



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

López Hernández-Ardieta, Marcos

Abordaje de una celotipia desde una perspectiva conductual

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 30, núm. 106, junio, 2010, pp. 313-317

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019648008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Abordaje de una celotipia desde una perspectiva conductual.

Applying a behavioral approach to treat jealousy behavior.

Marcos López Hernández-Ardieta^a.

^aPsicólogo Clínico. C.A.I.D. ESTE (Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid)

Correspondencia: Marcos López Hernández-Ardieta (mlopez.ha@gmail.com)

RESUMEN: En el presente trabajo se pretende mostrar el análisis psicológico y la intervención psicoterapéutica realizada de una paciente con problemática celotípica. Dicho análisis e intervención se enmarcan en la óptica conductista radical, de modo que se pone el énfasis en los componentes claves del análisis funcional realizado y las estrategias propias de la Terapia de Aceptación y Compromiso empleadas.
PALABRAS CLAVE: celotipia, conductismo radical, análisis funcional, Terapia de Aceptación y Compromiso.

ABSTRACT: The psychological analysis and psychotherapeutic intervention for a patient with jealousy behavior are presented. The treatment applied follows a radical behaviourism approach, where the focus is put on the key components derived from the functional analysis performed and the particular Acceptance and Commitment Therapy strategies used.

KEY WORDS: jealousy behavior, radical behaviorism, functional analysis, Acceptance and Commitment Therapy.

Introducción

En el presente trabajo se muestra el abordaje psicológico de una mujer que acude “por problemas de celos”. Dicho abordaje se enmarca en el paradigma conductista radical, que ha presentado importantes desarrollos a partir de la década de los 90 con las llamadas Terapias de conducta de tercera generación (1).

A diferencia, posiblemente, del formalismo protocolario del conductismo metodológico (o modelo cognitivo-conductual), tan amante de la homogeneidad en las intervenciones y la creación de manuales, el conductismo radical presenta la flexibilidad propia que otorga la adaptación técnica a cada análisis funcional que, por definición, es idiosincrásico (2). Esto implica que, independientemente de la etiqueta diagnóstica que presente el sujeto (basada en características topográficas de su problema), el tratamiento suponga un abordaje único, adaptado a su problema funcional. De este modo, la solución a un determinado problema psicológico puede pasar, paradójicamente, por no tratar de modificar la conducta problema en sí misma (en este caso, la sensación descrita como celos), sino lo que el individuo hace con ella, que es lo que lo acaba convirtiendo en un trastorno psicológico (3).

El caso que se presenta pretende ser un ejemplo paradigmático en este sentido.

Recibido: 14/10/2009; aceptado con modificaciones: 17/02/2010

Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2010; 30 (106), 313-317.

Caso

Se trata de una mujer (en adelante A.) de 30 años que acude por problemas con su pareja. En este sentido refiere: “le hago la vida imposible”, “no tengo ningún motivo y le saco miles”, “siempre pienso que me va a engañar”...

Comenta que su madre siempre fue muy celosa y controladora. “Siempre me transmitió desconfianza por los hombres”. Recuerda de pequeña haber pegado patadas a una enfermera que iba a ver en consulta a su padre, “por el hecho de que le iba a ver a solas”.

Ha tenido tres relaciones de pareja significativas, todas ellas conflictivas, marcadas por mentiras e infidelidades de los tres descubiertas a posteriori (en dos ocasiones comentadas por la propia pareja, y en la tercera a través de una amiga). Con la pareja actual (en adelante D.) lleva un año y medio. Multitud de conductas del novio la ponen en alerta y la generan un importante malestar: que le llamen por teléfono, que esté chateando, que no le coja el teléfono, que salga con amigos, que vea una película pornográfica, que mire a una chica, que hable con compañeras de trabajo, que vaya al gimnasio, etc. Ante esta ingente cantidad de situaciones, A. opta por escuchar la conversación que está teniendo por teléfono, mirarle el móvil, interrogarle sobre qué hace en ese momento o qué va a hacer, generar una fuerte discusión, etc.

Las consecuencias inmediatas de este comportamiento suponen generalmente que D. no hace aquello que iba a hacer (ej. Salir con amigos), o trata de no repetir el comportamiento que ha molestado a A. (ej. Hablar con una compañera por teléfono).

La relación se ha ido deteriorando progresivamente, a la par que D. iba limitando su vida, y los aspectos que generan malestar en A. han ido generalizándose, de modo que “me encuentro fatal ante cualquier detalle”.

Acude a consulta tras una primera ruptura y posterior reconciliación, y el deseo de no perder esta relación debido a la dinámica que han adquirido.

De manera simplificada, el análisis funcional muestra que la condición estimular caracterizada por la incertidumbre (no saber qué está haciendo D., qué piensa, etc.) posee una función aversiva adquirida por condicionamiento respondiente, ya que en su historia personal esas condiciones estimulares (no saber qué hace su pareja) han sido asociadas de forma sistemática a mentiras e infidelidades. Esta condición estimular con función aversiva actúa de estímulo discriminativo para operantes con función de comprobación (mirar el móvil, preguntarle,...) y de control (discutir o prohibirle algo). Estas operantes han sido obviamente reforzadas en las sucesivas interacciones con D., ya que la consecuencia inmediata natural de las conductas con función de comprobación es la obtención de información tranquilizadora, lo que supone un alivio a corto plazo. Ni que decir tiene la presencia de poderosas contingen-

cias de refuerzo que suponen las conductas con función de control, puesto que éstas se ven acompañadas de un control efectivo de la conducta de D.

A largo plazo las conductas descritas de A., implican una mayor necesidad de seguir controlando y comprobando. Técnicamente, la condición estimular que las probabiliza no pierde su función aversiva (no se descondiciona) puesto que A. no se expone a estas circunstancias (la incertidumbre sobre la conducta de D.) de forma prolongada permitiendo la reducción de la activación, sino que evita esta condición estimular por medio de las operantes de control y comprobación, que son sistemáticamente reforzadas.

De acuerdo a este panorama, se planteo como objetivo principal el bloquear esas conductas de comprobación y control que estaban resultando contraproducentes y producían lo que Fierro denominara un ciclo cerrado de acción (4). Según este análisis funcional, estas conductas eran el elemento nuclear de la problemática, puesto que propiciaban el deterioro de la relación e impedían que A. se habituara a la incertidumbre de no saber lo que hace su pareja en todo momento. Si con la intervención se conseguía bloquear las conductas señaladas, el no saber qué hace D. acabaría perdiendo su función aversiva (se descondicionaría) al no verse asociado a infidelidades.

Por tanto, en contra del sentido común y de la propia lógica que trajo a la paciente a consulta, había que dejar de comprobar y controlar para acabar no siendo “celosa”, en lugar de intentar acabar con los celos primero para no comprobar ni controlar después, que era lo que en última instancia producía el distanciamiento y el deterioro en la relación.

Para lograr este objetivo, fueron necesarias principalmente dos intervenciones:

- 1- Lograr que A. tolerara el malestar que le producía el no comprobar ni controlar, para lo que se pusieron en marcha estrategias propias de la Terapia de Aceptación y Compromiso (5).

- 2- Trabajar con D. para que no reforzara las conductas de comprobación y control que pudieran producirse. En concreto que no diera un exceso de información a A. para tranquilizarla, que no dejara de salir con sus amigos, que no le enseñara su móvil... Es decir, que dejara de ser una prioridad en su vida el tranquilizarla.

Con respecto a la aplicación de estrategias enmarcadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso, remarcar que no se trata de una aplicación estandarizada de técnicas psicológicas (aunque no faltan manuales). Sin embargo, la investigación clínica y aplicada desarrollada en las últimas dos décadas en este ámbito, ha mostrado que determinados procedimientos permiten alterar las relaciones funcionales problemáticas señaladas de una forma más eficiente, mientras que otro tipo de procedimientos se muestran claramente inefectivos para tal fin. Por ejemplo, los

procedimientos instruccionales y psicoeducativos tienen una baja probabilidad de alterar el patrón evitativo.

En concreto, y volviendo al caso que se describe, la terapia se desarrolló en un contexto terapéutico en el que la *relación* terapéutica, más allá de ser un mero excipiente de la terapia (el medio para poder aplicar las técnicas), se convierte en sí misma en contenido de la propia terapia, de modo que sea una verdadera *relación terapéutica* (6). De este modo, se utilizaron las interacciones verbales que se tenían con A. en las propias sesiones, como contexto en el que aplicar contingencias de reforzamiento naturales destinadas a reforzar conductas adecuadas de A. en sesión, extinguir las conductas clínicamente significativas (de comprobación y control) y ayudarla a discriminar las contingencias que están en juego y las conductas que le pueden ser más útiles para tener la relación que demandaba. Por ejemplo, ante conductas de A. con función de comprobación en la propia sesión (A.: “seguramente no me esté engañando, son ideas mías...”), el terapeuta, en lugar de reforzarlas (T: “Claro que no, está en tu cabeza”), no refuerza (T: “No lo sé...”) y le ayuda a discriminar entre operantes más funcionales y las contraproducentes (T: “...pero si le miras el móvil, por tu experiencia, qué ocurre después...”). Así mismo, se utilizaron múltiples ejemplos, metáforas y ejercicios experienciales en sesión con la finalidad de que aprendiera a dejar la sensación de celos ahí, y actuara de la manera que la experiencia le había mostrado que era más útil para llevar la vida que querría.

Resultados

Tras 26 sesiones repartidas en 9 meses de intervención psicológica (al principio citas semanales, posteriormente más espaciadas en el tiempo) se consideró de forma conjunta con A. y su pareja que los objetivos habían sido conseguidos, procediéndose a dar el alta.

La paciente ya no realizaba comprobaciones ni trataba de controlar a D., habiendo mejorado de forma significativa la relación de pareja. A. refiere que tras el tratamiento “soy más comprensiva”, “ahora no tengo miedo al engaño, se ha desvanecido”, “nunca he tenido en una relación de pareja tanta tranquilidad”. Incluso resalta que “ahora soy más tolerante con mis padres”.

Pese a los avances, en determinadas situaciones “me sube la sensación, pero no hago nada, es como si me viera desde fuera y disminuye mucho la intensidad”. Es decir, la sensación de celos se redujo en intensidad y frecuencia, y en ningún caso era actuada, por lo que no producía impacto alguno en la relación.

Estos resultados se mantienen tras 8 meses de seguimiento.

Conclusiones

Esta breve exposición pretende mostrar tres aspectos propios de la práctica clínica desde una perspectiva conductual:

1- El análisis funcional es el elemento ineludible sobre el que pivotan los objetivos y las estrategias de intervención. Es el proceso que permite captar la naturaleza idiosincrásica de los trastornos psicológicos, concebidos desde una epistemología y ontología conductual. Si se permite el símil, la intervención psicológica deben ser trajes a medida, no prêt a porter.

2- Tal y como ha captado la Terapia de Aceptación y Compromiso, en muchas ocasiones la salida a un conflicto psicológico como el presentado no pasa directamente por intervenir sobre el síntoma (“el sentimiento de celos”), sino que pasa por modificar como se relaciona el sujeto con el síntoma (en este caso comprobando y controlando).

3- Al modificar un patrón funcional, una forma de relacionarse del sujeto con su entorno, y no una conducta concreta, los beneficios de la intervención se transfieren a ámbitos distintos a los directamente entrenados (una suerte de generalización positiva). En nuestro caso la paciente vio avances en el contexto familiar.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) HAYES, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- (2) FUENTES ORTEGA, J.B., QUIROGA ROMERO, E. (2004). Los dos principios irrenunciables del análisis funcional de la conducta y del conductismo radical. *Psicothema*, 16 (4), 555-562.
- (3) PÉREZ ÁLVAREZ, M. (2003). Las cuatro causas de los trastornos psicológicos. Editorial Universitas, S.A.
- (4) FIERRO, A. (1988). El modelo de ciclos de acción en psicopatología y en intervención terapéutica. En A. Fierro (ed.), *Psicología clínica* (pp. 19-68). Madrid: Pirámide.
- (5) WILSON, K.G., LUCIANO, C. (2002). Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.
- (6) KOHLENBERG, R.J., TSAI, M. (2008). Psicoterapia Analítico Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. Ciencia Biomédica.