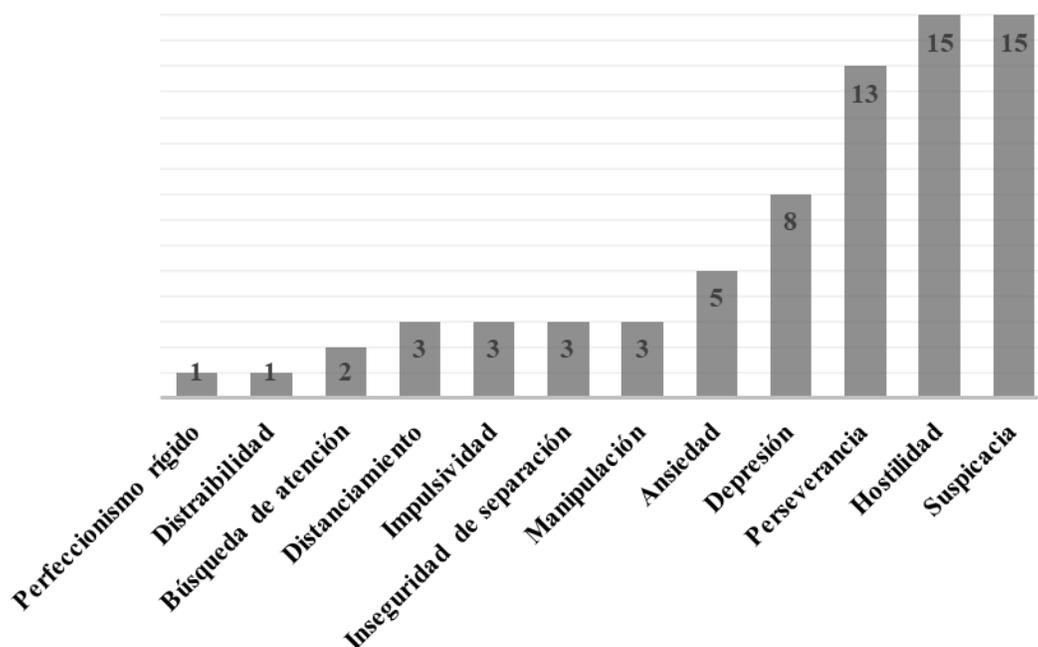


Figura 3.1. Frecuencia de las facetas encontradas en la búsqueda bibliográfica mediante la metodología PICO.

Los casos relativos a los celos delirantes no fueron considerados debido a que estos estuvieron asociados a una condición debida a la medicación por la enfermedad de Parkinson (Pírez-Mora et al., 2015; Poletti et al., 2012) y en el trabajo de García et al. (febrero 2016) se presenta un caso donde el cliente es una persona con hipoacusia y con reciente pérdida de la vista por desprendimiento de retina en ambos ojos por lo que los celos delirantes se han asociado a la ansiedad provocada por su condición.

Por los hallazgos realizados se concluye que las facetas relacionadas con la personalidad celotípica son: la suspicacia, la hostilidad, la perseverancia, la depresión, la ansiedad, la manipulación, la inseguridad de separación, la impulsividad y el distanciamiento.

De la descripción de estas facetas (Tabla 2.2) se puede obtener la operacionalización de los síntomas encontrados en los casos analizados (Anexo A). La Figura 3.2 muestra estas facetas conceptualizadas como respuestas motoras y cognitivas relacionadas a los celos patológicos, también se anexan las respuestas fisiológicas encontradas.

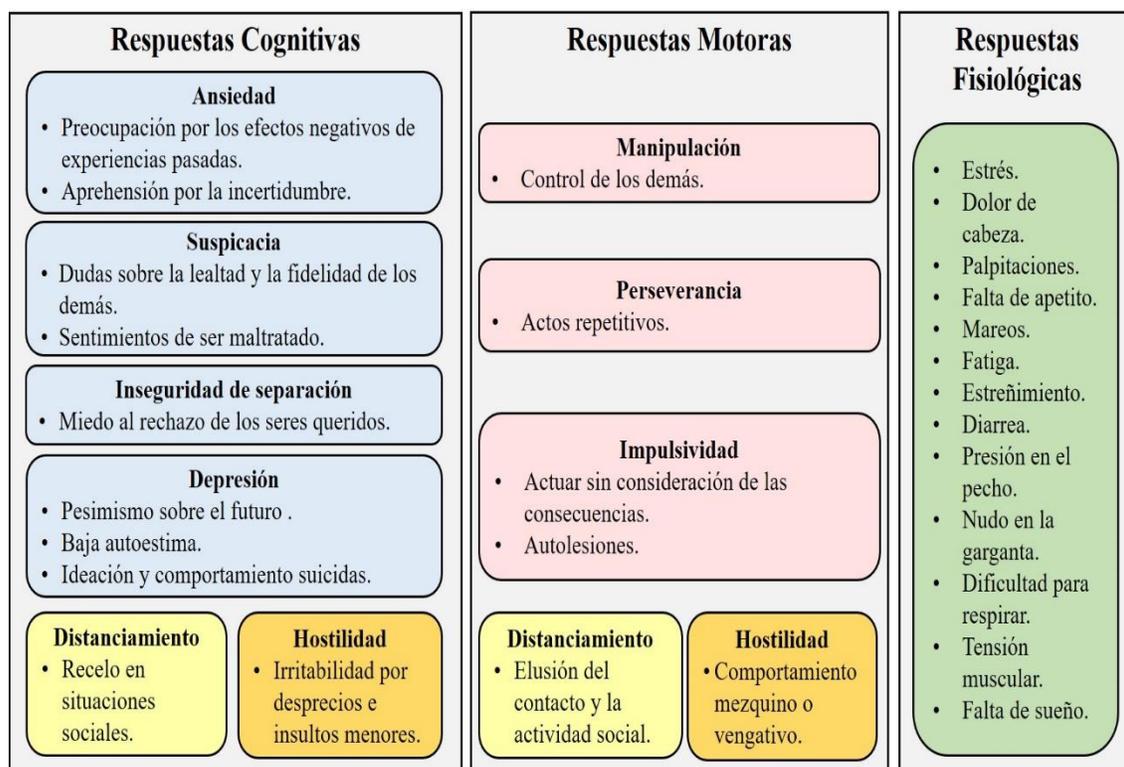


Figura 3.2. Características de la personalidad celotípica. Obtenidas a partir de la consulta bibliográfica realizada con la metodología PICO.

### 3.4 Propuesta de Evaluación de la personalidad celotípica.

La evaluación de los celos patológicos tiene el propósito de identificar las conductas que inciden en una afectación al funcionamiento de la persona en los ámbitos familiar, social y laboral para la definición de una estrategia de intervención que ayude a desactivar los mecanismos que inician y mantienen la conducta celosa.

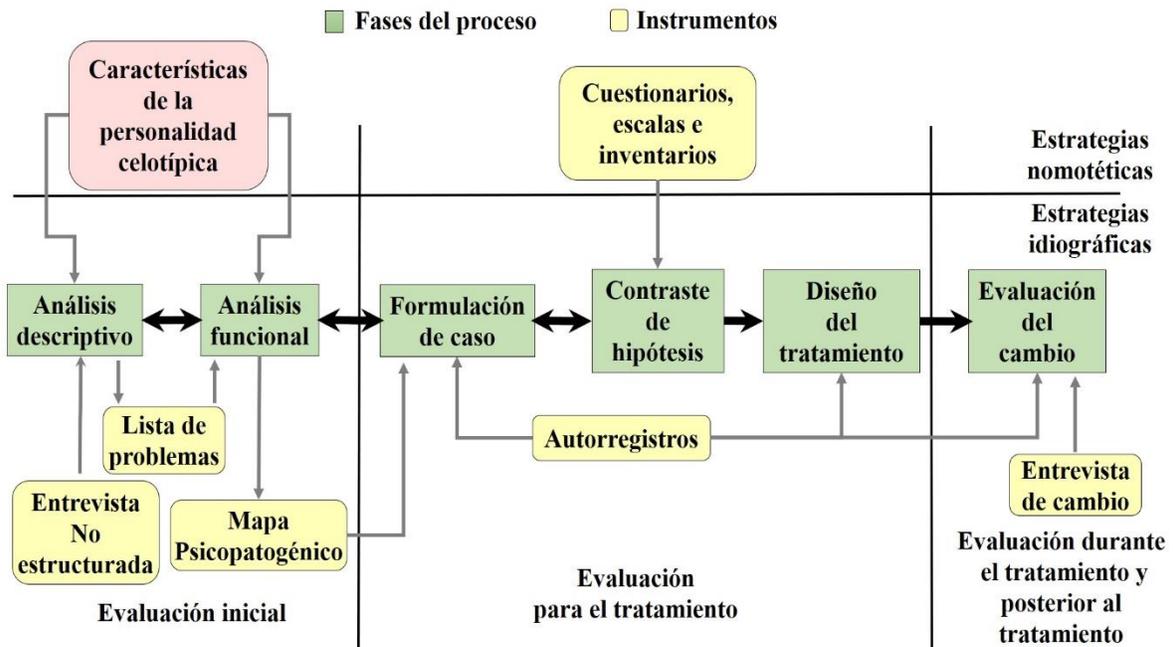


Figura 3.3 Proceso de evaluación de los celos patológicos. Adaptado de Muñoz (2013).

El proceso propuesto involucra el aprovechamiento de estrategias nomotéticas como el modelo de la personalidad celotípica (figura 3.2) y los cuestionarios, escalas e inventarios diseñados para la ubicación de una persona dentro de la dimensión de un constructo evaluado. Las estrategias idiográficas corresponden a las fases del proceso de evaluación adaptado de Muñoz (2013) y que están organizadas conforme al modelo clásico de Carey et al. (1984) presentado en la figura 2.2.

### **3.4.1 Evaluación inicial.**

Esta fase está compuesta de 2 ejes que de manera concurrente aportan la información necesaria para una formulación de caso para conceptualizar una conducta problema y su psicopatología: El análisis descriptivo y el análisis funcional. Persons y Tompkins (2007) proponen el uso de formulaciones nomotéticas basadas en evidencia empírica para fundamentar la formulación idiográfica. En este trabajo, el empleo de apoyos nomotéticos se ejemplifica con la utilización de las conductas relacionadas a la personalidad celotípica (figura 3.2) que proporcionan una guía para identificar, dentro de las quejas presentadas por un consultante, las conductas relacionadas con los celos patológicos complementando así la información obtenida en la entrevista inicial.

#### **Análisis descriptivo.**

En esta etapa se recaban los datos generales del cliente, así como la lista de quejas y demandas en una modalidad dialógica mediante una entrevista inicial no estructurada. Se incluyen diferentes apartados que pueden ser abordados en un orden que proporcione comodidad al cliente para proporcionar información veraz y precisa sobre las conductas de celos que realiza, tanto motoras como cognitivas; la entrevista puede realizarse empleando como guía de identificación las características de la personalidad celotípica (figura 3.2).

Otro aspecto a identificar, en esta etapa, es la afectación que el consultante tiene en su funcionamiento personal, en su autocontrol y percepción de su lugar en los ambientes sociales que integra, así como en el funcionamiento interpersonal, en los aspectos de empatía y su relación con otras personas con las que se relaciona.

## Entrevista inicial. Sección I.

Datos personales: edad, estado civil, profesión, nivel académico, trabajo actual y descripción de labores, acceso a servicios de seguridad social, habilidades, creencias religiosas, normas morales y pertenencia a grupos.

Datos de desarrollo: principales eventos en la infancia y adolescencia, enfermedades que se hayan padecido, consumo de sustancias, estructura familiar actual, duración y dinámica de relaciones de pareja,. En este apartado se pueden identificar variables distales que expliquen la respuesta a determinados estímulos. Es central el identificar anteriores diagnósticos de trastornos como el obsesivo compulsivo o el trastorno delirante, este último particularmente asociado a la medicación en casos de enfermedad de Parkinson (Pírez-Mora et al., 2015; Espárrago-Llorca et al., 2011; Zabalza-Estévez, 2012).

Ocupación del tiempo: Actividades laborales, duración de jornada de trabajo, actividades de recreo y aficiones. La información de este apartado permite el conocer los contextos en los que las conductas relacionadas con los celos tienen una afectación en las relaciones con compañeros de trabajo y con familiares diferentes al compañero o compañera de relación amorosa. Las conductas de evitación pueden detectarse en este apartado; como ejemplo, en el caso presentado por Cuesta (2006) la consultante evita asistir a reuniones con sus amigas debido al temor a que el esposo se quede sin su supervisión.

## Entrevista inicial. Sección II.

Lista de problemas: en palabras del cliente, se relatan las situaciones, gestos, movimientos y expresiones verbales que le provocan la conducta celosa; se complementa

con las reacciones emocionales, motoras y cognitivas que se experimentan en un episodio de celos, las cuales pueden ser designadas en concordancia con las características de la personalidad celotípica para su operacionalización. La especificación de las consecuencias que se perciben como resultado de un episodio de celos permite identificar de qué manera resultan favorecedoras o perjudiciales para el mantenimiento de la fidelidad del compañero o compañera.

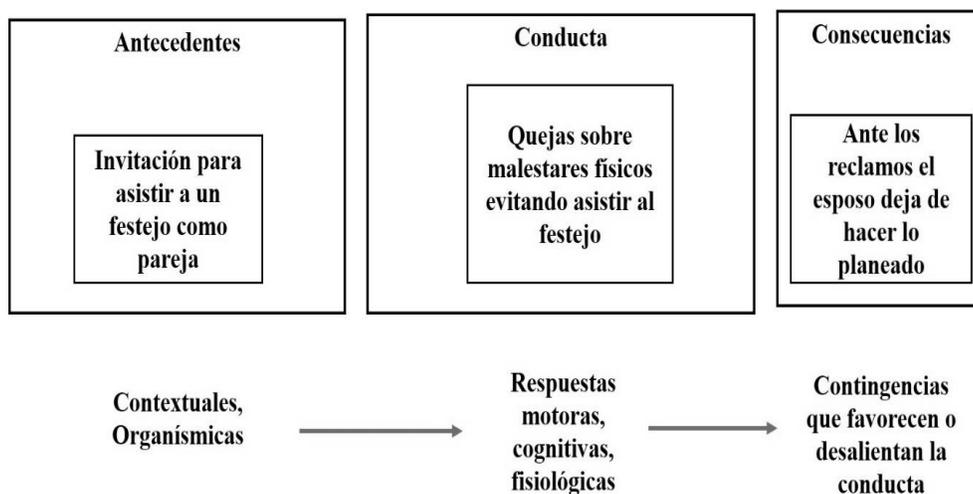


Figura 3.4. Lista de problemas. Se adapta un ejemplo tomado de López (2010) presentado en el esquema de Persons y Tompkins (2007).

La lista de problemas proporciona información que se esquematiza en un organizador que individualiza cada problema, presentando el orden temporal de los eventos antecedentes, conductuales y consecuentes (Persons y Tompkins, 2007). En la Figura 3.4 se presenta un ejemplo de cómo los reclamos por la asistencia del esposo a un festejo llevan a que este se desista de su propósito, lo que resulta en un reforzamiento de la conducta de celos. Esta organización permite la integración de los problemas reportados en un análisis funcional para interrelacionar las conductas con antecedentes comunes y las contingencias que refuerzan tales conductas.

### Análisis funcional.

El análisis funcional integra la lista de problemas para proporcionar una visión de la interrelación de los elementos que intervienen en la conducta celosa. Muñoz (2013) propone un esquema adaptado de Nezu, et al. (2007) consistente en un mapa psicopatogénico (figura 3.5) en el que se descomponen los esquemas de problemas individuales. En este esquema, las respuestas pueden etiquetarse de acuerdo a las características de la personalidad celotípica (figura 3.2).

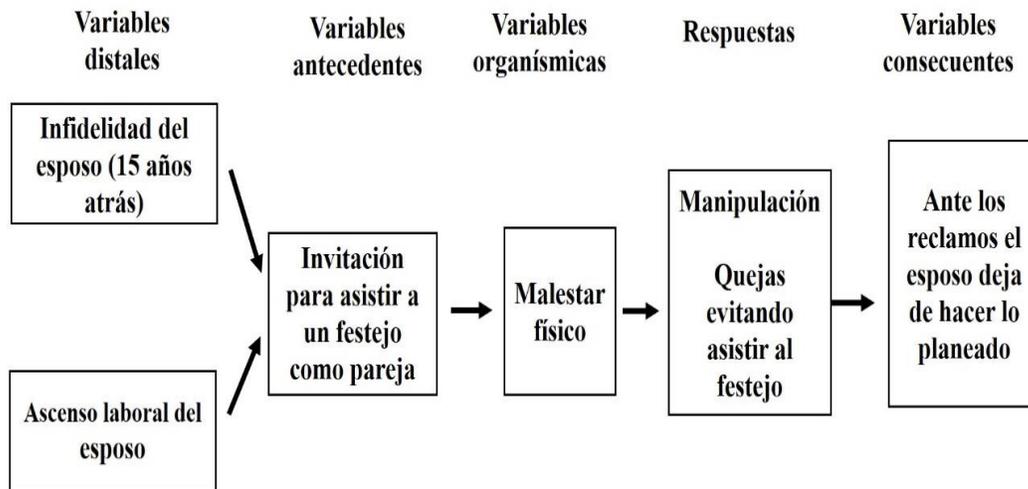


Figura 3.5 Ejemplo de mapa psicopatogénico. Se muestra un ejemplo adaptado de López (2010). La respuesta se identifica como una de las conductas motoras asociadas a la personalidad celotípica.

La sección I de la entrevista permite definir las variables distales a partir de la información de desarrollo. Las variables antecedentes pueden ser encontradas en los datos sobre la ocupación del tiempo y los datos demográficos de la misma sección I. la lista de problemas proporciona las respuestas que se van a interrelacionar en el mapa psicopatogénico para proporcionar una base para la formulación de caso.

La elaboración del mapa psicopatogénico es una propuesta preliminar acerca de la interrelación de los elementos que componen la conducta a intervenir; esto da paso a un proceso iterativo con el que, mediante la revisión y corroboración de los datos obtenidos en la entrevista inicial y la lista de problemas, se logra obtener una definición que refleja los mecanismos que inician y mantienen la expresión de los celos patológicos.

En el presente ejemplo (figura 3.5) se presenta como un consecuente *El esposo deja de hacer lo planeado* y esto se relaciona bidireccionalmente con la conducta de *Quejas evitando asistir al festejo*. Sin embargo, no se especifica de qué modo opera esta relación, lo convencional es que la consecuencia resulta en un refuerzo positivo de la conducta que la provoca, quedando sin especificar lo que resulta en caso de que el esposo tenga una actitud diferente. Por ejemplo, si el esposo continúa con los planes sin atender a los reclamos, esto puede operar como una extinción de la conducta celosa. La especificación detallada de la consecuencia puede ayudar a una definición de la intervención adecuada.

Siendo que el modelo del mapa psicopatogénico incluye las relaciones de contingencia en las variables consecuentes, se propone el empleo de un símbolo que ayude a exponer de manera gráfica esta diferencia. En la presentación gráfica de procesos de sistemas de información se emplea un símbolo con forma de rombo para representar una selección de opciones o decisión lógica (Chaudhuri, 2020); aunque en el modelo de análisis funcional de Haynes y O'Brien (2002) ya se emplea el símbolo romboidal para representar variables causales inmodificables, el mismo símbolo se emplea en este trabajo para propósitos de ilustración de las relaciones de contingencia que aumentan o disminuyen la probabilidad de ocurrencia de la conducta (figura 3.6).

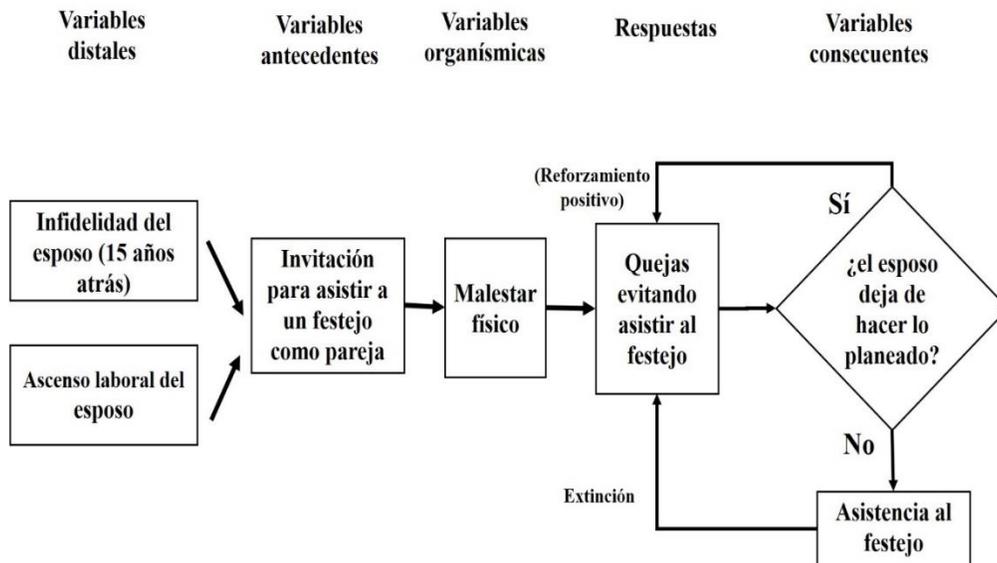


Figura 3.6 Ejemplo de mapa psicopatogénico con decisión lógica. Se muestra un ejemplo adaptado de López (2010) en el que la variable consecuente se representa con un símbolo de decisión lógica para ilustrar el efecto que tiene sobre la respuesta analizada.

### 3.4.2 Evaluación para el tratamiento.

Esta fase se compone de la formulación del caso, contrastación de hipótesis y diseño del tratamiento. Obtiene la información inicial a partir del mapa psicopatogénico y proporciona los elementos para el inicio de la intervención.

#### Formulación de caso.

En la figura 3.7 se detallan los elementos que componen la formulación de caso, el formato es libre y se estructura en forma de narrativa incluyendo todos los elementos presentados en el mapa psicopatogénico y las relaciones que le dan unidad a la lista de problemas.

<p><b>Etiología.</b></p> <p>A partir de la entrevista inicial y el mapa psicopatogénico, se desglosan los aspectos que predisponen para la realización de la conducta celosa, así como las vulnerabilidades que impiden su control y los mecanismos que desencadenan las respuestas asociadas a los celos.</p>
<p><b>Curso.</b></p> <p>Explicación de las conductas o conductas que significan el problema a intervenir, así como su desarrollo en intensidad y frecuencia en diferentes etapas y contextos.</p>
<p><b>Mantenimiento.</b></p> <p>Presentar, mediante la recuperación de la información sobre las consecuencias y contingencias de la conducta celosa, los eventos que modulan la probabilidad de realización de las conductas problemáticas. Debe responderse a las inquietudes del cliente acerca de porque se continúa con la conducta celosa y porque se relaciona con eventos indeseables, como el rechazo de la pareja o los problemas en el ámbito social y laboral.</p>
<p><b>Pronóstico.</b></p> <p>Se detalla el progreso que pueden tener los celos patológicos expresados conforme a las respuestas encontradas en el mapa psicopatogénico. Deben incluirse las variables distales, orgánsmicas y antecedentes que pueden operar como auxiliares en la adquisición de habilidades de control de las conductas problema.</p>

Figura 3.7 Esquema de formulación de caso. Adaptado de Muñoz (2013).

Los autorregistros (Anexo B2), que monitorean la ejecución de las conductas documentadas en la lista de problemas permite definir con datos objetivos el apartado del curso en la formulación del problema, además de proporcionar una línea base para la comparación de los progresos de la intervención.

## **Contrastación de hipótesis.**

La hipótesis o hipótesis planteadas en la formulación del caso se someten a contraste mediante la aplicación de pruebas, en conformidad con el enfoque a priori de la evaluación psicológica (Carey et al., 1984). Entre los instrumentos que la investigación bibliográfica, realizada mediante la estrategia PICO, permitió identificar como adecuados para la evaluación de las diferentes características propias de la personalidad celotípica se presentan los siguientes:

Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Desarrollado en 1977, actualmente en su versión IV. Rossi y Derksen, (2015) reportan que este instrumento evalúa los trastornos de personalidad tal como se describen en la sección II del DSM-5. Es de utilidad considerando los celos en su presentación como síntoma de la personalidad paranoide.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Desarrollado por Spielberger et al. (2015), este cuestionario está diseñado específicamente para la medición de la ansiedad como estado, condición emocional transitoria caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, y como rasgo, propensión estable que hace percibir a las personas y las situaciones como amenazadoras (Río del, Cabello, Cabello y Aragón, 2018).

Escala Interpersonal de Celos. Desarrollada por Mathes y Severa (1981) es una de las más empleadas en la evaluación de los celos y amenazas relacionadas con la infidelidad.

Inventario de Depresión de Beck. Desarrollado por Beck et al. (2010), este inventario, además de ayudar en la evaluación de la depresión, tiene una función terapéutica (Beck, 2006) al ayudar a controlar el estado anímico del cliente.

Inventario de evaluación de la personalidad (PAI) validado para México. Este autoinforme desarrollado por Leslie Morey para evaluar la personalidad y la psicopatología en adultos ha sido validado para población mexicana (Jurado et al., 2015). Siendo adecuado para la medición del control de impulsos, puede auxiliar en la evaluación de la ansiedad, la depresión y la hostilidad, consideradas dentro de las conductas de la personalidad celotípica.

La contrastación, mediante los resultados de distintos instrumentos, de las explicaciones a las conductas de interés planteadas en la formulación del caso permite la consolidación o la redefinición de las hipótesis que explican los factores que dan origen y mantenimiento a la conducta celosa. Una formulación de caso corroborada con la medición de las conductas de la personalidad celotípica da paso a una definición de la intervención de los celos patológicos.

### **Diseño del tratamiento.**

Esta etapa tiene la finalidad de establecer un plan de intervención para la modificación de la conducta celotípica. La metodología PICO es un auxiliar para la identificación de casos de estudio, con fundamentación empírica, acerca del tratamiento de los celos patológicos. Esta información, con los datos personales del cliente, listas de problemas a intervenir y los resultados esperados se integran en un plan personalizado de intervención (Anexo B3) en donde se pueden detallar las técnicas a emplear en cada problema, así como el número de sesiones requeridas y las personas a involucrar en cada actividad. El consentimiento informado del consultante puede ser recabado en una entrevista de devolución de información, en la que el cliente es informado del plan de tratamiento.

### **3.4.3 Evaluación del cambio.**

La extensión de las actividades de evaluación a las etapas de tratamiento y seguimiento se cumple con la aplicación de entrevistas de cambio o change interview (Elliott, 2010) para llevar un seguimiento de los cambios percibidos durante la intervención y aplicación de las técnicas de modificación de conducta. Este mismo instrumento (Anexo B4) se aplica en la etapa de seguimiento como una forma de verificar el mantenimiento de los cambios logrados.

El empleo de autorregistros a lo largo de la etapa de intervención proporciona la información de la evolución del cambio conductual y forman el elemento de contraste contra la situación inicial representada por la línea base obtenida en la fase inicial.

## **4. Conclusiones.**

Los celos patológicos son una causa de malestar que impide a la persona con esta condición tener un funcionamiento productivo y placentero en los ámbitos familiar, social y laboral. Cuando la percepción de amenaza, real o imaginaria, a una relación de pareja provoca un conjunto de respuestas desproporcionadas que afectan en lo personal, en cuanto a la imagen de sí mismo y el autocontrol, así como en lo interpersonal, en cuanto a la empatía y la tolerancia, se está en una condición en la que se requiere de ayuda para ubicar en la perspectiva debida el riesgo de perder la relación valorada y recuperar el control de las propias acciones.

Para la definición de un tratamiento que lleve a la obtención efectiva de estos objetivos empleando de manera eficiente los recursos y habilidades con que cuenta una persona es necesario identificar los factores que propician la conducta celosa y la evaluación que se hace de los resultados que esta misma conducta produce.

Se han identificado los diferentes tipos de celos patológicos y las respuestas motoras, cognitivas y fisiológicas que conforman la personalidad celotípica, la identificación de estos elementos permite la planeación de las actividades de evaluación que aseguran un tratamiento con los requerimientos de efectividad y eficiencia considerados.

Las características de la personalidad celotípica sirven de guía para la identificación de las respuestas motoras y cognitivas que conforman la conducta celotípica, así mismo se logra una congruencia entre el análisis funcional y la formulación de caso al proporcionar un

marco de conductas y su operacionalización fundamentada en las definiciones de las dimensiones específicas o facetas del MATP del DSM-5 sección III.

En el desarrollo de este trabajo se han podido comparar distintas formas de abordar el quehacer de la evaluación psicológica y adentrarse en la tarea de la investigación documental con la finalidad de encontrar soluciones, basadas en la práctica científica y con el apoyo de evidencia empírica, que ayuden en la tarea de evaluar la conducta de las personas que encuentran su libre albedrío comprometido al estar dominadas por uno de los temores que más lastiman a los seres humanos: el perder la lealtad, las atenciones y el cariño del ser amado.

## Referencias.

- Akobeng A. (2005). Evidence based child health. 1. Principles of evidence based medicine. *Archives of disease in childhood* 90(8), 837-40. Recuperado de: <https://adc-bmj-com.pbidi.unam.mx:2443/content/archdischild/90/8/837.full.pdf>
- Asociación Americana de Psicología. (2010). *Diccionario conciso de Psicología*. México: El manual moderno.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. México: Editorial médica panamericana
- Aragón, C. & Miquel, M. (2009). Alcoholismo. En Belloc, A., Sandín, B., Ramos, F. (Eds.) *Manual de Psicopatología Vol. I* (pp. 355-374). España: McGraw-Hill
- Averill, J. & Nunley, E. (1988). Grief as an emotion and as a disease: A social-constructionist perspective. *Journal of Social Issues*, 44(3), 79–95. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02078.x>
- Ballester, A. & Villanueva, L. (2014). Valoración psicológica en delitos de violencia de género mediante el Inventario Clínico y Multiaxial de Millon III (MCMIII). *Anuario de Psicología Jurídica*, 24(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2014.06.001>
- Barelids, D., Dijkstra, P. & Brummen-Girigori, O. (2020). A Cock in the Henhouse. Relations Between Dark Triad, Jealousy, and Sex Ratio. *Journal of Individual Differences* 41(2), 78–85. DOI: <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000306>
- Baumeister, R., Bushman, B. & Campbell, W. (2000). Self-esteem, narcissism, and aggression: does violence result from low self-esteem or from threatened egotism? *Current Directions in Psychological Science* 9(1), 26-29. DOI: 10.1111/1467-8721.00053
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2006). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Beríso, A., Plans, B., Sánchez-Guerra, M. & Sánchez, I. (2003). *Cuadernos de terapia cognitivo-conductual. Una orientación pedagógica e integradora. Estrategias cognitivas para sentirse bien*. España: EOS
- Bögels, S. Knappe, S. & Clark, L. (2013). Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Psychology Review* 33(5), 663–674. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.03.006>
- Bordelois, I. (2006). *Etimología de las pasiones*. Argentina: Libros del zorzal.
- Buunk, A. (diciembre, 1997). Personality, birth order and attachment styles as related to various types of jealousy. *Personality and Individual Differences*, 23(6), 997-1006. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00136-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00136-0)
- Buss, D. (2000). *The dangerous passion*. Nueva York: Free Press.

- Buss, D. (2013). Sexual jealousy. *Psychological topics* 22(12), 155-182. Recuperado de: <http://pt.ffri.hr/index.php/pt/article/view/138/86>
- Buss, D. (2016). *Evolutionary Psychology. The New Science of the Mind*. Nueva York: Routledge
- Caballo, V. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. En Caballo, V. (Dir.), *Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos (Vol.2): Formulación clínica, medicina Conductual y trastornos de relación*, pp. 509-552. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2004). Conceptos actuales sobre los trastornos de la personalidad. En Caballo, V. (Coord.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*, pp. 25-58. España: Síntesis.
- Cacioppo, J. & Gardner, W. (1999). Emotion. *Annual Review of Psychology* 50(), 191-214. Recuperado de: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.50.1.191>
- Carey, M., Flasher, L., Maisto, S. & Turkat, I. (1984). The a priori approach to psychological assessment. *Professional Psychology - Research & Practice*, 15(4), 515-527. DOI: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.15.4.515>
- Carlen, A., Kasanzew, A. & López, A. (2009). Tratamiento cognitivo conductual de los celos en la pareja. *Revista electrónica de Psicología Iztacala* 12(3), 173-186. Recuperado de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num3/Art9Vol12No3.pdf>
- Carrascoso, F. (2003). Jealousy: a case of application of functional analytic psychotherapy. *Psychology in Spain*, 7(1), 86-98. recuperado de: <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2003/7010.pdf>
- Cervone, D. & Pervin, L. (2009). *Personalidad. Teoría e investigación*. México: El manual moderno.
- Chaudhuri, A. (2020). *Flowchart and Algorithm Basics: The Art of Programming*. EEUU: Mercury Learning and Information.
- Chin, K., Atkinson, B., Raheb, H., Harris, E., & Vernon, P. (2017). The dark side of romantic jealousy. *Personality and Individual Differences*, 115(), 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.003>.
- Chung, M. & Harris, C. (2018). Jealousy as a Specific Emotion: The Dynamic Functional Model. *Emotion review* 10(4), 272-287. DOI: 10.1177/1754073918795257.
- Clarkin, J., Caligor, E. & Sowislo, J. (2020). An object relations model perspective on the alternative model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology* 53(3-4), 141–148. Recuperado de: <https://www.karger.com/Article/Pdf/508353>.
- Cohen L. (1996). McMaster's pioneer in evidence-based medicine now spreading his message in England. *Canadian Medical Association Journal* 154(3), 388–39.

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.pbid.unam.mx:2443/pmc/articles/PMC1487529/pdf/cmaj00087-0114.pdf>.

- Compas, B. y Gotlieb, I. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica: Ciencia y práctica*. México: McGraw Hill.
- Consejo General de la Psicología de España. (2020). *Guías del proceso de evaluación (GAP)*. Página Web. Recuperado de: <https://www.cop.es/index.php?page=guias-proceso>.
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2019). *Información sociodemográfica de las relaciones de pareja en México*. Página electrónica del Consejo Nacional de Población. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/informacion-sociodemografica-de-las-relaciones-de-pareja-en-mexicoda>.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Consulta Mitofsky. (2010). Celos mexicanos. En (Autor). *Los números no mienten*. Recuperado de: [http://www.consulta.mx/index.php/encuestas-e-investigaciones/elec-ciones/item/download/157\\_496c487188c5ca18df0888e1ccebbaef](http://www.consulta.mx/index.php/encuestas-e-investigaciones/elec-ciones/item/download/157_496c487188c5ca18df0888e1ccebbaef).
- Costa, N. y Silva da, R. (2008). Celos: un ejercicio de interpretación desde la perspectiva del análisis de la conducta. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 4(1), 139-147. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v4n1/v4n1a12.pdf>.
- Costa da, C., Mattos de, C & Cuce, M. (2007) Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 15(3). Recuperado de: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es\\_v15n3a23.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a23.pdf).
- Cuesta, M. (2006). Intervención cognitiva en un caso de celotipia. *Acción psicológica* 4(1), 71-82. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030757007.pdf>.
- Cummings J, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314. DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308>.
- Curling, L., Kellet, S. & Totterdell, P. (2018). Cognitive Analytic Therapy for Obsessive Morbid Jealousy: A Case Series. *Journal of Psychotherapy Integration* 28(4), 537–555. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/int0000122>.
- DeSteno, D., Bartlett, M., Braverman, J & Salovey, P. (2002). Sex differences in jealousy: evolutionary mechanism or artifact of measurement. *Journal of personality and social psychology*, 83(5), 1103-1116. doi:10.1037//0022-3514.83.5.1103.
- DeSteno, D., Valdesolo, P. & Bartlett, M. (2006). Jealousy and the threatened self: getting to the heart of the green-eyed Monster. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 626–641. doi:10.1037/0022-3514.91.4.626.
- Díaz, T & Manrique, R. (2012). *Celos ¿Amar o poseer?* México: Trillas.

- Dyar, C., Feinstein, B., Zimmerman, A., Newcomb, M., Mustansky, B. & Whitton, S. (2020). Dimensions of sexual orientation and rates of intimate partner violence among young sexual minority individuals assigned female at birth: the role of perceived partner jealousy. *Psychology of Violence* 10(4), 411-421. DOI:10.1037/vio0000275.
- Dugas, J. & Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por Ansiedad Generalizada. En Caballo, V. (Dir.), *Manual para el tratamiento Cognitivo-Conductual de los trastornos psicológicos Vol.1): Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*, pp. 211-240. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (2010). *Celos en la Pareja: Una Emoción Destructiva*. España: Ariel.
- Edlund, J., Buller, D., Sagarin, B., Heider, J., Scherer, C., Farc, M & Ojedokun, O. (2019). Male Sexual Jealousy: Lost Paternity Opportunities? *Psychological reports* 122(2), 575-592. doi: doi.org/10.1177/0033294118806556.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. Psychotherapy research. *Journal of the Society for Psychotherapy Research*. 20(2). 123-135. DOI: 10.1080/10503300903470743.
- Esteban-Jiménez, Ó., Navarro-Pemán, C. & González-Rubio, F. (2016). Síndrome de Otelo. *Semergen* 42(1), 63-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2014.10.016>.
- Espárrago-Llorca, G., Carrión-Expósito, L., Baena-Baldomero, A., Ruiz-Doblado, S., López-Garzón, E. (2011). Síndrome de Otelo (delirio celotípico monosintomático) inducido por agonistas dopaminérgicos. *Psiquiatría Biológica* 18(2), 68-71. DOI: 10.1016/j.psiq.2011.08.002.
- Espinal, I., Gimeno, A. & González, F. (2004-2006). El Enfoque Sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas* 14(), 21-34. Recuperado de: <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>.
- Fernández, J. (1997). La entrevista. En Buela-Casal, G. & Sierra, J. (Dirs.). *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*, pp. 271-296. Madrid: Siglo XXI.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). Los autoinformes. En Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*, pp. 235-274. España: Ediciones Pirámide.
- Fernández, Ballesteros, R., De Bruyn, E., Godoy, A., Hornke, L., Ter Laak, J, Vizcarro, C., Westhoff, K., Westmeyer, H., & Zaccagnini, J. (2003). Guías para el proceso de evaluación (GAP): una propuesta a discusión. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 58-70: Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808407.pdf>.
- Freeman D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review* 27(4), 425-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004>.
- Freud, S. (1992). Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad. En (Autor). *Más allá del principio de placer Psicología de las*

- masas y análisis del yo y otras obras. Obras completas XVIII*, pp. 217-226. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuentes, J. & Quiroga, E. (2004). Los dos principios irrenunciables del análisis funcional de la conducta y del conductismo radical. *Psicothema*, 16(4), 555-562. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3031.pdf>.
- Fuentes, G. (2013). *Terapia de pareja: un estudio de caso*. Trabajo final de master. Universidad de Almería. Recuperado de: <https://core.ac.uk/reader/143455646>.
- Garaigordobil, M. (1998). Modelos en la evaluación psicológica. En (Autor), *Evaluación psicológica. Bases teórico-metodológicas, situación actual y directrices de futuro*, pp. 71-142. Salamanca: Amarú Ediciones.
- García, A., Russo, J., López, N., Imbernón, Ruiz, M., Pérez, V., Gil, J., Sánchez, M., Roca, M., Moral, E. & Pavez, F. (febrero, 2016). Síndrome de Sanchís Banús. a propósito de un caso, *XVII Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*. Recuperado de: <http://psiqu.com/1-5620>.
- Gesell, A. (1906). Jealousy. *American Journal of Psychology*, 17(4), 437-496. Recuperado de: <https://www-jstor-org.pbidi.unam.mx:2443/stable/pdf/1412347.pdf>.
- Grigorovici, I. (2018). Sexual behavior and jealousy: An evolutionary perspective. *Romanian Journal of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis* 5(1).
- Guerrero, L. (1998). Attachment style differences in the experience and expression of romantic jealousy. *Personal Relationships*, 5(3), 273–291. Recuperado de: <https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/epdf/10.1111/j.1475-6811.1998.tb00172.x>.
- Harris, C. (2000). Psychophysiological responses to imagined infidelity: The specific innate modular view of jealousy reconsidered. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1082-1091. DOI: 10.1037//0022-3514.78.6.1082.
- Harris, C. (2003). Factors associated with jealousy over real and imagined infidelity: an examination of the social-cognitive and evolutionary psychology perspectives. *Psychology of Women Quarterly* 27(), 319–329. Recuperado de: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=c0cfe858-ae48-484f-8b7d-17ef53186a20%40pdc-v-sessmgr06>.
- Haynes, S. & O'Brien, W. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review* 10(6), 649-668. DOI: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90074-K](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-K).
- Haynes, S. & O'Brien, W. (2002). *Principles and practice of behavioral assessment*. EEUU: Kluwer Academic Publishers.
- Herbert, J. & Nelson-Gray, R. (1997). La Autoobservación. En Buela-Casal, G. & Sierra, J. (Dirs.). *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*, pp. 343-368. Madrid: Siglo XXI.

- Hernández, M. (2010). Abordaje de una celotipia desde una perspectiva conductual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 313-317. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n2/08.pdf>
- Hupka, R. (1984). Jealousy: compound emotion or label for a particular situation. *Motivation and emotion*, 8(2), 141-155. Recuperado de: <https://link-springer-com.pbidi.unam.mx:2443/content/pdf/10.1007/BF00993070.pdf>.
- Hupka, R. B. (1991). The motive for the arousal of romantic jealousy: Its cultural origin. En Salovey, P. (Ed.), *The psychology of jealousy and envy*, pp. 252–270. EEUU: Guilford Press.
- Instituto Mexicano de la Juventud [IMJUVE]. (2018). *Celos patológicos y otros tipos de celos*. Página electrónica del Instituto Mexicano de la Juventud. Recuperado de: <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/celos-patologicos-y-otros-tipos-de-celos>.
- Jurado, S., SantaMaría, S., Salazar, L., Colotla, V., Campos, P., Lizárraga, A., Yazbeck, C., Vargas, M. & Ocampo, L. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Personalidad (PAI) en México. *UCV-Scientia* 7(2), 143-150. Recuperado de: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/859/673>.
- Kalat, J. (2014) *Biological Psychology*. EE UU: Cengage Learning.
- Kanfer, F. & Phillips, J. (1976). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México: Trillas.
- Kellett, S., Boyden, P., & Green, H. (2012). Morbid jealousy; a brief clinical guide to assessment in adult mental health. *Clinical Psychology Forum*, 235(), 38–44.
- Landa-Ramírez, E. y Arredondo-Pantaleón, A. (2014). Herramienta PICO para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicología basada en la evidencia. *Psicosociología*, 2(3), 259-270. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/47387/44420>.
- Leahy, R. & Tirsch, D. (2008). Cognitive behavioral therapy for jealousy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 18–32. Recuperado de: <https://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/ijct.2008.1.1.18>.
- Lee, R. (2017). Mistrustful and Misunderstood: A Review of Paranoid Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports* 4(2),151-165. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5793931/pdf/nihms877838.pdf>.
- Lockett, T. (1997) *Evidence-Based and Cost-Effective Medicine for the Uninitiated*. EEUU: CRC Press.
- López, M. (2010). Abordaje de una celotipia desde una perspectiva conductual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(106), 313-317 Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n2/08.pdf>.
- Magarey J. (2001). Elements of a systematic review. *International journal of nursing practice* 7(6), 376-382. Recuperado de: <https://onlinelibrary-wiley-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/epdf/10.1046/j.1440-172X.2001.00295.x>.

- Marazziti, D., Di Nasso, E., Masala, I., Baroni, S., Abelli, M., Mengali, F., Mungai, F. & Rucci, P. (2003). Normal and obsessional jealousy: a study of a population of young adults. *European Psychiatry*, 18(3), 106-111. DOI: 10.1016/s0924-9338(03)00024-5.
- Martínez-León, N., García-Rincón, L., Valencia, D., Barreto, S., Alfonso, A., Quintero, C., Roncancio, C. & Parra, A. (2016). Efecto de una intervención cognoscitivo conductual para el manejo de los celos en la relación de pareja. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 10(1), 113-123. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862016000100011&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862016000100011&lng=en&tlng=es).
- Martínez-León, N., Mathes, E., Avendaño, B., Peña, J. & Sierra, J. (2018). Psychometric Study of the Interpersonal Jealousy Scale in Colombian Samples. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(1), 21-30. DOI: <https://dx.doi.org/10.14349/rlp.2018.v50.n1.3>.
- Martorel, J. (2014). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*. España: Ediciones Pirámide.
- Mateos, A. (1980). *Etimologías grecolatinas del español*. México: Editorial esfinge.
- Mathes, E. & Severa, N. (1981). Jealousy, romantic love, and liking: Theoretical considerations and preliminary scale development. *Psychological Reports*, 49(1), 23-31. DOI: <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.2466/pr0.1981.49.1.23>.
- Merani, L. (1962). *Psicología genética*. México: Editorial Grijalbo.
- Meyer, V. & Turkat, I. (1979). Behavioral analysis of clinical cases. *Journal of Behavioral Assessment* 1(4), 259-270. DOI: <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/BF01321368>.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (1990) *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós Mexicana.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S & Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. EEUU: John Wiley and Sons.
- Mischel, W. (1981). *Introduction to Psychology*. EEUU: CBS College Publishing.
- Monsalve, D. (2017). *Aproximación a una Paciente con Rasgos de la Personalidad Paranoide*. Tesis de maestría. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. Recuperado de: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7846/130901.pdf>.
- Moral, E., Sánchez, M. y Martínez, N. (2014). Delirio paranoide de los ciegos (síndrome de Sanchís-Banús). *XV Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*. Recuperado de: <http://psiqui.com/1-8352>
- Mullen, P. (1990) Morbid jealousy and the delusion of infidelity. En Bluglass, R., & Bowden, P. (Eds.) *Principles and Practice of Forensic*, (pp. 823–834). Londres: Churchill Livingstone.
- Muñoz, M. (2013). Proceso de evaluación psicológica cognitivo-conductual: una guía de actuación. En Labrador, J. (Coord.) *Técnicas de modificación de conducta*, pp. 69-101. España: Ediciones Pirámide.

- Nezu, A., Nezu, C. & Cos, T. (2007). Case formulation for the behavior and cognitive therapies: a problema solving perspective. En Eells, T. (Ed.), *Handbook of Psychotherapy case formulation*, 349-378. EEUU: Guilford Press.
- Oliva, M. (2013). La entrevista. En Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*, pp. 167-192. España: Ediciones Pirámide.
- Orduz, F., Clavijo, A., Aldana E. & Obregón, L. (2019). Homicidas de pareja. Una propuesta de tratamiento. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica* 38(5), 668-673. Recuperado de: [http://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft\\_5\\_2019/24\\_homicidas.pdf](http://www.revistaavft.com/images/revistas/2019/avft_5_2019/24_homicidas.pdf).
- Pérez-Pareja, J. (1997). Autoinformes. En Buela-Casal & Sierra, J. (Dir.) *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*, pp. 297-314. España: Siglo XXI.
- Persons, J. & Tompkins, M. (2007). Cognitive-Behavioral Case Formulation. En Eells, T. (Ed.), *Handbook of Psychotherapy case formulation*, 290-316. EEUU: Guilford Press.
- Phelps, B. (2015). Behavioral Perspectives on Personality and Self. *Psychological Record*, 65(3), 557–565. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40732-014-0115-y>.
- Pines, A. & Aronson, E. (marzo 1983). Antecedents, correlates, and consequences of sexual jealousy. *Journal of personality* 51(1), 108-136. Recuperado de: <http://eds.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=761718f4-a205-46f1-8b73-e6719c534f91%40sessionmgr4007>.
- Pines, A. (1998). *Romantic jealousy. Causes, symptoms, cures*. EEUU: Routledge.
- Pérez-Mora, G., Guilabert-Vidal, M & Quintanilla-López, M. (2015). Síndrome de Otelio (delirio celotípico) inducido por agonistas dopaminérgicos. *Actas Españolas de Psiquiatría* 43(1), 32-34. Recuperado de: <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/17/93/ESP/17-93-ESP-32-4-365439.pdf>.
- Pfeiffer, S. & Wong, P. (1989). Multidimensional jealousy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6(2), 181–196. DOI: <https://doi.org/10.1177/026540758900600203>.
- Poletti, M., Perugi, G., Logi, C., Romano, A., Del Dotto, P., Ceravolo, R., Rossi, G., Pepe, P., Dell’Osso, L. & Bonuccelli, U. (2012). Dopamine Agonists and Delusional Jealousy in Parkinson’s Disease: A Cross-Sectional Prevalence Study. *Movement Disorders*, 27(13), 1679-1682. DOI: 10.1002/mds.25129.
- Quera, V. & Behar, J. (1997). La observación. En Buela-Casal, G. & Sierra, J. (Dir.) *Manual de evaluación psicológica. Principios, técnicas y aplicaciones*, pp. 315-342. España: Siglo XXI.
- Rasmussen, P. (2005). *Personality-Guided Cognitive-Behavioral Therapy*. EEUU: American Psychiatric Association.
- Real Academia Española [RAE]. (s/f). *Diccionario de la lengua española*, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.3 en línea]. Recuperado de: <https://dle.rae.es>.

- Reidl, L. (2005). *Celos y envidia. Emociones humanas*. México: UNAM.
- Río del, F., Cabello, F., Cabello, M. & Aragón, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas psicológica* 17(1). Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v17n1/1657-9267-rups-17-01-00080.pdf>.
- Rodríguez, M., Rojas, Y., Ortega, P., & Goretti, S. (2017). From alcohol to delusional jealousy. *European Psychiatry*, 41(S1), S484-S485. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.576.
- Rossi, G., & Derksen, J. (2015). International Adaptations of the Millon Clinical Multiaxial Inventory: Construct Validity and Clinical Applications. *Journal of Personality Assessment*, 97(6), 572–590. DOI: <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1079531>.
- Sabini, J. & Green, C. (2004). Emotional responses to sexual and emotional infidelity: Constants and differences across genders, samples, and methods. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30 (11), 1375-1388. Recuperado de: <https://journals-sagepub-com.pbidi.unam.mx:2443/doi/pdf/10.1177/0146167204264012>.
- Schardt, C., Adams, M., Owens, T., Keitz, S. & Fontelo, P. (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *Medical Informatics and Decision Making* 7(16). Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/7/16>.
- Seeman, M. (2016). Pathological Jealousy: An Interactive Condition. *Psychiatry* 79(4), 379-388. doi: 10.1080/00332747.2016.1175838.
- Shen, T., Ye, R., Zhang, B. (2017). Efficacy and safety of pramipexole extended-release in Parkinson's Disease: a review based on meta -analysis of randomized controlled. *European journal of neurology* 24(6), 835-843. DOI:10.1111/ene.13303.
- Solomon, R. (2003) Thoughts and feelings: what is a “Cognitive Theory” of the emotions, and does it neglect affectivity?. En Autor (ed.), *Not Passion's Slave: Emotions and Choice*. Oxford University Press.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (2015). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI*. Madrid: TEA.
- Straus, S., Glasziou, P., Richardson, W., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2019). *Medicina basada en la evidencia: Cómo practicar y enseñar la medicina basada en la evidencia*. España: Elsevier.
- Sue, D., Sue, D. & Sue, S. (1996). Los trastornos por ansiedad. En (Autor), *Comportamiento Anormal* (pp. 155-187). México: McGraw-Hill.
- The CIU. (2020). *Redes sociales para el amor y el desamor*. Página electrónica de The Competitive Intelligence Unit. Recuperado de: <https://www.theciu.com/publicaciones-2/2018/2/13/redes-sociales-para-el-amor-y-el-desamor>.
- Tobal, M. & Cano-Vindel, C. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA*. Madrid: TEA.

- Tordjman, G. (1989). *La pareja. Realidades, problemas y perspectivas de la vida común*. Buenos Aires: Editorial Grijalbo.
- Torres-Soto, J., Moya-Faz, F., Giner-Alegría, C. & Oliveras-Valenzuela, M. (2019). Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad. *Anales de Psicología*, 35(1), 47-57. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.333191>.
- Trull, T. & Phares, J. (2003). Psicoterapia: perspectivas conductual y cognoscitiva conductual. En (Autores), *Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (pp. 372-404). México: Thompson.
- Vicens, V., Sarró, S. & McKenna, P. (2011). Comorbidity of delusional disorder with bipolar disorder: Report of four cases. *Journal of Affective Disorders* 134(1-3), 431-433. DOI: 10.1016/j.jad.2011.05.035.
- Wallon, H. (1975). *Los orígenes del carácter en el niño*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Warren, H. (2014). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- White, G. (2008). Romantic Jealousy: therapists' perceptions of causes, consequences, and treatments. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 7(3), 210-229. DOI: <https://doi.org/10.1080/15332690802238019>.
- White, G. & Mullen, P. (1989). *Jealousy: Theory, research, and clinical strategies*. EEUU: Guilford Press.
- Widiger, T. & Costa, P. (2013). Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality: Rationale for the Third Edition. En Widiger, T. & Costa, P. (Eds.) *Personality disorders and the five-factor model of personality*, pp. 3-1. EEUU: American Psychological Association. DOI: <https://doi.org/10.1037/13939-000>.
- Widiger, T. & McCabe, G. (2020). The Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) from the Perspective of the Five-Factor Model. *Psychopathology* 53(3-4), 149-156. DOI: 10.1159/000507378.
- Young S. (2002). Evidence-based management: a literature review. *Journal of Nursing Management* 10(3), 145-151. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2002.00309.x>.
- Zabalza-Estévez, R. (2012). Síndrome de Otelio inducido por pramipexol. *Revista de Neurología* 54(8), 509-510. DOI: 10.33588/rn.5408.2012036

## Anexos.

### Anexo A. Identificación de facetas en la consulta bibliográfica.

Tipo de celos, título, autor y año	Conductas Motoras	Facetas en las conductas motoras	Conductas Cognitivas	Facetas en las conductas cognitivas	Conductas Fisiológicas
<p>Celos obsesivos.</p> <p>Efecto de una intervención cognoscitivo conductual para el manejo de los celos en la relación de pareja</p> <p>Martínez-León et al. (2016)</p> <p>Participante 1</p>	<p>Revisión de celular, correo electrónico, redes sociales.</p> <p>Llamadas telefónicas para comprobar paradero.</p> <p>Visitas sorpresa.</p> <p>Reclamos en público por amistades con personas del sexo opuesto.</p>	<p>Perseverancia</p> <p>Susplicacia</p> <p>Búsqueda de atención</p> <p>Hostilidad</p>			
<p>Martínez-León et al. (2016)</p> <p>Participante 2</p>	<p>Discusiones por teléfono.</p> <p>Reclamos en público.</p> <p>Revisión de celular, correo electrónico, redes sociales.</p>	<p>Hostilidad</p> <p>Perseverancia</p>			
<p>Martínez-León et al. (2016)</p> <p>Participante 3</p>	<p>Revisión de celular, correo electrónico, redes sociales.</p> <p>Agresiones.</p>	<p>Perseverancia</p> <p>Hostilidad</p>			

Tipo de celos, título, autor y año	Conductas Motoras	Facetas en las conductas motoras	Conductas Cognitivas	Facetas en las conductas cognitivas	Conductas Fisiológicas
Martínez-León et al. (2016) Participante 4	Revisión de celular, correo electrónico, redes sociales.  Realizar preguntas indagatorias.  Reclamos por mirar a otra persona.  Reclamos por cercanía al sexo opuesto	Perseverancia  Suspiciacia  Hostilidad	Ira  Tristeza	Hostilidad  Depresión	
Martínez-León et al. (2016) Participante 5	Revisión de celular, correo electrónico, redes sociales.  Llamadas comprobatorias	Perseverancia.  Suspiciacia.			
Martínez-León et al. (2016) Participante 6	Revisión de celular, correo electrónico, redes sociales.  Llamadas telefónicas para comprobar paradero.  Discusiones.  Perseguir a la pareja.	Perseverancia.  Suspiciacia.  Hostilidad.			
Celos paranoides. Terapia de pareja: un estudio de caso Fuentes. (2013).	Reclamos cuando consumía alcohol	Hostilidad	Suspiciacia  Reservado durante la entrevista pretratamiento  Baja autoestima por sobrepeso	Suspiciacia  Distanciamiento  Depresión	Disfunción eréctil  Pereza  Sobrepeso

Tipo de celos, título, autor y año	Conductas Motoras	Facetas en las conductas motoras	Conductas Cognitivas	Facetas en las conductas cognitivas	Conductas Fisiológicas
Celos obsesivos. Cognitive Analytic Therapy for Obsessive Morbid Jealousy: A Case Series Curling, Kellet, y Totterdell (2018). Participante 1	Autolesiones (sobredosis)	Impulsividad	Desconfianza	Susplicacia	
	Verificación de paradero	Susplicacia	Paranoia relacionada a los celos	Ansiedad	
	Chequeo de redes sociales y ropa	Perseverancia	Miedo	Depresión	
Participante 2	Agresiones	Hostilidad	Baja autoestima.	Hostilidad	
	Instalación de equipo de vigilancia	Perseverancia	Ideación suicida		
Participante 3	Reclama garantías de fidelidad y compromiso	hostilidad	Ira al sentir celos		
	Agresión	Susplicacia	Depresión	Depresión	
	Reclama garantías de fidelidad y compromiso	Susplicacia	Baja autoestima	Inseguridad de separación	
Participante 3	Verificación de paradero	Perseverancia	Rasgos de dependencia	Ansiedad	
	Chequeo de redes sociales y ropa	Perseverancia		Inseguridad de separación	
	Control de actividades y amistades	Manipulación			
	Agresiones				

Tipo de celos, título, autor y año	Conductas Motoras	Facetas en las conductas motoras	Conductas Cognitivas	Facetas en las conductas cognitivas	Conductas Fisiológicas
<p>Celos paranoides.</p> <p>Abordaje de una celotipia desde una perspectiva conductual</p> <p>López (2010).</p>	<p>Revisión de redes sociales</p> <p>Verificación de paradero</p> <p>Control de amistades</p> <p>Discusiones por comprobación de intenciones (¿Que va a hacer el esposo?)</p>	<p>Perseverancia</p> <p>Suspiciacia</p> <p>Manipulación</p> <p>Hostilidad</p>	<p>Pensamientos paranoides sobre la infidelidad del esposo.</p> <p>No saber qué hace su compañero lo relaciona a la infidelidad (Razonamiento sesgado)</p> <p>Malestar generalizado</p> <p>Intolerancia a la incertidumbre</p>	<p>Suspiciacia</p> <p>Ansiedad</p>	
<p>Celos paranoides.</p> <p>Homicidas de pareja. Una propuesta de tratamiento</p> <p>Orduz, Clavijo, Aldana y Obregón (2019).</p>	<p>Consumo de sustancias</p> <p>Control de la pareja</p> <p>Agresividad</p>	<p>Impulsividad</p> <p>Manipulación</p> <p>Hostilidad</p>	<p>Baja autoestima</p> <p>Ansiedad</p> <p>Ira</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Considera que le daban motivos para sentir celos</p> <p>Decepción</p> <p>Engaño</p>	<p>Depresión</p> <p>Ansiedad</p> <p>Hostilidad</p> <p>Suspiciacia</p>	<p>estrés</p>

Tipo de celos, título, autor y año	Conductas Motoras	Facetas en las conductas motoras	Conductas Cognitivas	Facetas en las conductas cognitivas	Conductas Fisiológicas
<p>Celos paranoides.</p> <p>Aproximación a una Paciente con Rasgos de la Personalidad Paranoide.</p> <p>(Monsalve, 2017)</p>	<p>Agresividad con el esposo</p> <p>Chequeos</p>	<p>Hostilidad</p> <p>Perseverancia</p>	<p>Desconfianza constante</p> <p>Desconfianza (no debe confiar en los demás)</p> <p>Distanciamiento (tiene amigas, pero prefiere hacer confidencias)</p> <p>Rabia y decepción ante comentarios triviales sobre el esposo que proyecta sobre la infidelidad</p> <p>Creencia en la debilidad propia</p> <p>Dependencia del juicio de los demás sobre su situación para sentir malestar o baja autoestima</p> <p>Inhibición de emociones (se queda callada cuando no le agradan los comentarios)</p> <p>Perfeccionismo (Todo le debe salir perfecto)</p> <p>Estándares implacables</p>	<p>Susplicacia</p> <p>Distanciamiento</p> <p>Impulsividad</p> <p>Depresión</p> <p>Perfeccionismo rígido</p>	

Tipo de celos, título, autor y año	Conductas Motoras	Facetas en las conductas motoras	Conductas Cognitivas	Facetas en las conductas cognitivas	Conductas Fisiológicas
<p>Celos obsesivos.</p> <p>Intervención cognitiva en un caso de celotipia.</p> <p>(Cuesta, 2006)</p>	<p>Rituales de comprobación (registro de objetos personales)</p> <p>Conductas de evitación (no quiere salir con amigas)</p>	<p>Perseverancia</p> <p>Distanciamiento</p>	<p>Intolerancia a la incertidumbre</p> <p>Todo lo ve negativo.</p> <p>Pánico</p> <p>Depresión.</p> <p>Sentimientos de inferioridad.</p> <p>Pensamientos negativos sobre su físico y capacidades</p> <p>Miedo a que le abandone el esposo.</p> <p>Sentimientos de Soledad.</p> <p>Dificultad de concentración.</p> <p>Celos cuando el marido se tarda en llegar a casa por trabajo o reuniones sociales</p> <p>Se imagina al esposo sosteniendo relaciones sexuales con otras mujeres.</p>	<p>Ansiedad</p> <p>Depresión</p> <p>Inseguridad de separación</p> <p>Distraibilidad</p> <p>Susplicacia</p>	<p>Dolores de cabeza, Palpitaciones,</p> <p>Falta de apetito,</p> <p>Mareos, Fatiga, Estreñimiento, Diarrea</p> <p>Presión en el pecho,</p> <p>Nudo en la garganta,</p> <p>Dificultad para respirar</p> <p>Tensión muscular.</p> <p>Falta de sueño</p>

Tipo de celos, título, autor y año	Conductas Motoras	Facetas en las conductas motoras	Conductas Cognitivas	Facetas en las conductas cognitivas	Conductas Fisiológicas
<p>Celos obsesivos.</p> <p>Jealousy: a case of application of functional analytic psychotherapy.</p> <p>(Carrascoso, 2003)</p>	<p>La pareja dejó de acudir a lugares, para evitar celos.</p> <p>Control de las amistades</p> <p>Comprobación de tipo de relaciones anteriores de su compañera</p> <p>Compulsión por comprobación del paradero con llamadas telefónicas, preguntas</p>	<p>Manipulación</p> <p>Susplicacia</p> <p>Perseverancia</p>	<p>Los celos se disparaban al escuchar comentarios triviales de tipo sexual por parte de sus compañeros de trabajo</p> <p>Ira</p> <p>Los celos son una forma de buscar atención.</p> <p>Los celos son una forma de asegurar la fidelidad</p>	<p>Impulsividad</p> <p>Hostilidad</p> <p>Búsqueda de atención</p> <p>Susplicacia</p>	<p>Respiración acelerada</p>

**Anexo B. Instrumentos.**

**Anexo B1. Hoja de búsqueda de ideas centrales e intermedias**

Pensamiento negativo
¿Qué significa esto para mí? ¿Por qué es importante para mí?
¿Qué significa esto para mí? ¿Por qué es importante para mí?
¿Qué significa esto para mí? ¿Por qué es importante para mí?
¿Qué significa esto para mí? ¿Por qué es importante para mí?
Idea central o nuclear
¿Cómo se originó? Datos históricos

## Anexo B2. Propuesta de Registro conductual

Esquema de registro conductual incluyendo una muestra de las conductas relacionadas con los celos patológicos. Por economía de espacio se incluyen en cada fila varias conductas, siendo lo apropiado definir una línea separada para cada conducta según el caso.

Semana del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Indicador	Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
	Frecuencia (cuantas veces)		Frecuencia (cuantas veces)		Frecuencia (cuantas veces)		Frecuencia (cuantas veces)		Frecuencia (cuantas veces)		Frecuencia (cuantas veces)		Frecuencia (cuantas veces)	
Revisar redes sociales														
Realizar preguntas de comprobación de paradero o intenciones														
Discusiones o agresividad por sospechas de infidelidad														
Autolesiones														
Ideas o imágenes de la pareja con otra persona														
Temor a perder la relación														
Dolor de cabeza, Fatiga, Mareos														
Falta de apetito, comer en exceso, vómito, estreñimiento.														
Indicador	Domingo		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado	
	Duración (en minutos)	Intensidad (1 al 10)												
Falta de sueño														
Falta de aire														

### Anexo B3. Plan personalizado de intervención

Datos personales			
Nombre:	Edad:	Datos de contacto:	
Lista de problemas a intervenir:	Técnicas de intervención	Personas que intervendrán	Número de sesiones
1			
2			
3			
4			
5			
Expectativas de resultados			
1			
2			
3			
4			
5			
Consentimiento informado:			

**Anexo B4. Change Interview.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Sesión Núm.: \_\_\_\_\_

Etapa:        \_\_\_ Tratamiento.        \_\_\_ Seguimiento.

Cambio	El cambio fue: 1: esperado 3: no hubo cambios 5: sorprendente	Sin terapia los cambios son: 1: improbables 3: no hay cambios 5: probables	Importancia de los cambios 1: ninguna 2: ligera 3: moderada 4: mucha 5: extrema
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

- 1.- ¿Ha experimentado algún cambio que empeore su situación?
- 2.- ¿Qué haría para lograr un cambio positivo?
- 3.- ¿A qué atribuye los cambios experimentados?
- 4.- ¿Qué cambio considera que es más relevante?