

LOS CELOS

Tratamiento cognitivo conductual

Por Raimon Gaja Jaumeandreu

Bogotá, abril 2012



Definición de los celos

- **Petit Robert:**

“Sentimiento penoso experimentado por una persona al ver que otra cuyo cariño o amor desearía para si sola lo comparte con una tercera”.

- **Echeburua:**

“Los celos constituyen un sentimiento de malestar causado por la certeza, la sospecha o el temor de que la persona querida o quien se desea en exclusiva prefiera o vuelque su afecto en una tercera persona”.



LOS CELOS | Tratamiento cognitivo conductual

¿Qué son los celos?

Celos	Intensidad	Duración	
Emoción	+	-	Miedo Ira Tristeza
Sentimiento	-	+	Amor Odio
Pasión	+	+	Venganza Envidia



Creencias irracionales que dan lugar a celos

- La pareja que yo he elegido debe amarme mucho y en todo momento mientras yo quiera que sea así.
- Es terrible que mi amor no sea correspondido y eso hace que mi vida sea horrible.
- No puedo soportar que mi pareja no me quiera tanto como yo a ella/él.
- Tengo que estar absolutamente seguro/a en todo momento de que mi pareja me ama, ya que necesito su amor para vivir.
- Si mi pareja me es infiel, los demás se reirán de mí.



Historia de aprendizaje y variables disposicionales

1. Falta de confianza en uno mismo.
2. Experiencias familiares.
3. Experiencias vividas.
4. Baja autoestima.
5. Trastornos psicológicos.



Historia de aprendizaje y variables disposicionales

1. Falta de confianza en uno mismo.

Las personas inseguras muchas veces no se sienten merecedoras del amor de su pareja y esto le lleva a desconfiar de la sinceridad y cariño del otro.

Siempre están pensando en que en cualquier momento su pareja puede conocer a alguien más atractivo y tienen miedo a que descubra lo poco que vale en realidad.



Historia de aprendizaje y variables disposicionales

2. Experiencias familiares.

Es probable que en una persona que haya presenciado escenas de celos en sus padres tenga más predisposición a ser celoso que otra cuyos padres se sentían seguros el uno del otro.

3. Experiencias vividas.

Las personas que han sido traicionadas alguna vez por alguien en quien confiaban es más probable que posteriormente desarrollen una personalidad celosa.



Historia de aprendizaje y variables disposicionales

4. Baja autoestima.

Las personas con baja autoestima no consideran que puedan ser queridas.

5. Trastornos psicológicos.

Las personalidades paranoides, narcisistas e histriónicas tienen una gran tendencia a desconfiar continuamente de los demás y por consiguiente a desarrollar una celopatía.



Estímulos desencadenantes

- Aumentar el círculo de amigos.
- Ilusión por ir a trabajar.
- Desinterés sexual.
- Retrasos en la llegada al hogar.
- Cuidar el *“look”*.



Conductas comprobatorias

- Interrogatorios. (Juego celotípico).
- Teléfono.
- Vigilancia.
- Apariciones inesperadas.
- Búsqueda entre las pertenencias
 - Bolsos.
 - Bolsillos.
 - Cartera.
 - E-mail.
 - Ropa.



LOS CELOS | Tratamiento cognitivo conductual

Diferencias entre hombres y mujeres

	HOMBRES	MUJERES
Estímulo temido	Relaciones sexuales	Infidelidad emocional
Manifestación conductual	Actos violentos	Llantos o tácticas
Emoción	Ira y rabia	Tristeza y miedo



Celos patológicos. TIPOS.



Celos patológicos

- Falta de provocación.
- Sufrimiento emocional.
- Interferencia grave en la vida cotidiana.
- Conductas o rituales de comprobación.

El límite depende de la intensidad, frecuencia, del modo de manifestarlo y del impacto que tiene en la otra persona.



Celos pasionales

- Estado emocional, más o menos continuo que puede afectar la lucidez del sujeto.
- La ansiedad que esta persona experimenta afecta y mina mucho su autoestima y puede cargarse de agresividad y violencia.



Celos obsesivos

- Pensamiento o imágenes que irrumpen repetidamente en la actividad mental de la persona de forma involuntaria y que al ser percibidos como amenazantes y carentes de sentido provocan un malestar muy grande.
- La persona es incapaz de rechazar o quitar esos pensamientos a pesar de que no cuente con ninguna prueba y de que tenga el convencimiento de que es real.



Celos delirantes

- El convencimiento erróneo de la veracidad de su creencia.
- Esta creencia aparece sin motivo y se apoya en pequeñas pruebas (ropa desgarrada o manchas en las sábanas para justificar las ideas delirantes).
- En realidad no hay un delirio primario de celos, sino un delirio de infidelidad de donde surgen los celos.



Violencia familiar

- Jean Baptiste Alphonse Karr:
“Los celos son una mezcla de amor, odio, avaricia y orgullo”.
- Hogar y violencia.
- Celos y alcohol.
- Percepción de la vulnerabilidad de la víctima.



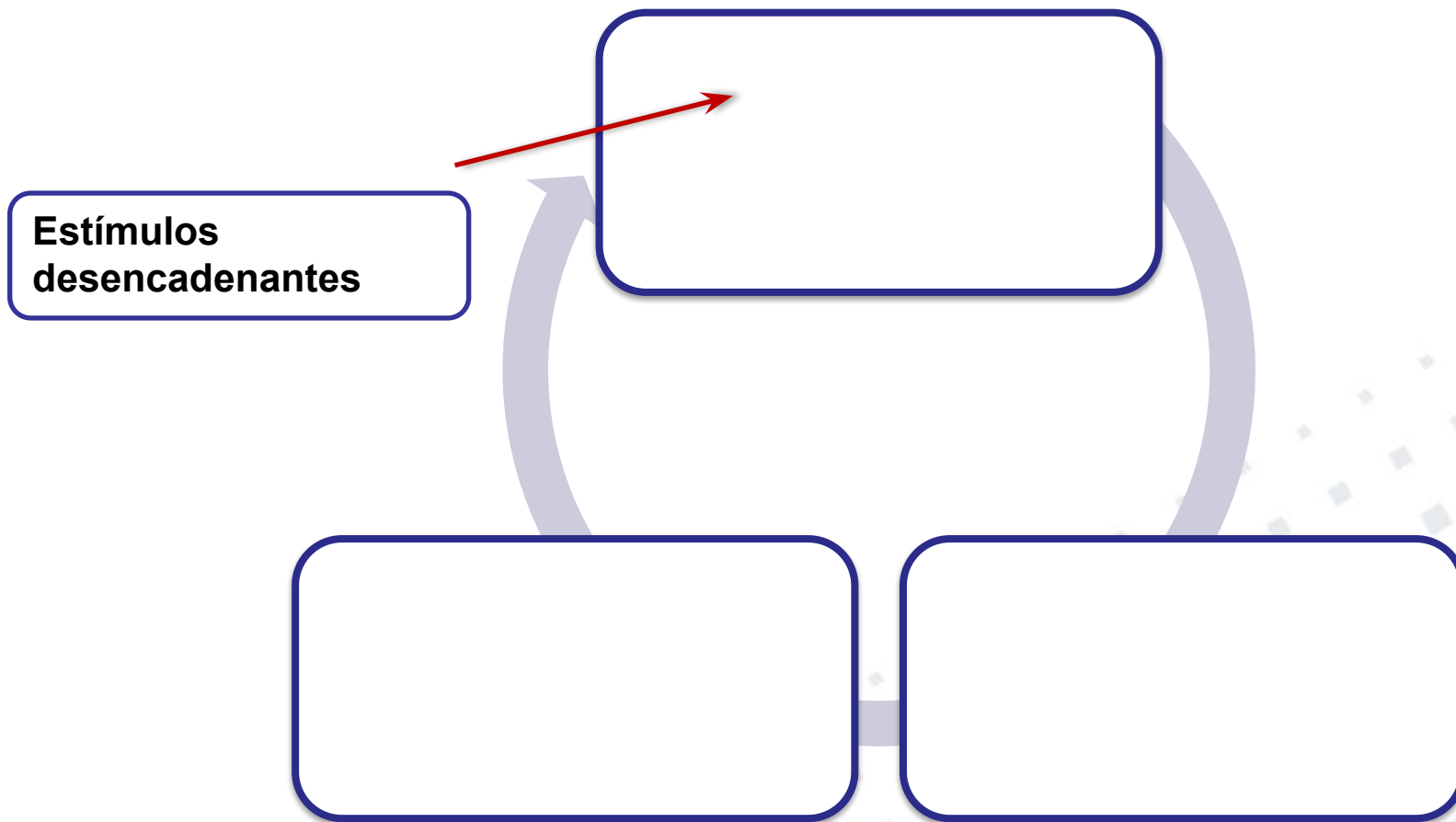
Tratamiento de los celos obsesivos

- **Técnicas conductuales.**
 - Exposición e imaginación y en vivo.
 - Prevención de respuestas.
- **Técnicas cognitivas.**
- **Terapia de pareja.**
 - Habilidades de comunicación.
 - Resolución de problemas.



LOS CELOS | Tratamiento cognitivo conductual

Modelo cognitivo de la conducta de celos



Características de la terapia cognitiva

- Breve, con tiempo límite (entre 10 y 20 sesiones).
- Estructurada, directiva.
- Basada en una sólida relación terapéutica.
- Enfoque en el problema, centrada en el presente.
- Basada en un modelo coherente de trastorno emocional.
- El principal método es el cuestionamiento “socrático”.
- Modelo psicoeducativo.
- Cuestionamiento científico (los pensamientos son hipótesis, no hechos y pueden ser comprobados y validados a través de la acción).



Esquema del proceso de la terapia cognitiva



Niveles de cogniciones disfuncionales (I)

- **Pensamientos automáticos (P.A.)**
 - La lógica defectuosa del P.A. se llama “errores cognitivos”
- **Características**
 - Ocurren espontáneamente como un reflejo.
 - No requieren ningún esfuerzo.
 - Son difíciles de apartar de la mente.
 - No aparecen como resultado de un razonamiento o reflexión sobre la situación.
 - No siguen un secuencia lógica de pasos (como ocurre en la resolución de problemas).
 - Aumentan la intensidad de la emoción.
 - Trascurren muy rápidamente.
 - Parecen posibles y “razonables”.
 - Pueden ocurrir a pesar de la existencia de evidencias objetivas y contraria a los hechos.
 - Son reflejo de suposiciones y creencias de la persona.



Errores cognitivos

- **Abstracción selectiva** (a veces denominada “filtro mental”): llegar a una conclusión basándose tan sólo en una pequeña parte de la información disponible.
- **Indiferencia arbitraria**: llegar a una conclusión sin la adecuada evidencia o a pesar de una evidencia en contra.
- **Pensamiento absolutista** (el pensamiento de “todo o nada”): clasificar a uno mismo o a las experiencias personales en dicotomías rígidas (por ejemplo, todos buenos o todos malos, perfecto o lleno de imperfecciones, éxito o fracaso total).
- **Magnificación y minimización**: sobreestimar o subestimar la importancia de un atributo personal, un suceso de la vida, o una posibilidad futura.
- **Personalización**: relacionar incidentes externos con un mismo (por ejemplo, asumiendo la culpa, asumiendo la responsabilidad, criticándose a uno mismo) cuando existe una pequeña o ninguna base para hacer estas asociaciones.
- **Pensamiento catastrófico**: predecir el peor resultado posible ignorando las eventualidades más probables.



Niveles de cogniciones disfuncionales

(II)

- **Esquemas**

Son estructuras cognitivas más profundas que lo P.A. que contienen las reglas básicas para escoger, filtrar, y codificar la información proveniente del entorno.

- a) **Supuestos**. Ideas o creencias que tiene el paciente sobre si mismo, los demás y el mundo que dan lugar a P.A. “Debo...”, “tendría que...”, “debería...”, “es terrible...”, “si..., entonces...”.
- b) **Creencias**. Ideas globales, rígidas y absolutistas sobre uno mismo y/o los demás.

-Ser querido.

-Indefensión.



Terapia cognitiva

1. **Relación terapéutica.**
2. **Estructura terapéutica.**
3. **Psicoeducación.**
4. **Técnicas cognitivas.**
 - 4.1. **Identificar los P.A.**
 - 4.1.1. *Interrogatorio socrático.*
 - 4.2. **Modificación de los P.A.**
 - 4.3. **Identificar y modificar esquemas.**
 - 4.4. **Procedimientos conductuales.**



Terapia cognitiva (I)

1. RELACIÓN TERAPÉUTICA.

- Trabajar conjuntamente, como un equipo de investigación.
- Ajustar el nivel de actividad a la gravedad del caso y a la fase del tratamiento.
- Fomentar el autorregistro y la autoayuda.
- Obtener una valoración exacta de la validez de las cogniciones y de la eficacia de la conducta.
- Desarrollar estrategias para hacer frente a posibles fracasos y déficits actuales.
- Promover variables esenciales y “no específicas” del terapeuta (por ejemplo: amabilidad, empatía, actitud positiva).
- Ofrecer y pedir *feedback* regularmente.
- Reconocer y manejar la transferencia.
- Individualizar las intervenciones de la terapia.
- Utilización del humor.



Terapia cognitiva (II)

2. ESTRUCTURA TERAPÉUTICA.

- 1) **Establecer una agenda para las sesiones.**
 - a) Debe poder ser abarcada en la sesión.
 - b) Debe recoger el material de la sesión anterior.
 - c) Debe permitir revisar las tareas asignadas.
 - d) Debe contener temas específicos (ni globales ni abstractos).
- 2) **Ofrecer feedback positivo en el curso de la terapia.**
- 3) **Utilizar técnicas de la TC de forma regular.**
 - a) Programación de actividades.
 - b) Registro de pensamientos.
 - c) Asignación gradual de tareas.
- 4) **Asignar tareas para establecer un vínculo entre sesiones.**
 - a) Registros.
 - b) Modificación de pensamientos automáticos.



Terapia cognitiva (III)

3. PSICOEDUCACIÓN.

Objetivo principal: enseñar a los pacientes una nueva forma de pensar que puede aplicarse para resolver síntomas actuales y manejar problemas que se pueden encontrar en el futuro.

- Enseñar los principios de la TC.
- Biblioterapia.



Terapia cognitiva (IV)

4. TÉCNICAS COGNITIVAS.

4.1. Identificar los P.A.

4.1.1. Interrogatorio socrático.

4.2. Modificación de los P.A.

4.3. Identificar y modificar esquemas. ???

4.4. Procedimientos conductuales.



Terapia cognitiva (IV)

4. TÉCNICAS COGNITIVAS.

4.1. Identificación de los P.A.

El paciente debe:

- Conocer que muchos pensamientos son automáticos e involuntarios y que pueden ser tan habituales y plausibles que escapen a la atención consciente, a no ser que se haga un esfuerzo para captarlos.
- Entrenarse en identificar los pensamientos importantes que producen el malestar emocional.
- No confundir pensamientos y emociones.
- Escribir pensamientos concretos.
- Saber que los pensamientos pueden presentarse en forma de imágenes.
- Utilizar el registro seleccionado.



Terapia cognitiva (IV)

4. TÉCNICAS COGNITIVAS.

4.1.1. Interrogatorio socrático

- a) ¿Cuál es la evidencia?
 - ¿Qué evidencia hay que apoye esta idea?
 - ¿Qué evidencia hay en contra de esta idea?
- b) ¿Hay una explicación alternativa?
- c) ¿Qué es lo peor que podría suceder?; ¿podría vivir con esto?
 - ¿Qué es lo mejor que podría suceder?
 - ¿Cuál es el resultado más realista?
- d) ¿Qué efecto tiene para mí creermelo este P.A.?
 - ¿Cuál podría ser el efecto de cambiar mi pensamiento?
- e) ¿Qué podría hacer al respecto?
- f) ¿Qué le diría yo a (una amistad) si el/ella se encontrara en la misma situación?



Terapia cognitiva (IV)

4. TÉCNICAS COGNITIVAS.

4.2. Modificación de los P.A.

- **Generación de alternativas.**

Preguntas que intentan ayudar al paciente a ver una gama más amplia de posibilidades.

- **Evaluación de la evidencia.**

Buscar pruebas a favor y en contra.

- **Desdramatización.**

- **Técnicas de reatribución.**

- Global-específico.
- Interno/externo.
- Estable/inestable.

- **Ensayo cognitivo.**



Terapia cognitiva (IV)

4. TÉCNICAS COGNITIVAS.

4.3. Estrategias terapéuticas:

- **Técnicas cognitivas:** demostrar lógica y racionalmente que las creencias no tienen sentido a nivel empírico.
- **Ejercicios experienciales:** provocar el lado emocional del paciente en sincronía con los cambios intelectuales facilitados por las estrategias cognitivas.
Imaginación, juegos de roles, aireación del afecto y trabajo del niño interior.
- **Atención a la relación terapéutica:**
 - **Recrianza limitada:** apoyo, estabilidad, aceptación, o cualquier otra experiencia necesaria para contrarrestar las creencias.
 - **Corregir esquemas** cuando surjan en la interacción interpersonal.
- **Romper los patrones de conducta:** que son automáticos y habituales y que refuerzan cogniciones o emociones que mantienen el esquema.



Terapia cognitiva (IV)

4. TÉCNICAS COGNITIVAS.

4.4. Procedimientos conductuales.

- Interrogar para identificar patrones conductuales.
- Programación de actividades con registro de habilidad y satisfacción.
- Autorregistro.
- Asignación gradual de tareas.
- Ensayo conductual.
- Prevención de respuesta.
- Distracción.
- Ejercicios de relajación.
- Control respiratorio.
- Entrenamiento en asertividad.
- Modelado.
- Entrenamiento en habilidades sociales.



LOS CELOS | Tratamiento cognitivo conductual

www.isep.es | rgaja@isep.es

Gracias por vuestra atención...

