



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**Vicerrectorado de  
INVESTIGACIÓN**

## **Facultad de Psicología**

### **TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL EN UNA MUJER ADULTA CON CELOS EXCESIVOS**

Trabajo Académico para Optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en  
Terapia Cognitiva Conductual

**AUTORA:**

SUICA RAMOS, MARUJA

**ASESOR:**

TACSA PAMPAS, PABLO

**JURADO:**

INGA ARANDA, JULIO

CASTILLO GÓMEZ, GORQUI BALDOMERO

ALVAREZ MACHUCA, MILITZA

**Lima-Perú**

**2020**

## **Dedicatoria**

Este trabajo lo dedico a mis padres,  
Rubén y Maruja por el apoyo  
incondicional en todo  
momento.

## **Agradecimiento**

Mi eterno reconocimiento a mis docentes por la paciencia, profesionalismo y experticia para la preparación en este caso clínico, contribuyendo a mi desarrollo personal y profesional.

Jamás olvidaré a mi entorno familia que fueron un apoyo incondicional en este nuevo proyecto que decidí construir y forma parte de mi autorrealización.

El apoyo de mis compañeros de estudio será invaluable, siempre nos estuvimos estimulando para terminar lo que iniciamos.

## Índice

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Indice de Tablas	vi
Indice de Figuras	vi
Resumen	vii
Abstrac	ix
I. Introducción	10
1.1 Descripción del problema	12
1.2 Antecedentes	12
1.2.1 Estudios Nacionales	12
1.2.2 Estudios Internacionales	13
1.2.3 Bases teóricas científicas	15
1.2.4 Estrategias a emplear	24
1.3 Objetivos	24
1.3.1 Objetivo General	24
1.3.2 Objetivos Específicos	24
1.4 Justificación	25
1.5 Impacto esperados del trabajo académico	25
II. Metodología	26
2.1 Tipo de investigación	26
2.2 Evaluación Psicológica	26
2.3 Informe psicológico	32

III. Resultados	35
IV. Conclusiones	45
V. Recomendaciones	46
VI. Referencias	47
VII. Anexos	51

## Índice de tablas

No	pág.
1. Resultados del test de personalidad	33
2. Registro de pensamientos irracionales	35
3. Autorregistro en ABC	37
4. Pensamiento irracional	38
5. Pensamiento irracional	39
6. Pensamiento irracional	40
7. Pensamiento irracional	41

## Índice de figuras

<b>N°</b>		<b>Pág.</b>
1.	Registro de pensamientos irracionales	35
2.	Intensidad de los pensamientos	43

# **Terapia racional emotiva conductual en una mujer adulta con celos excesivos**

Maruja Suica Ramos

**Universidad Nacional federico Villarreal**

## **Resumen**

El presente estudio de caso tiene como objetivo disminuir los pensamientos irracionales en una mujer de 33 años, quien presenta celos excesivos hacia su esposo, a través de la intervención cognitivo conductual. Se realiza los registros de las conductas presentadas, auto registros y se emplea una intervención de tipo cognitivo, basada principalmente en la Reestructuración Cognitiva; y los instrumentos aplicados son la Escala de Personalidad de Eysenck, Escala de Autoestima de Barkdale y Registro de Opiniones de Albert Ellis. Se utiliza el diseño univariable multicondicional ABA. Los resultados muestran una mejora considerable con respecto a los pensamientos irracionales, favoreciendo la disminución de celos excesivos en términos de intensidad SUD (menor a 5), de esta manera al finalizar la fase de tratamiento se ratifica la eficacia de las técnicas empleadas para el caso de celos excesivos, pues estas se ejecutan a nivel cognitivo para reemplazar pensamientos inadecuados por pensamientos más flexibles y racionales.

*Palabras clave:* celos, reestructuración cognitiva, intervención cognitivo conductual

# **Rational emotive behavioral therapy in an adult woman with excessive jealousy**

Maruja Suica Ramos

**Universidad Nacional federico Villarreal**

## **Abstract**

The present case study aims to reduce irrational thoughts in a 33-year-old woman, who presents excessive jealousy towards her husband, through cognitive behavioral intervention. Records of the behaviors presented are made, self-records and a cognitive intervention is used, based mainly on Cognitive Restructuring; and the instruments applied are the Eysenck Personality Scale, Barkdale Self-Esteem Scale and Albert Ellis Opinion Registry. The ABA multiconditional univariate design is used. The results show a considerable improvement with respect to irrational thoughts, favoring the reduction of excessive jealousy in terms of SUD intensity (less than 5), in this way at the end of the treatment phase the efficacy is ratified of the techniques used in the case of excessive jealousy, since these are executed at a cognitive level to replace inappropriate thoughts with more flexible and rational thoughts.

*Keywords:* jealousy, cognitive restructuring, cognitive behavioral intervention

## I. Introducción

A partir de la adolescencia suceden ciertos cambios más pronunciados, tanto en lo emocional, cognitivo, social y físico. Uno de ellos es, por ejemplo, el aspecto romántico, donde surgen sus primeros romances amorosos, con el sexo opuesto o con el mismo (Alvarado, Salinas y Martínez, 2017). Sin embargo, en muchos casos, este momento puede ser predictor de agresiones familiares. Esto debido a que en esta etapa es donde también se desarrollan ciertas características como los celos, las agresiones, adicciones, entre otros (González, Echeburúa y Corral, 2008).

Así, en la actualidad, se presentan dos tipos de violencia en las relaciones amorosas, ya no solamente son físicas, sino que pueden presentarse a nivel psicológico. Muchas de las personas que realizan estas agresiones tienen ciertas características, como son el mantenerse con bajo rendimiento (tanto en el colegio como en el trabajo) .Además, todo ello conlleva a una relación o matrimonio infeliz (Pick, Leenen, Givaudan y Prado, 2010).

Velázquez (2011) menciona que las agresiones dentro de relaciones amorosas no solo son de hombre a mujer, sino que estas pueden ser al contrario también. De igual manera, la autora señala ciertas características que influyen en esta forma de actuar. El primero de estos es que desde la adolescencia se tiene la presión de buscar un empleo, pero cada vez se tiene mayor demanda y así mayor desempleo. Es por ello que llegan a presentarse mayores niveles de estrés o ansiedad, haciendo que las personas necesitan poder expresar su inconformidad, mayormente, en sus parejas.

Otra característica es la ausencia de apoyo/colaboración. Esto quiere decir que los adolescentes no tienen una persona cercana quien los apoye, por lo cual la pareja llega representar cierta necesidad. En otras palabras, se necesita de la pareja para poder sentirse feliz, pero esto llega a no ser saludable porque se desgasta la relación y empiezan las discusiones. Por

último, también hace mención a los celos. Esto se debe a que muchas de las personas mantienen el sueño de emigrar, lo cual hace que tengan que dejar a los seres más cercanos, por ejemplo, la pareja. De esta manera podría empezar la inseguridad en la relación o la falta de comunicación, haciendo que se produzcan cierto tipo de violencia.

Siguiendo la línea de lo antes mencionado, Valdez (2009) menciona que son los celos la principal actitud que debe ser estudiada. Esto debido a que se desarrolla en cualquier edad o contextos. En un primer momento el niño puede sentir ciertos celos por un regalo de un familiar, donde ello podría replicarse en el colegio o en el trabajo.

Así, el estudio de caso presenta una intervención cognitivo conductual. Esta intervención tiene un diseño ABA que incluye una evaluación de entrada, la intervención terapéutica y una evaluación de salida. El trabajo está dividido en 8 sesiones de tratamiento y una de seguimiento

## **1.1 Descripción del problema**

El presente trabajo trata de una mujer de 33 años de edad con celos constantes a su esposo piensa “seguro esta encamotado con alguna mujer”, siente cólera (8/10), desconfianza (9/10), así como temblor e las piernas y taquicardia, ante ello con voz alta le reclama y el lo niega. Esta situación se repite 4 veces por semana.

## **1.2 Antecedentes**

### **1.2.1 Estudios nacionales**

Boulangger et al. (2013) realizaron una investigación en la ciudad de Piura, Perú. Se buscó adaptar el inventario Multidimensional de Celos en jóvenes de 17 a 25 años, así como poder conocer los niveles que presentan. La muestra fue de 3500. La prueba cuenta con 39 ítems, distribuidos en 5 factores (emocional/dolor, enojo, egoísmo, confianza e intriga). En los resultados se evidenció que la prueba medía lo que se esperaba y los reactivos se agrupan con la dimensión correcta. Con respecto a los participantes, se muestra que presentan cierto nivel de celos, pero no llegan a ser extremos. Por lo cual, los autores señalan que en la adolescencia se encontrarán valores promedios de celos, pero que en la adultez es cuando estos pueden aumentar. Es por ello que exhorta realizar una investigación comparando tanto los celos en adolescentes como en adultos.

Blitchtein y Reyes (2012) no realizaron una investigación propiamente de los celos, pero este también fue medido porque se buscaba encontrar factores que estén asociados a la violencia física. La muestra era de 12 257 mujeres, entre solteras y casadas. Las participantes tenían entre 25 y 38 años de edad. Entonces, se realizó una prueba en donde las personas marcaban sobre si habían recibido alguna agresión o si ellas lo ejercían y ver su nivel de celos. Los autores mencionan que son los celos el principal causante de la violencia física. En la gran mayoría de participantes se evidenció que eran los hombres

quienes eran percibidos como celosos, mientras que las mujeres presentaban valores promedios. Sin embargo, en mujeres que habían recibido alguna violencia los puntajes de celos eran mayores que en quienes no habían recibido violencia.

García y Rodríguez (2009) realizaron una investigación en la ciudad de Trujillo. Aplicaron la prueba de Multidimensiones de Celos a estudiantes de psicología de una universidad. El objetivo del estudio era poder conocer si existe alguna diferencia en los celos según el sexo. Los autores mencionan que al ser estudiantes de psicología no se esperaba que existiera diferencia. Para el caso del primer factor Emocional/Dolor, socialmente es esperado que las mujeres lloren o expresen emociones negativas; sin embargo, tanto el nivel de hombres y mujeres llegan a ser parecidos. Esto quiere decir que no existen diferencias significativas, sino que ambos sienten incomodidad o malestar al sentirse engañados. Lo mismo ocurre con los factores Egoísmo/ Posesión, Desconfianza e Intriga, no encontrándose diferencias significativas. Pero esto no sucede en Enojo, ya que evidenció que existía diferencia significativa entre los hombres y mujeres de 21 y 25 años de edad. Es por ello que los autores señalan que en estas edades existe un mayor desarrollo de los celos por parte de algunos.

### **1.2.2 Estudios internacionales**

Con respecto a investigaciones previas, Martínez (2013) realizó un estudio en Colombia, en el cual buscaban medir con una escala los celos en alumnos, para también conocer sus pensamientos con respecto a la infidelidad y la depresión. Se tuvo una muestra de 150 alumnos de una universidad de Colombia. Para los resultados, los autores evidenciaron que la muestra se percibe como personas con celos leves. Además, los investigadores se encontraron sorprendidos porque no evidenciaron algún caso extremo, lo que quiere decir que no existiría alguien con un nivel alto de celos. Por otro lado, con respecto a las personas

que habían sido infiel, estos tienen mayores niveles de celos que las personas que no lo han sido. Esto puede deberse a que mantienen cierta desconfianza de su pareja porque perciben al otro como si fuera capaz de realizar lo que ellos hicieron. Es por ello que se concluye que mientras más infidelidad se presenten en la vida de un individuo, este tendrá mayores celos hacia su pareja.

Mota et al. (2016) construyeron un inventario multidimensional sobre los celos. El nombre de esta prueba era Inventario Multidimensional de Celos Románticos. Para poder realizar ello se tuvo una muestra de 300 personas. Estos fueron hombres y mujeres de una universidad de México. Las edades se encontraban entre los 18 y 26 años de edad; además que todos se encontraban en una relación amorosa. La prueba cuenta con 30 enunciados, los cuales se encuentran entorno a cinco características. El primero de estos es sobre escala definidora de los celos (medir su nivel de celos); segundo, las circunstancias desencadenantes de Celos Románticos (ciertos eventos que hacen que se desencadenen los celos); tercero, escala afectiva (qué emociones sienten al momento de tener celos de su pareja); cuarto, escala cognitiva (qué pensamientos son los más frecuentes cuando se encuentran en dicho momento); finalmente, escala conductual (qué tipo de reacción tienen). Con respecto a los resultados, los investigadores evidencian que la prueba mide lo que deseaban y que se alinea con cada subdimensión. Por otro lado, se corrobora la hipótesis de los investigadores; esto quiere decir que las personas con respuestas afectivas a sus parejas presentan pensamientos negativos (todas alrededor de la culpa o la tristeza), los cuales son visibles en comportamientos para retener a la persona.

Martínez et al. (2016) realizaron una investigación sobre el efecto de una intervención cognitivo conductual para poder controlar los celos en una relación amorosa. Este estudio se realizó en Colombia. La muestra eran seis mujeres, quienes tenían entre 18

y 28 años de edad. Todas mantenían una relación amorosa mayor a 48 meses. No tenían hijos y eran heterosexuales. Dentro de las características de la muestra, estas revisaban el celular de su pareja sin consentimiento, usualmente llamaban 10 veces al día y mantenían discusiones frecuentes. Se tuvieron siete sesiones, cada una de dos horas en las que se buscaba que las personas reflexionen sobre su conducta. Los ejes de las conversaciones eran sobre Psicoeducación Autocontrol, Regulación Emocional, Reestructuración, Terapia de Pareja, Comunicación, Prevención de recaídas y Prevención en Autocontrol. Los autores evidenciaron que la técnica tuvo resultados satisfactorios porque las participantes ya no presentaban comportamientos celotípicos. De esta manera es que se exhorta a seguir este tipo de investigaciones porque permite que los pacientes puedan reflexionar sobre su comportamiento.

### **1.2.3 Bases teóricas científicas**

**Celos.-** Actualmente los celos un término muy común en nuestro medio causante de mucho problema, muchos de ellos llegando al suicidio. Asimismo, considerado un problema social. La cultura cumple un papel muy importante en la aparición y desarrollo de los celos en las personas.

Echeburúa (2001, citado en Cuesta, 2006) define a los celos como esa emoción o sentimiento producto de un deseo exagerado de poseer algo de manera exclusiva, teniendo como idea la infidelidad real o imaginaria de la pareja.

A lo largo de nuestra vida estamos en constantes relaciones interpersonales en lo familiar, laboral, social, educativo y afectivo. Observando que en el área afectiva se presentan temores, desconfianza despertando ciertos celos en las diversas relaciones que experimenta el ser humano.

Por otro lado, conforme van avanzando la edad vivimos diferentes etapas una de ellas la etapa del enamoramiento seguido del noviazgo en donde las personas se compenetran uno del otro en algunas oportunidades sintiéndose dueños del otro. Estas malas interpretaciones de la persona confunden ya que sienten que esa persona amada es de su propiedad y cuando la pareja sigue relacionándose en su vivir diario con diferentes personas sobre todo del sexo opuesto crea en la pareja los celos.

**Definición operacional de celos.-** Sentimiento de temor hacia la pérdida de amor y atención de la pareja

**Intervención Cognitivo Conductual.-** La terapia cognitivo conductual tuvo sus inicios dentro de los trastornos afectivos, pero obtuvo resultados positivos. Es por ello que se generaron diversos estudios sobre ello, haciendo que se vuelva el más utilizado (Beck, 1952). Muñoz y Ruiz (2007) señalan que el objetivo de este tipo de intervención es lograr que la persona modifique o disminuya ciertos comportamientos o pensamientos que no le permiten realizar su vida normal diariamente.

Como mencionan Camilí y Rodríguez (2008), dentro de la intervención Cognitivo-Conductual, el paciente es el principal agente de cambio. Esto quiere decir que la responsabilidad no es del terapeuta, ya que este solo es un facilitador. Además, es la persona quien se encarga de poder generar ciertas reflexiones y opciones para que pueda mejorar. Es por ello que Morán (2006) menciona que lo Cognitivo-Conductual es lo más usado porque tiene muchas ventajas y llega a tener resultados visibles.

Siguiendo la línea de lo antes mencionado, Plaud (2001) indica que la psicología es la responsable de este tipo de terapia porque son los aspectos clínicos los que permitieron su origen. Además, contaría con diversos principios y procedimientos antes cualquier inconveniente que pueda presentar algún paciente. Pero que este fue un cambio que se tuvo

que hacer por lo Cognitivo-Conductual solo consideraba a los condicionamientos; mientras que ahora abarca a lo racional y emocional.

Por otro lado, Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) señalan que existen 4 características principales de la Teoría Cognitivo-Conductual. El primero de estos es que se puede observar los resultados o los cambios. Esto debido a que se basan en el comportamiento para poder señalar si existió una mejora con la técnica realizada. Una siguiente característica es que presenta diferente metodología. En otras palabras, no presenta solo una forma para poder modificar el comportamiento, sino que existen diferentes técnicas. La tercera característica es la habilidad educadora que presenta. La persona llega a interiorizar todo lo que se desarrolla, haciendo que la terapia no solo quede en un determinado momento, sino que este es aprendido por la persona para que lo pueda realizar en diferentes contextos. Finalmente, se encuentra la característica de autoevaluación. Esto último se debe a que son Conductistas, haciendo referencia a que al finalizar la terapia se deben observar los resultados.

**Terapia Racional Emotiva conductual.-** Desarrollada por Ellis, conocida por sus siglas TREC, propone una explicación biológica, psicológica y social de la conducta y emociones humanas, partiendo de la premisa de que casi todas las emociones y conductas humanas son el resultado de lo que las personas piensan, asumen o creen. Este modelo terapéutico se presenta de manera didáctica donde incluye las siguientes fases: presentación al individuo de la filosofía de la terapia racional emotiva conductual, identificación de los pensamientos irracionales y la discusión o debate de las mismas.

Albert Ellis elaboró la terapia Racional Emotiva. Este se sostenía que la persona recibía mucha influencia en sus comportamientos, si se llega a reflexionar sobre ellos. Es así que le genera relevancia lo racional; sin embargo, evidenció que este no puede ser

analizado sin el aspecto emocional de las personas. De esta forma, considera que las intervenciones deben llevar un lado racional y emotiva (Navas, 1981).

Siguiendo la línea de lo antes mencionado, las emociones y los pensamientos mantienen una relación en el comportamiento de la persona. Sin embargo, en algunos casos, el individuo hace que uno de ellos se desarrolle más, pero lo ideal es que se encuentren en equilibrio (Ellis, 1977).

Por otro lado, se hacen algunos supuestos sobre este tipo de terapia. El primero de estos es que el pensar y sentir, los cuales guardan relación, pero no significa que sean iguales. La diferencia se encuentra en que el primero de estos dos, no se encuentra dirigido a la conducta, sino que es más un pensamiento; mientras que la emoción, sí, está ligada al comportamiento porque es a partir de allí en donde se genera. Para el segundo supuesto, tanto el pensamiento como la emoción llegan a formar una relación, el cual es causa y efecto. Sin embargo, en muchos casos, llegan a tomar el lugar del otro. En otras palabras, el pensar puede llegar a ser el sentir y al revés (Navas, 1981).

Entonces, Ellis (1977) evidenció que esta técnica permite que los pacientes puedan desafiarse y así combatir constantemente sus pensamientos irracionales. Esto permite que reflexionen y se puedan generar ciertos actos para poder contrarrestarlos. Adler (1927) también destaca la importancia de esta intervención porque evidenció que en sus pacientes con sentimientos de inferioridad se generaban mayores valores, propósitos y metas. Se menciona que al usar este tipo de técnica se genera una enseñanza directa entre el paciente y los pensamientos o comportamientos, haciendo que este mismo sea el agente de cambio.

Bandura (1977) menciona que en este tipo de terapia la persona pone énfasis en su capacidad de poder soñar y también decidir cómo quiere afrontar sus dificultades. No obstante, esto no significa que se aleja de la realidad, sino que más bien piensa en las

situaciones o eventos que pueden suceder; así como ciertas características biológicas y sociales que se pueden presentar.

**Audioterapia.-** Con respecto a otra estrategia de intervención, la audioterapia es una técnica alternativa que se usa frecuentemente como medicina alternativa (World Health Organization, 2013). Dicha técnica involucra el uso de sonidos para la mejora física, social, comunicativa, emocional e intelectual en distintas áreas, como el médico hasta el educativo. Además, que se puede aplicar en grupos, familia y demás; pero siempre manteniendo el objetivo que el individuo consiga su bienestar (Kern, 2011).

Mofredj, Alaya, Tassaioust, Bahloul y Mrabet (2016) señalan que esta terapia se centra en poder satisfacer en un plano fisiológico, psicológico y emocional a la persona. Conrad (2010) respalda lo antes mencionado y señala que esta no debe ser considerada como una terapia moderna porque fue utilizada desde hace mucho. El autor ejemplifica ello con el caso de Platón, quien utilizaba la música para poder enseñar y le otorgaba valor para el aprendizaje.

Sin embargo, actualmente, se realizan mayores investigaciones sobre el tema, dando lugar a mayores audio terapias. Esto debido a que se destaca su importancia para generar bienestar a la persona, tanto en lo físico como en lo emocional (Conrad, 2010). Esto puede ser corroborado en las diversas investigaciones que se tienen sobre el tema (Hogan y Silverman, 2015; Wang, Dong y Li, 2014; Kongsawatvorakul et al., 2016).

**Autoregistro.-** Otra de las técnicas es la de auto registro. Esta quiere decir que la propia persona se encarga de contabilizar sus comportamientos. De esta manera se reduce la posibilidad de olvidar ciertas conductas y se puede realizar un análisis longitudinal (Rivero, Tan y Rojas, 2018).

En esta técnica se pueden tener diferentes hojas de registro, pero es Álvarez del Villar (1983) quien elabora un “diario de entrenamiento” o también llamado “carnet de entrenamiento”. En este se debe anotar todos lo relevante o significativo para la persona, ya que esto permite que se pueda ver el funcionamiento de la terapia, su desarrollo y las futuras consecuencias que puede tener. Además, también se dice que funciona como un reflejo de todos los refuerzos o castigos que ha tenido el paciente.

En el “diario de entrenamiento” deben ir todo aquello que se ha planeado junto con el terapeuta, pero desde la auto-observación del paciente. Uno de los primeros aspectos que deben ir escritos son ciertas reacciones fisiológicas. Esto quiere decir cómo es que reacciona el organismo ante cualquier evento y cómo este se desarrolla durante el entrenamiento, por ejemplo, presión cardíaca. Otro de los puntos que se debe anotar es el esfuerzo que está realizando la persona para poder disminuir ciertas conductas o pensamientos irracionales; estas irán acorde a la intensidad, duración y entre otros. Por último, se deben anotar todo lo relacionado al comportamiento esperado, factores que lo favorecen, beneficios y entre otros (Matveev, 1983).

Rivero, Tan y Rojas (2018) señalan que existen ciertas ventajas del autorregistro. El primero de estos es que el terapeuta podrá conocer ciertos comportamientos que se dan de manera diaria, lo cual permite que el entrenamiento sea más detallado. Otro de los aspectos beneficioso es que no se le satura al paciente con conversaciones o entrenamiento diario. Esto debido a que ya se tiene un seguimiento detallado y cercano de ciertas conductas. Tercero, el autorregistro permite que el paciente mantenga un control propio. Al anotar los comportamientos puede generar reflexión sobre lo que está haciendo y así reflexionar sobre sus actividades. Por último, el paciente será el propio agente de cambio y será percibido así,

ya que es el mismo quien se genera un control. Es por ello que se sentirá como el protagonista de la terapia.

**Relajación.-** Smith (1993) menciona que la técnica de Relajación es una herramienta necesaria poder nivelar la ansiedad, el estrés, la depresión y entre otros. Su efectividad llega a ser visible tanto en aspectos físicos como en psicológicos. Además, el autor menciona que la no presencia de relajación quiere decir que existe estrés o ansiedad en la persona. Sin embargo, es Amutio (1998) quien reafirma lo mencionado, pero señala que la relajación se da de manera multidimensional porque no solo un momento o situación puede generar relajación en la persona.

Benson (1975) menciona que la técnica de relajación funciona ante eventos que generan estrés o ansiedad en la persona. Dentro de la relajación se busca que el individuo pueda disminuir su actividad fisiológica, la cual puede encontrarse elevada. El autor señala que se deben aplicar una serie de técnicas de relajación para que se puedan relajar los músculos. Esto hace que el individuo permanezca más tranquilo.

Smith (1999) elaboró su teoría “Attentional Behavioral Cognitive”. Dentro de ella menciona que la relación es principalmente un acto en el cual la persona se concentra para poder generar estímulos que le dan pasividad o tranquilidad. Se busca que los estímulos que generan malestar se reduzcan. El autor realiza una investigación con 1964 personas, evidenciando que se pueden aplicar diferentes tipos de relajación. Las principales son la respiración, el masaje, la meditación, el orar y entre otros.

Además, Smith (1999) también menciona que existen cuatro estados durante la relajación. El primero de estos es el “Adormecimiento”. Este quiere decir que existe cierto adormecimiento; en otras palabras, la persona puede llegar a sentir somnoliento. El segundo es la “Desconexión”. El individuo debe percibirse como lejano al momento en el que se

encuentra (alejado o distante a la realidad). Tercero, la “Relajación Física” es principal dentro de la relajación porque permite que se sienta cierta calidez, flacidez o pesado durante las técnicas de relajación. Finalmente se encuentra el estado de “Relajación Mental”. Este quiere decir que la persona ya llegue a sentir tranquilidad o paz en donde se encuentra porque se ha podido desconectar, relajar su cuerpo y mantener su pensamiento libre.

**Técnicas de Distracción.-** La técnica de distracción es un condicionamiento entre los reforzadores y contingencias. En otras palabras, esta intervención significa que el paciente pueda distraerse con ciertos estímulos como la música, por ejemplo, para que pueda interiorizar ciertos comportamientos socialmente esperados (Muñoz, Álvarez y Cárdenas, 1998).

Ingersoll (1984) realiza una investigación utilizando la técnica en mención, demostrando su eficacia. El autor utilizó como estímulos distractores material auditivo y audiovisual, haciendo que los pacientes puedan lograr un comportamiento más social, dejando de lado ciertos pensamientos disruptivos. Sin embargo, también se menciona que el factor auditivo genera mejores resultados que los audiovisuales.

Por otro lado, Lenis (1996) también realiza un estudio para poder corroborar la eficacia de la distracción. Su muestra fueron 30 niños que tenían entre 4 y 6 años de edad. Todos ellos mantenían ciertos comportamientos disruptivos. El autor menciona que contó la limitación de no tener un grupo control para poder comparar los resultados; sin embargo, se evidenciaron que en los pacientes sí existen cambios, los cuales van acordes a la anterior investigación mencionada, el individuo genera mayores comportamientos sociables y así poder mejorar en sus niveles de ansiedad o depresión.

Alarco, Casas, Reyes y Ramírez (2017) realiza una investigación en donde utiliza la distracción para que las personas no se concentren en ciertos temores que tienen hacia los

odontólogos. Por ello, plantearon una distracción audiovisual, el cual era un lente de realidad virtual. Evidenció que las personas que no tenían algún distractor desarrollaban cierto nivel de ansiedad; mientras que caso contrario sucede en quienes se les aplicó el distractor. Los participantes bajaron sus niveles de ansiedad, haciendo que el odontólogo pueda realizar un mejor trabajo. Es por ello que los autores señalan la importancia que tiene este tipo de intervención.

**Biblioterapia.-** Con respecto a la Biblioterapia, esta proviene de dos palabras griegas, las cuales son *Biblion*, que significa libros y *Therapeia*, tratamiento. En otras palabras, esta intervención mantiene como el objetivo la lectura para poder generar cierta reflexión o análisis en el paciente, siendo mayormente utilizado en las terapias sobre ansiedad (Morandi, 2008).

Caldin (2001) lo define como la relación que tiene el lector con la lectura, en donde genera cierta imaginación, emociones e interacción para que estas puedan darse de forma consciente. Pinto (2005) señala que no es propiamente una intervención psicológica porque no existe relación entre paciente y terapeuta, sino que este solo es a nivel de libro-persona.

Cabe mencionar que la Biblioterapia no se basa en una experiencia, sino que son múltiples porque cada individuo genera el suyo (Ferreira, 2003). Como menciona el autor, la lectura genera cierto placer para el lector, haciendo que pueda dejar ciertas falencias que presente. Además, apoya en la creatividad o imaginación que tiene la persona y así poder desarrollar ciertos comportamientos que le permitan desarrollarse. Es así que Frankl (1995) señala que el objetivo de la biblioterapia es poder hacer que el individuo se sienta capaz de poder enfrentar diferentes situaciones, ya que este sería un deseo de él.

Morandi (2008) señala que existen dos tipos de Biblioterapia. El primero de estos es Biblioterapia Clínica. Este quiere decir que el paciente cuenta con alguna enfermedad,

patología o entre otros. Aquí se puede evidenciar la participación de un psiquiatra o psicólogo, dependiendo de la intensidad del problema. El segundo es la Biblioterapia de Prevención. Aquí la persona no mantiene problemas, pero busca desarrollarse y por eso se generan ciertas reflexiones. No existe un terapeuta específicamente, ya que solo se necesita un intermediario que pueda sugerir las lecturas.

#### **1.2.4 Estrategias a emplear**

La estrategia a emplear está circunscrito al diseño basado en la teoría de la TREC, elaborado por Albert Ellis.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Experimentar niveles menores de intensidad de celos en términos de SUD menor a 5, después de reestructurar sus pensamientos irracionales.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Disminuir el nivel de celos, por debajo de un SUD de 5, después de reestructurar el pensamiento “si se arregla mucho, es seguro para encontrarse con alguna mujer”, “seguro no tiene dinero porque ya se gastó con otra mujer”.
2. Disminuir el nivel de celos, por debajo de un SUD de 5, después de reestructurar el pensamiento “seguro ya se acostó con otra mujer”, “no valgo nada por eso el ya no me quiere”.
3. Disminuir el nivel de celos, por debajo de un SUD de 5, después de reestructurar el pensamiento “seguro me va dejar y se va ir con la otra”, “seguro esta encamotado con alguna mujer”.

4. Disminuir el nivel de celos, por debajo de un SUD de 5, después de reestructurar el pensamiento “seguro esta con otra pasándola bien”, “no me contesta seguro esta con otra”.

#### **1.4 Justificación**

Los celos excesivos en la actualidad es un problema social que enfrenta el país, especialmente, en las relaciones de pareja. Por ello, el propósito de este trabajo se centra en aportar material para lograr la estabilidad emocional en las personas que sufren de celos excesivos, ya que experimenta pensamientos negativos de manera constante, los cuales afectan su relación de pareja y bienestar psicológico.

Por tal razón, este estudio aportará investigación científica en el Perú para establecer programas de intervención más efectivos que contrarresten esta problemática.

#### **1.5 Impactos esperados del trabajo académico**

- Disminuir el nivel de celos por debajo de SUD de 5.
- Disminuir los pensamientos irracionales.
- Evitar las inasistencias al trabajo.
- Mejorar la relación con la pareja.

Esta intervención tendrá un basamento en la Teoría de Albert Ellis, la terapia racional emotiva conductual, la cual será aplicada a los pensamientos irracionales que constituyen los celos excesivos en una mujer adulta. La TREC procura el cambio de la emoción (celos), a través de la Razón. Por lo tanto la finalidad de la terapia será cambiar la forma de interpretar las situaciones para que la emoción de celos sea menos intensa y perjudicial.

## II. Metodología

**2.1 Tipo de investigación:** Aplicada (Kerlinger, 1975), diseño de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015).

Diseño univariable multicondicional AB con seguimiento.

### 2.2 Evaluación psicológica

#### Historia Psicológica

##### Datos de Filiación

- Nombres y Apellidos : Maria C. CH.
- Edad : 33 años
- Lugar y fecha de nac. : Lima 25 de abril de 1981
- Grado de instrucción : Secundaria completa
- Derivado por : Servicio de medicina
- Dirección : Jr., Manuel Gonzales Prada 261 los olivos
- Fecha de entrevista : 14 de junio de 2017
- Lugar de entrevista : centro de salud

##### Motivo de Consulta

El Paciente refiere “Me siento desesperada mi esposo me engaña no sé que hacer, siento que mi vida sin él no es lo mismo,” manifiesta que en las últimas semanas ha cambiado mucho en su actuar con ella . Asimismo él se muestra indiferente, callado, distraído con ella, cuando llega se va a descansar, no conversa, a veces está aburrido.

##### Problema Actual

**Presentación Actual del Problema.** María de 33 años, refiere que últimamente su esposo se muestra un poco indiferente, callado, distraído, pensativo, al respecto piensa “seguro está encamotado con alguna mujer”, ante esta situación siente cólera (8/10) desconfianza (9/10) y ansiedad (9/10) así como temblor en las piernas y taquicardia, ante ello ella con voz alta le reclama y él lo niega. Esta situación se repite cuatro veces en una semana.

En otra ocasión cuando María está sola en su cuarto piensa, “no valgo nada por eso él ya no me quiere”, por lo cual, siente ansiedad (8/10) preocupación (9/10) y celos (10/10), a la vez temblor en las piernas y taquicardia, empieza a buscar entre sus cosas a ver si encuentra algo, al no encontrar, decide ir a su trabajo a buscarlo para ver si lo encuentra infraganti. Esta conducta se presenta una vez a la semana.

Cuando María se encuentra en su trabajo, llama a su esposo y este no contesta el teléfono, reitera las llamadas hasta 4 veces y piensa, “seguro me va dejar y se va ir con otra”; sintiendo ansiedad (10/10) y preocupación (8/10), palpitaciones y sudoración a nivel palmar. Pide permiso para salir más temprano del trabajo e ir a buscarlo, cuando llega encuentra a su esposo trabajando, la explicación que le da él es, que no contesta el celular porque no puede contestar mientras maneja el moto taxi. Esta conducta se repite dos veces en una semana.

Cuando su esposo va en su día libre a trabajar porque dice que tiene que pagar cuentas fin de mes, ella falta a su trabajo para ir a controlar a su esposo, y cuando llega al trabajo de su esposo, ella lo llama pero él tiene el celular apagado, en ese momento piensa “no me contesta, seguro esta con otra”, frente a esta situación siente ansiedad (8/10) y celos (9/10), palpitaciones y temblor en las piernas, y cuando lo encuentra, le reclama en voz alta diciendo qué porque tiene el celular apagado, él responde que se le bajo la batería y efectivamente ella lo comprueba. Esta situación se repite dos veces por semana.

Cuando su esposo sale a jugar fútbol con sus amigos y se demora en llegar a casa, María lo llama insistentemente, pero él no contesta, en ese momento ella piensa “seguro esta con la otra pasándola bien”, experimentando celos (9/10) y ansiedad (9/10), acompañado de taquicardia, sudoración palmar y temblor en las piernas, luego cuando él llega a casa, ella no lo atiende y se encierra en su cuarto. Esta situación se da los fines de semana.

Cuando María ve a su esposo arreglándose para ir al trabajo, y lo ve echarse perfume y vestirse bien, piensa, “si se arregla mucho, es seguro para encontrarse con alguna mujer”, frente a ello siente ansiedad (9/10), celos (10/10) e ira (8/10), inmediatamente empieza a manifestar taquicardia y temblor en las piernas, por lo cual ella le advierte con voz firme para que se arregla tanto si solo va trabajar, él se enoja diciéndole “otra vez lo mismo” y se va disgustado. Esta situación se da tres veces durante una semana.

María le dice a su esposo para tener relaciones sexuales, pero él se niega y le contesta que se siente cansado, que le duele la cabeza y prefiere descansar, en ese momento ella piensa, “seguro ya se acostó con otra mujer”, por lo cual experimenta ansiedad (9/10) ira (9/10) e impotencia (9/10), seguidamente manifiesta dolor de cabeza, taquicardia y temblor en las piernas, frente a esta situación, ella decide no dormir con él y se va a dormir sola. Esta situación se repite una vez por semana aproximadamente.

Los fines de semana, María le dice a su esposo para salir de paseo, a lo cual él se niega diciendo que ahora no puede porque no tiene dinero y tiene que pagar cuentas en el banco, ante esto, ella piensa “seguro no tiene dinero porque ya se gastó con otra mujer”, en ese momento siente ira (10/10) y celos (10/10), acompañado de sudoración palmar, taquicardia y temblor en las piernas, por lo cual ella decide no cocinar, ni lavar, ni limpiar, se enoja y discute. Esta conducta se repite los fines de semana.

**Desarrollo cronológico del problema.** A los 5 años, había problemas entre sus padres, cada vez que su papá tomaba discutió con la madre. A los 7 años, en el colegio fastidiaba mucho a sus compañeros, no obedecía a sus profesores conversaba con sus compañeros de aula poco a poco logro adaptarse y mejorar conducta.

A los 10, años observaba como su mamá controlaba a su padre, lo llamaba constantemente, le hacía problema cuando llegaba tarde, sus padres discutían mucho. En el área

académica, su rendimiento bajo debido a que no entendía algunos cursos, sumado a esto su comportamiento no era el adecuado, llegaba tarde a estudiar, tenía queja de los profesores porque no cumplía las tareas, se distraía con frecuencia.

A los 13, años mejoró su rendimiento logrando un nivel promedio normal, se dedicó más a sus estudios, su aprendizaje y entendimiento mejoró. A los 15, años se desenvolvía mucho mejor no obstante se sentía mal cada vez que recordaba lo que vivió en su infancia, recordaba como su madre le reclamaba su padre, y su padre cuando estaba mareado pegaba a su madre, ella al ver esto se encerraba en su cuarto y se ponía a llorar.

A los 20, años quería estudiar pero no contaba con el apoyo de sus padres, quiso hacer una carrera, pero no lo pudo realizar, ante ello se puso a trabajar. A los 22, años María descubrió que su enamorado le había engañado con su mejor amiga por lo que ella experimentó tristeza, lloraba por las noches, perdió el apetito, dormía muchas horas y pensaba dos veces al día “no valgo nada por eso me engañó” y decidió terminar la relación.

A los 23, años María inicia otra relación con la que tenía problemas ya que su enamorado se mostraba indiferente con ella no la llamaba, no tenía tiempo para salir con ella, cada vez que había oportunidad de salir él ponía un pretexto para no salir con ella. Meses posteriores se enteró que su enamorado estaba con su compañera de su trabajo por lo cual María se decepciona y no quería saber nada de nadie se encerró en su cuarto, solo salía cuando tenía que comer e ir al baño, dejó de trabajar, se sentía muy mal emocionalmente.

A los 25, conoce a su actual esposo, ella con mucho temor inició la relación. Al darse cuenta que era diferente se va a convivir con él. Ella empieza la relación con mucho entusiasmo pone mucho de su parte, lo atiende, es servicial con su pareja, él por su parte se muestra amable, cariñoso y preocupado por ella, la relación estaba bien entre ellos.

A los 26, años empezó a tener problema con su esposo ya que ella recordaba lo que le había sucedido anteriormente con sus parejas y pensaba “en algún momento mi esposo me va engañar” ante esto ella empezó a controlar a su esposo, lo llamaba seguido, lo iba a buscar al trabajo, le interrogaba con frecuencia, esto le molestaba al esposo y él le decía que no sea así, que él no hace nada malo porque desconfía tanto del él. A los 32, años continúan sus problemas a pesar que no encuentra ninguna prueba de engaño ella lo sigue presionando, lo controla en todo momento y eso le molesta a su esposo.

### **Historia Personal**

**Desarrollo inicial.-** Embarazo no planificado, estado de ánimo de la madre era rechazo, tirsteza, temores no presento ninguna complicación, solo náuseas y vómitos durante los tres primeros meses, parto normal. El desarrollo psicomotor de la evaluada estuvo dentro de los parámetros normales, por otro lado en el desarrollo de lenguaje fue normal no necesito ningun tipo de terapia.

**Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia.-** María durante su infancia era una niña que cuando no obtenía lo que quería hacia sus rabietas asimismo conforme fue creciendo en su adolescencia era muy rebelde, no obedecía siempre quería tener la razón en todo.

**Actitudes de la familia frente al niño.-** La familia era muy rígida con maría la castigaban con la correa cuando se portaba mal, cuando no obedecía. Los padres no eran demostrativos afectivamente con María; frente a ella solían discutir, muchas veces llegando a la agresión física, ya que el padre pegaba a la madre cada vez que su madre lo celaba.

## **Educación**

María concluyo inicial no presento problemas de adaptación, aprendizaje, conducta y un rendimiento fue Promedio; asimismo concluyo la primaria pero presento problemas de aprendizaje referente a la atencion, cocncentracion, y conducta de estar levantandose a cada momento, conversa mucho con sus compañeros y un rendimiento bajo en los cursos de matemáticas. Concluyo la secundaria en la cual no presento problemas de adaptación, aprendizaje ni conducta y obtuvo un rendimiento promedio.

En el área académica María concluyo la educación inicial de manera adecuada; en nivel primaria llego a un nivel bajo; se distraía con mucha facilidad, no prestaba atención lo que explicaban los maestros ni entendía la clase ya en secundaria alcanzo un nivel promedio y no pudo continuar con sus estudios por falta de apoyo.

## **Historia Familiar**

Padre Ronald de 65 años, secundaria completa, obrero. Madre Dora de 62 año, primaria completa, ama de casa. Hermano Carlos de 30 años, secundaria completa, pintor. Esposo Jorge de 32 años, secundaria completa, mototaxista.

**Relaciones familiares.-** La relación entre los padres no es muy buena ya que discuten con frecuencia todos los fines de semanas sobre todo cuando él está mareado. Ahora lo mismo se repite con su hija María ya que discute con su esposo con frecuencia porque piensa que su esposo la va a engañar.

Relación de Maria con su padre es distante, lo ve eventualmente cuando va a visitar a su madre, no es cariñoso, hablan poco, cuando estoy en casa, él esta leyendo su periódico, se pone a regar sus plantas, a veces sale con sus amigos a tomar.

La relación de María con su madre es buena la considera como una amiga, la apoya en todo,

cuando yo no puedo ir a su casa ella me visita , en algunas oportunidades me apoya. La relación con su hermano es buena refiere que cuando se siente mal acude a él porque se siente comprendida por él.

La relación de María con su esposo no esta muy bien ya que ella piensa que la engaña, ella lo controla, lo llama con frecuencia, va a su traabajo a buscarlo. Producto de ello siempre discuten.

### **2.3 Informe psicológico**

#### **Datos de filiación**

- Apellidos y Nombres : Maria C.CH.
- Edad : 33 años
- Fecha de evaluación : Octubre2018
- Psicólogo : Maruja Suica
- Fecha del Informe : 25 de Octubre de 2018

#### **Motivo de evaluación**

Perfil psicológico

#### **Técnicas e instrumentos aplicados**

- La entrevista Psicológica
- Cuestionario de personalidad de Eysenck-Forma B
- Inventario de autoestima de Bardsdale
- Registro de Opiniones Forma A

Tabla 1  
*Resultados del test de personalidad*

<b>Dimensión</b>	<b>Puntaje directo</b>	<b>Puntaje percentilar</b>	<b>Diagnóstico</b>
Extraversión	7	80	Introversión
Neuroticismo	16	100	Neuroticismo
Psicoticismo	4	50	Tendencia al ajuste conductual
Mentiras	3	15	Prueba válida

### **Interpretación**

María, presenta características de personalidad introvertida, es decir, no se relaciona con su entorno social, evita estar en reuniones sociales, tanto familiares como amicales, su rutina transcurre entre su casa y su centro de trabajo, donde difícilmente participa socialmente en los eventos de su trabajo.

Desde el punto de vista emocional es sensible y vulnerable a los acontecimientos externos, tiende a experimentar ansiedad, decepción, impotencia y celos con facilidad, aun cuando no haya evidencias para ello, debido a que da rienda suelta a sus pensamientos irracionales, generándole mucha inseguridad.

Respecto a su autoestima, María se auto percibe como una persona incapaz de manejar adecuadamente problemas que se le puedan presentar, careciendo en ese momento de recursos personales de afrontamiento, percibiendo que sus propios talentos, capacidades y logros están disminuidos, y busca la aprobación de los demás.

Por otro lado, presenta, una actitud insegura respecto a su pareja, debido a que su pensamiento gira en torno a que su esposo le es infiel, experimentado por ello, celos, inseguridad y discusiones frecuentes, así como un excesivo control de su pareja,

generándole una sensación de que está viviendo su vida en función de su esposo y no la suya propia.

Presenta adecuado nivel de ajuste y adaptación a las reglas sociales, desenvolviéndose con límites e interacción con los demás con respeto, solidaridad y manteniendo su distancia adecuada.

### **Conclusiones**

1. Características de personalidad introvertida
2. Vulnerabilidad y sensibilidad emocional frente a acontecimientos externos.
3. Se ajusta a las reglas sociales y familiares
4. Bajo nivel de autoestima
5. La examinada presenta dos pensamientos irracionales “Yo debería recibir la aprobación de los demás”, “No puedo tolerar que las cosas o las personas sea diferentes a como yo espero que sean”

### **Recomendaciones**

1. Entrenamiento en competencias personales sociales
2. Seguir un Programa de manejo emocional de los celos
3. Mantenimiento de conductas sociales y familiares.
4. Programa de tratamiento para el incremento del nivel de autoestima
5. Aplicación de la TREC para reestructurar sus pensamientos irracionales que le generan emociones de ansiedad y celos.

### III. Resultados

#### Programa de intervención

#### Repertorio de entrada

Tabla 2

*Registro de pensamientos irracionales de celos: Intensidad (SUD)*

Pensamiento Irracional	SUD
a.- Celos debido al pensamiento de “seguro me va a dejar y se va a ir con la otra”.	9
b.- Celos debido al pensamiento de “seguro esta con la otra pasándola bien”.	10
c.- Celos debido al pensamiento de “si se arregla mucho, es seguro para encontrarse con alguna mujer”.	9
d.- Celos debido al pensamiento de “seguro ya se acostó con otra mujer”.	10
e.- Celos debido al pensamiento de “Seguro esta encamotado con alguna mujer”.	9
f.- Celos debido al pensamiento de “No me contesta seguro esta con otra”.	7
g.- Celos debido al pensamiento de “Seguro no tiene dinero porque ya se gastó con otra mujer”.	10
h.- Celos debido al pensamiento de “No valgo nada por eso él ya no me quiere”.	8

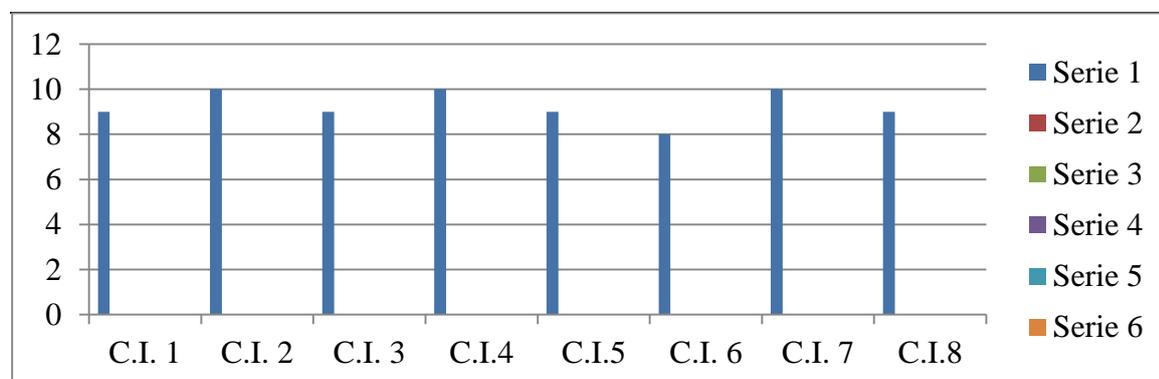


Figura 1. Registro de pensamientos irracionales según intensidad de SUD.

## **Procedimiento**

El procedimiento a seguir para alcanzar los cuatro objetivos específicos es el mismo para todos, es decir, se aplicará la TREC para lograr el cambio del pensamiento de tal manera que deje de producir altos niveles de respuestas emocionales de celos. Para ello se seguirán los siguientes pasos:

### **Seguimiento 1**

Se le explicará a la paciente que son los pensamientos irracionales de celos que la perturban, qué son las emociones y qué las produce (Técnica de Psicoeducación)

Se le explica a la paciente sobre el ABC

¿Qué es A?

Es el acontecimiento adverso, como un fracaso o el rechazo de alguien. Es la situación que se presenta y produce un pensamiento no acorde a la realidad. Por ejemplo: Cuando su esposo se muestra indiferente, callado, distraído, pensativo.

¿Qué es B?

Los pensamientos de la persona, es decir su filosofía o punto de vista sobre "A". Estos pensamientos pueden ser racionales o irracionales. Es las respuestas ante una situación no esperada a través de pensamientos, por ejemplo, ante la situación anterior piensa "seguro está encamotado con alguna mujer".

¿Qué es C?

Se refiere a las consecuencias que la persona genera como resultado de B, esta es una emoción como por ejemplo, según el caso anterior cólera (8), desconfianza (9) y ansiedad (9), así como también, conductas motoras como reclamarle en voz alta.

Tabla 3

*Autoregistro del ABC*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
Su esposo no contesta las llamadas	<p>Piensa:</p> <p>“seguro me va a dejar y se va a ir con la otra”.</p> <p>“seguro esta encamotado con alguna mujer”</p>	<p>Ansiedad (10/10) y preocupación (8/10)</p> <p>Le reclama en voz alta por no contesta el celular</p>

**Seguimiento 2**

Explicar a la paciente en que consiste el “D” y el “E” de la siguiente manera:

Explicar al paciente la D: es la fase del cuestionamiento del pensamiento (B), implica: Debatir, es decir, en poner en tela de juicio lo que piensa, se aplica por medio de preguntas retóricas de acuerdo al pensamiento que tenga el paciente.

Definir, es decir, apelar a la semántica para que el término sea entendido y utilizado de manera consensual.

Distinguir, significa, apelar a las consecuencias negativas o positivas que puede traer dichas creencia irracional o dicha conducta. Como, por ejemplo: ¿Qué es lo peor que te puede pasar si es cierto lo que estás pensando?

La (E) es la consecuencia de la D, implica los nuevos: pensamientos, emociones y conductas.

Se trabajará con autorregistros del ABCDE

Tabla 4

*Pensamiento irracional “seguro me va a dejar y se va a ir con la otra” y “seguro esta encamotado con alguna mujer”*

A	B	C	D	E
Su esposo no contesta las llamadas	<p>Piensa: “seguro me va a dejar y se va a ir con la otra”.</p> <p>“seguro esta encamotado con alguna mujer”</p>	<p>Ansiedad (10/10) y preocupación (8/10)</p> <p>Le reclama en voz alta por que no contesta el celular.</p>	<p><b>Debatir:</b></p> <p>¿Qué pruebas tienes para estar segura de que te va a dejar y se va a ir con otra?</p> <p>¿Tienes evidencia que está saliendo con otra mujer?</p> <p>¿Tú le has visto con otra mujer?</p> <p>¿Él te ha dicho que te va a dejar?</p> <p>¿Él te ha insinuado que se va a ir?</p> <p>¿En qué te basas para decir que se va a ir con otra?</p> <p>¿Lo que piensas es una suposición o una realidad?</p> <p><b>Distinguir:</b></p> <p>¿Qué es lo peor que puede pasar si se va con otra mujer?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yo no tengo pruebas de me va a dejar y se va a ir con otra.</li> <li>• Evita reclamar cuando no contesta el celular.</li> <li>• Ansiedad (5) preocupación (5)</li> </ul>

Tabla 5

*Pensamiento irracional “seguro esta con la otra pasándola bien”, “no me contesta seguro esta con otra”*

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<p>Llamar insistentemente a su esposo pero él no contesta</p>	<p>Piensa: “seguro esta con la otra pasándola bien”.</p> <p>“no me contesta seguro esta con otra”</p>	<p>Celos (9/10) y ansiedad (9/10).</p> <p>No atiende a su esposo y se encierra en su cuarto.</p>	<p><b>Debatir:</b></p> <p>¿Qué evidencias tienes para pensar que esta con otra mujer?</p> <p>¿Qué pruebas tienes que la está pasando bien?</p> <p>¿Tú has visto que la está pasando bien?</p> <p>¿Él se ha mostrado de manera indiferente contigo en los últimos días?</p> <p>¿Si lo ves feliz por haberlo pasado bien, significa necesariamente que ha estado con otra mujer?</p> <p>¿Es una suposición o una realidad lo que estás pensando?</p> <p><b>Distinguir:</b></p> <p>¿Qué es lo peor que puede pasar si estuviese con otra?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yo no tengo la certeza de que esta con la otra y la está pasando bien.</li> <li>• Atiende a su esposo y no se encierra en su cuarto.</li> <li>• celos (5/10) y ansiedad (5/10).</li> </ul>

Tabla 6

*Pensamiento irracional “si se arregla mucho, es seguro para encontrarse con alguna mujer”. “seguro no tiene dinero porque ya se gastó con otra mujer”*

A	B	C	D	E
<p>Cuando su esposo se arregla para ir al trabajo</p>	<p>Piensa: “si se arregla mucho, es seguro para encontrarse con alguna mujer”. “seguro no tiene dinero porque ya se gastó con otra mujer”</p>	<p>Ansiedad (9/10), celos (10/10) e ira (8/10). Advierte con voz firme que cuando lo llame conteste sus llamadas</p>	<p><b>Debatir:</b></p> <p>¿Quién no se arregla para salir?</p> <p>¿Tú te arreglas para salir?</p> <p>¿En alguna oportunidad lo has visto con otra mujer?</p> <p>¿Conoces a alguien que no se arregle para salir?</p> <p>¿Las personas se arreglan solo para encontrarse con otras mujeres?</p> <p>¿Antes tu esposo no se arreglaba para salir?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se arregla mucho no es necesariamente porque se va a encontrar con otra mujer.</li> <li>• No Advierte con voz firme que cuando lo llame conteste sus llamadas</li> <li>• ansiedad (5/10), celos (5/10) e ira (5/10).</li> </ul>

Tabla 7

*Pensamiento irracional “seguro ya se acostó con otra mujer”, “no valgo nada por eso el ya no me quiere”*

A	B	C	D	E
Su esposo se niega a tener relaciones sexuales porque dice que está cansado.	Piensa: “seguro ya se acostó con otra mujer”.  “no valgo nada por eso el ya no me quiere”	Ansiedad (9/10) ira (9/10) e impotencia (9/10)  Decide no dormir con él e irse a otro cuarto.	<b>Debatir:</b>  ¿Qué evidencias tienes para asegurar que se acostó con otra mujer?  ¿Todas las veces que la pareja pide, la otra persona está dispuesta?  ¿Algunas veces tú no has deseado tener sexo con tu pareja?  ¿y ha sido porque te acostaste con otro hombre?  ¿El ya no se acuesta contigo?	El que no tenga deseos, no significa que se haya acostado con otra mujer  Decide dormir con él y no ir a dormir sola.  Ansiedad (5/10) ira (5/10) e impotencia (5/10)

### Seguimiento 3

Adicionalmente se aplicó:

Autoregistro: se aplicó para poner en práctica lo aprendido en consulta, tarea para la casa fue que la paciente anote sus pensamientos irracionales e identifique la situación, emoción y la conducta que produce.

Biblioterapia, Audioterapia y Videoterapia donde se indicó a la paciente leer libros de autoayuda, escuchar audios o ver vídeos sobre terapia racional emotivo conductual, autoestima.

La repetición facilitará que cada vez te habitúes más a pensar y actuar en línea con ese pensamiento más racional, más adaptado y más realista.

#### **Seguimiento 4**

Se refuerza lo aprendido del ABCDE.

Se deja tareas domiciliarias de llenado de autoregistros de pensamientos irracionales.

#### **Seguimiento 5**

Se seguirá aplicando técnicas de Autorregistro de pensamientos irracionales a través del ABC. Asimismo, continuar con la audioterapia y videoterapia.

#### **Seguimiento 6**

Se revisa junto al paciente la hoja de autorregistro

Se le indica que practique la técnica del TREC cada vez que piense de manera negativa.

Se continua con la biblioterapia, se le indica a la paciente que siga leyendo libros de autoayuda para motivarlo a que este mejor.

#### **Seguimiento 7**

Estrategias de distracción

Se le dice al paciente que realice actividades como hacer deporte, pasear e ir a lugares que le guste, escuchar música, cantar, ver películas, hablar con sus amigos.

Se le explica que realizar esto le será muy beneficioso para enfocarse en sí misma, valorándose y hacerla sentir que es muy valiosa y merece sentirse bien en lo que hace.

Es importante decirle a la paciente que esto le ayudara para no poner atención en sus pensamientos irracionales que tiene y de esta manera lograr en ella que este más tranquila.

## Resultados de tratamiento

Después de 8 semanas iniciado el tratamiento, apreciamos los siguientes resultados

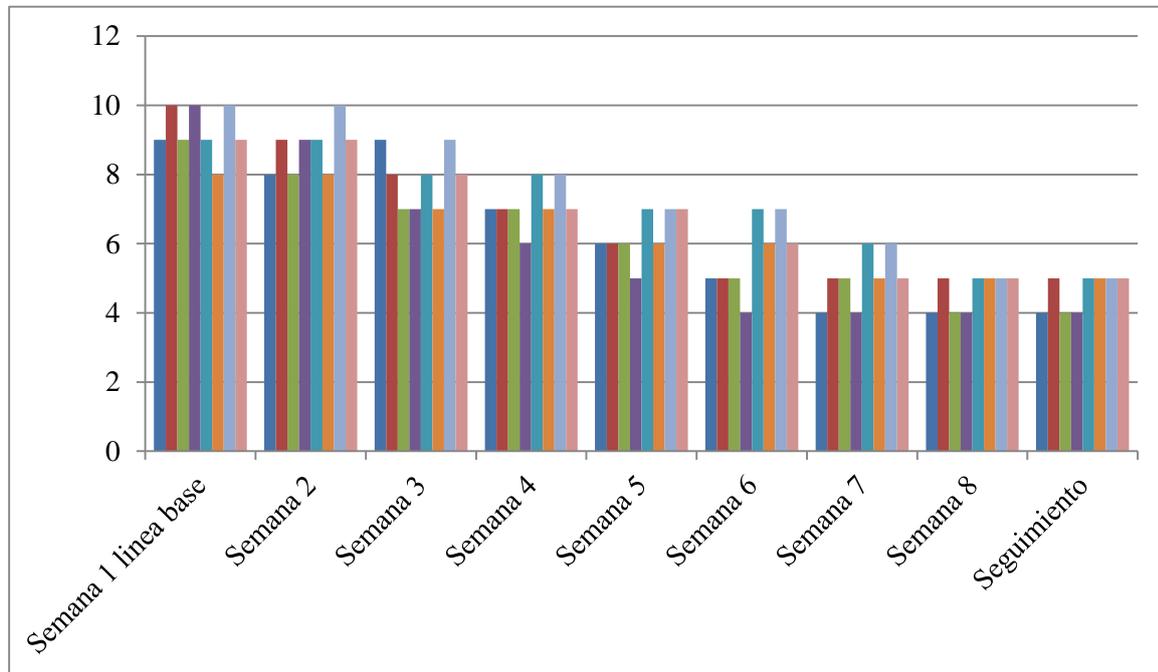


Figura 2. Intensidad en Sud de los pensamientos irracionales durante el tratamiento y seguimiento

Como se puede observa en la figura 2, la primera semana (línea base) puntajes altos de pensamientos irracionales generadoras de emociones de celos, que fueron descendiendo de semana en semana hasta llegar a un puntaje de SUD 5 y 4 en la semana 8 (línea de tratamiento de la 2da a la 8va semana). En el seguimiento, semana 12, también se mantiene un SUD entre 4 y 5.

## Discusión

El final de la presente intervención terapéutica basada en la TREC se observa que los pensamientos irracionales han disminuido en un SUD de 4 y 5. Esto coincide con los hallazgos de Martínez et al. (2016), quienes hicieron una investigación donde la muestra fue seis mujeres, quienes tenían entre 18 y 28 años de edad. Todas mantenían una relación amorosa mayor a 48 meses. No tenían hijos y eran heterosexuales. Dentro de las características de la muestra, estas

revisaban el celular de su pareja sin consentimiento, usualmente llamaban 10 veces al día y mantenían discusiones frecuentes. Se tuvieron siete sesiones, cada una de dos horas en las que se buscaba que las personas reflexionen sobre su conducta. Los ejes de las conversaciones eran sobre Psicoeducación Autocontrol, Regulación Emocional, Reestructuración, Terapia de Pareja, Comunicación, Prevención de recaídas y Prevención en Autocontrol. Los autores evidenciaron que la técnica tuvo resultados satisfactorios porque las participantes ya no presentaban comportamientos celotípicos. De esta manera es que se exhorta a seguir este tipo de investigaciones porque permite que los pacientes puedan reflexionar sobre su comportamiento.

#### **IV. Conclusiones**

1. Se disminuyó el nivel de celos, por debajo de un SUD de 5, después de reestructurar el pensamiento “seguro me va dejar y se va ir con la otra”, “seguro esta encamotado con alguna mujer”
2. Se disminuyó el nivel de celos, por debajo de un SUD de 5, después de reestructurar el pensamiento “seguro esta con otra pasándola bien”, “no me contesta seguro esta con otra”
3. Se disminuyó el nivel de celos, por debajo de un SUD de 5, después de reestructurar el pensamiento “si se arregla mucho, es seguro para encontrarse con alguna mujer”, “seguro no tiene dinero porque ya se gastó con otra mujer”
4. Se disminuyó el nivel de celos, por debajo de un SUD de 5, después de reestructurar el “seguro ya se acostó con otra mujer”, “no valgo nada por eso el ya no me quiere”.

## **V. Recomendaciones**

1. Realizar el seguimiento respectivo al cabo de la última intervención, después de cuatro semanas.
2. Continuar, diariamente, continuar practicando la respiración abdominal para relajarse.
3. Continuar con las prácticas del ABCDE de la TREC, en su vida cotidiana.
4. Seguir leyendo, escuchando y viendo videos de autoayuda, para mantener bien su autoestima.
5. Realizar actividades de recreación para relajarse y lograr su estabilidad emocional.
6. Iniciar terapia de pareja para fortalecer su relación.

## VI. Referencias

- Adler, A. (1927). Individual psychology. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 22(2), 116.
- Alarco, L., Casas, L., Reyes, M. & Ramírez, M. (2017). Uso de dos técnicas alternativas de manejo de conducta: musicoterapia y distracción audiovisual, en el control y manejo de ansiedad en pacientes pediátricos de 5 a 10 años. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 7(1). Recuperado de <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2017/1/art-3/>
- Alvarado, J. I., Salinas, X. Z. y Martínez, J. L. (2017). La conducta sexual de adolescentes. *Lacandonia*, 5(2), 135-140.
- Álvarez del Villar, C. (1983). *La preparación física del fútbol basada en el atletismo*. Madrid: Gymnos.
- Amutio, A. (1998). *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. Biblioteca de Psicología. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Beck, A. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Benson, H. (1975). *The Relaxation Response*. New York: Morrow.
- Blitchtein, D. & Reyes, E. (2012). Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 29(1), 35-43.
- Boulangger, M., Carrasco, L., Córdova, D., Gómez, C., Pinedo, M., Rivera, N & Troncos, E., (2013). *Manual Cuestionario Multidimensional De Celos*. Piura: Universidad Cesar Vallejo.
- Caldin, C. (2001). *A leitura como funcao terapeutica: biblioterapia*. Encontros bibli. Recuperado de [http://www.encontrosbibli.ufsc.br/Edicao\\_12/caldin.html](http://www.encontrosbibli.ufsc.br/Edicao_12/caldin.html)

- Camilí, C. & Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115-137.
- Conrad, C. (2010). Music for healing: from magic to medicine. *The Lancet*, 376, 11-17.
- Cuesta, T. (2006). Intervención Cognitiva en un caso de celotipia. *Acción Psicológica*, 4(1), 71-82. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030757007.pdf>
- Ellis, A. (1977). *How to live with and without anger*. New York: Reader's Digest Press.
- Ferreira, D. (2003). Biblioterapia: uma prática para o desenvolvimento pessoal. *Educação Temática Digital*, 4(2), 35-47.
- Frankl, V. (1995). *La psicoterapia al alcance de todos*. Barcelona: Herder.
- García, C. & Rodríguez, M. (2009). *Reacciones ante los celos según sexo y la edad en estudiantes de psicología en la ciudad de Trujillo*. Tesis de maestría, Universidad Nacional de Tumbes, Tumbes, Perú.
- González, I., Echeburúa, E., y Corral, P. D. (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes. *Psicología Conductual*, 16(2), 207-225.
- Hogan, T. J., & Silverman, M. J. (2015). Coping-infused dialogue through patient-preferred live music: A medical music therapy protocol and randomized pilot study for hospitalized organ transplant patients. *Journal of music therapy*, 52(3), 420-436.
- Ingersoll, B. (1984). The use of contingent audiotaped material with pediatric dental patients. *J AM DENT ASSOC*, 109,717-719.
- Kern, P. (2011). *Announcing WFMT's new definition of music therapy*. Carolina del Norte: World Federation of Music Therapy. Recuperado de: <https://bit.ly/2JPEiI>
- Kongsawatvorakul, C., Charakorn, C., Paiwattananupant, K., Lekskul, N., Rattanasiri, S. y Lertkhachonsuk, A. (2016). Limited impact of music therapy on patient anxiety with the large loop excision of transformation zone procedure - a randomized controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(6), 2853- 2856. Recuperado de <https://bit.ly/2JDMQDX>

- Lenis, A. (1996). *Eficacia de la técnica de distracción contingente con material auditivo en pacientes de 4 a 6 años de edad*. (Tesis de grado) Instituto de Ciencias de la Salud, Medellín, Colombia.
- Martínez, N., García, L., Valencia, D., Barreto, S., Alfonso, A., Quintero, C., Roncancio, C. y Parra, A. (2016). Efecto de una intervención cognoscitivo conductual para el manejo de los celos en la relación de pareja. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(1), 113-123. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v10n1/v10n1a11.pdf>
- Martínez, J. M. (2013). *Celos. Claves para comprenderlos y superarlos*. Barcelona: Paidós.
- Matveev, L. (1983). *Fundamentos del entrenamiento deportivo*. Moscú: Raduga.
- Mofredj, A., Alaya, S., Tassaioust, K., Bahloul, H., & Mrabet, A. (2016). Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill. *Journal of critical care*, 35, 195-199.
- Morán, C. (2006). Intervención cognitivo-conductual en el acoso escolar: un caso clínico de bullying. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 51-56.
- Morandi, V. (2008). *La logoterapia y la biblioterapia: descubriendo el sentido de la vida a través de la lectura*. (Tesis de Licenciatura) Universidad de Montevideo, Montevideo, Uruguay.
- Mota, J., González, N., López, A., Valdez, J., González, S. & Hernández, G. (2016). Construcción y Análisis Estadístico del Inventario Multidimensional de Celos Románticos: Estudio Preliminar. *Actualidades en Psicología*, 30(120), 31-45.
- Muñoz, J. & Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 98-110.
- Muñoz, N., Álvarez, I. & Cárdenas, J. (1998). Eficacia de la técnica de distracción contingente con material auditivo en el comportamiento de pacientes entre 4 y 6 años de edad. *Revista CED ODONTOLOGÍA*, 11(2), 13-20.
- Navas, J. (1981). Terapia Racional Emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(1), 75-83.

- Pick, S., Leenen, I., Givaudan, M. y Prado, A. (2010). “Yo quiero, yo puedo... prevenir la violencia”: Programa breve de sensibilización sobre violencia en el noviazgo. *Salud mental*, 33(2), 145-152.
- Pinto, V. (2005). A biblioterapia como campo de atuação para o bibliotecario. *Transinformacao*, 17(1), 31-43.
- Plaud, J. J. (2001). Clinical science and human behavior. *Journal of clinical psychology*, 57(9), 1089-1102.
- Rivero, L., Tan, L. & Rojas, S. (2018). Técnicas de autocontrol en el entrenamiento del Levantamiento de Pesas. Self-control techniques in the Weightlifting training. *Innovación Tecnológica*, 24, 1-10.
- Ruiz, A., Díaz, M & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. España: Desclée de Brouwer.
- Smith, J. (1993). *Creative Stress Management: The 1--2-3-COPE System*. New Jersey: Prentice Hall.
- Smith, J. (1999). *ABC Relaxation Theory. An Evidence Based Approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Valdez, J. (2009). *Teoría de la Paz o Equilibrio: Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento y que nos enseña a combatirlos*. México: EDAMEX.
- Wang, Y., Dong, Y. y Li, Y. (2014). Perioperative psychological and music interventions in elderly patients undergoing spinal anesthesia: Effect on anxiety, heart rate variability, and postoperative pain. *Yonsei Medical Journal*, 55(4), 1101-1105. Recuperado de <https://bit.ly/2Ftn7vz>
- World Health Organization. (2013). *WHO traditional medicine strategy: 2014-2023* World Health Organization. Recuperado de <https://bit.ly/2FqMa2t>

## **VII. Anexos**

## Analisis cognitivo

A	B	C
<p>Cuando su esposo se muestra indiferente, callado, distraído, pensativo.</p>	<p>Piensa: “seguro está encamotado con alguna mujer”.</p>	<p>Siente <b><u>cólera (8)</u></b> <b><u>desconfianza (9) y ansiedad (9)</u></b></p> <p>Le reclama con voz alta</p>

A	B	C
<p>María cuando está sola en su cuarto</p>	<p>Piensa: “no valgo nada por eso él ya no me quiere”</p>	<p>siente <b><u>ansiedad (8)</u></b> <b><u>preocupación (9) y celos (10)</u></b></p> <p>María decide ir a buscarlo para ver si lo encuentra infraganti.</p>

A	B	C
<p>Su esposo no contesta las llamadas</p>	<p>Pensar: “seguro me va dejar y se va ir con la otra”.</p>	<p>Muestra <b><u>ansiedad (10) y preocupación (8)</u></b></p> <p>Le reclama porque no contesta el celular.</p>

A	B	C
<p>Cuando llega a su trabajo lo llama pero él tiene el celular apagado</p>	<p>Ella piensa: "No me contesta, seguro esta con otra".</p>	<p><b>Siente <u>ansiedad (8) y preocupación (9)</u>.</b> Le reclama en voz alta</p>

A	B	C
<p>Llamar insistentemente a su esposo pero él no contesta</p>	<p>Piensa: "seguro esta con la otra pasándola bien".</p>	<p>Siente <b><u>celos (9) y ansiedad (9)</u></b>. No atiende a su esposo y se encierra en su cuarto.</p>

A	B	C
<p>Cuando su esposo se arregla para ir al trabajo.</p>	<p>Piensa: "si se arregla mucho, es seguro para encontrarse con alguna mujer".</p>	<p><b><u>Sentir ansiedad (9), celos (10) e ira (8)</u></b>. Advierte con voz firme que cuando lo llame conteste sus llamadas.</p>

A	B	C
Su esposo se niega a tener relaciones sexuales	Piensa: "seguro ya se acostó con otra mujer",	<p><b><u>Ansiedad (9) ira (9) e impotencia (9)</u></b></p> <p>Decide no dormir con él y irse al cuarto de su hija.</p>

A	B	C
Cuando su esposo se niega a salir de paseo	Piensa: "seguro no tiene dinero porque ya se gastó con otras mujeres".	<p><b><u>ira (10) y celos (10)</u></b></p> <p>Decide no limpiar, cocinar ni lavar.</p>