



TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS CELOS EN LA PAREJA

Aneley M. Carlen¹, Alexis Kasanzew² y Andrés F. López Pell³
Fundación para la Salud y la Educación, Argentina
Universidad Católica de Santa Fe
Santa Fe, Argentina

Resumen

El siguiente trabajo presenta, por un lado, una revisión del tema de los celos en las relaciones íntimas y, por otro, el tratamiento cognitivo-conductual dirigido a resolver esta problemática desde el ámbito clínico. La psicoterapia de elección se fundamenta en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales que han demostrado su eficacia en numerosas investigaciones, como son la reestructuración cognitiva, la exposición o la prevención de respuestas. Asimismo, se expone la terapia cognitiva – conductual de pareja, con intervenciones específicas para cada uno de los miembros.

Palabras claves: celos, pareja, abordaje cognitivo-conductual

¹ Licenciada en Psicología (UCSF), aneleycarlen@hotmail.com

² Doctor en Psicología (Ph.D.), Jefe del Departamento de Adultos de Funsaled, Profesor Asociado Modelos Salugénicos (UP), Profesor Adjunto Psicología Clínica de Adultos y Gerontes (UCSF) y Seminario Psicología Positiva (UCSF), Profesor Adjunto Psicología Clínica de Adultos (UB), akasanzew@fibertel.com.ar

³ Philosophiae Doctor (Ph.D) y Profesor en Psicología, Especialista en Psicología Clínica con orientación en docencia e investigación, docente titular de las cátedras “Psicología clínica de adultos y gerontes”, “Seminario de Psicología Positiva” e investigador de la Universidad Católica de Santa Fe (UCSF), Profesor Titular de la Universidad Abierta Interamericana, Jefe de servicio de salud mental de FUNSALED, Miembro de la IACP International Asociation Cognitive Psychotherapy, de la AATC Asociación Argentina de Terapia Cognitiva y de AIDEP Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. Director de la Escuela de formación de posgrado en psicoterapias cognitivas y Director Académico del Distrito XV del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. www.ucsf.edu.ar

Abstract

This paper presents, on one hand, a review of the topic of jealousy in intimate relationships and, on the other hand, the Cognitive Behavioral treatment that is applied to solve this issue from a clinical perspective. The type of psychotherapy chosen is based on the application of Cognitive Behavioral techniques that have proved to be effective in numerous investigations, such as cognitive restructuring, the exposure and response prevention. Moreover, a Cognitive Behavioral Therapy for Couples with specific interventions for each partner is presented.

Keywords: jealousy, couple, cognitive behavioral approach.

Introducción

Los celos parecen ser un tema recurrente en los vínculos interpersonales, ya sean estos amistosos, laborales, familiares o románticos. Esta emoción, potencialmente cegadora, ha sido fuente de inspiración para la poesía, la novela, el teatro, la ópera y el arte de todas las épocas. Ya en la mitología griega, encontramos un ejemplo de la celotipia: la venganza de Hera, esposa de Zeus. Asimismo, se han denominado a los celos como el *síndrome de Otelo*, en alusión a la obra literaria de Shakespeare, en la cuál hay expresiones tales como: ¡Oh, cuídese, mi señor de los celos! Son el monstruo de ojos verdes, que se burla de la carne de la que se alimenta (Alarcón, 1980).

Las publicaciones científicas sobre terapia cognitiva de los celos en la pareja no están muy difundidas, sobre todo en el ámbito local. Por tal motivo, el siguiente trabajo se propone acercar conocimiento actualizado sobre la problemática planteada, obtener una mayor comprensión de los celos en la pareja y presentar un modelo psicoterapéutico eficaz para su abordaje clínico.

Para comenzar, es necesario explicar, en primer término, qué son los *celos*. Una posible definición acerca del celo romántico la dan Echeburúa y Fernández Montalvo (2001), quienes lo describen como “un sentimiento o una emoción que surge como consecuencia de un exagerado afán de poseer algo de forma exclusiva y cuya base es la infidelidad -real o imaginaria- de la persona amada” (p. 15). Por otro lado, Buss y Smith (1993) entienden a los celos en términos de estrategias de afrontamiento que permiten mantener y consolidar las parejas.

Según estos autores, la pareja sexual tiende a satisfacer dos necesidades humanas fundamentales: sobrevivir y procrear. Apuntalados por estas metas, el celo es funcional a ellas al generar dos tipos de acciones: vigilancia (i.e., control) y violencia (i.e., eliminación). Por su parte, Fernández Liporace (2001) explica que cuando los celos son moderados, revelan sabiduría emocional y funcionan como una respuesta anticipatoria que previene o intenta prevenir la infidelidad y la consecuente pérdida posible de la pareja. A su vez constituyen un estado emocional episódico, no permanente, una respuesta ante una amenaza que origina acciones específicas para eliminarla. Clanton (1998) considera que los celos son sentimientos displacenteros que expresan el temor a la pérdida de la pareja o el desagrado frente a una experiencia real o imaginaria referida a la experiencia emocional que su pareja ha tenido o tenga con una tercera persona. Tales experiencias evocan diferentes fases de los celos: enojo, rabia, humillación, ansiedad, tristeza y depresión. Se podría inferir entonces, a partir de las diversas definiciones expuestas, que los celos se refieren a una emoción que hace alusión al temor, creencia, o sospecha que algo preciado está en peligro de perderse, y a su vez, previene o intenta prevenir la infidelidad a partir de la percepción de que una relación significativa está amenazada y puede llegar a desaparecer como consecuencia de la acción de una tercera persona, con independencia de que dicha amenaza sea real o imaginaria.

Los celos son tomados como una cuestión importante en las relaciones románticas: son clasificados como uno de los problemas más frecuentes experimentados en las relaciones íntimas (Zusman & Knox, 1998), constituyen probablemente la situación en la que se observan con mayor frecuencia, y se los adjetiva tanto como celos amorosos, sexuales o románticos (González Monclús, 2005). Dada la trascendencia de dicha temática y la escasa información de la misma, es que se inicia la recopilación, investigación y lectura para el estudio y una mayor comprensión del abordaje de los celos en la pareja.

Abordaje cognitivo-conductual de los celos

Los celos patológicos presentan manifestaciones clínicas en varios niveles: en el plano emocional es frecuente la ansiedad y/o agresividad; en el nivel cognitivo, los pensamientos intrusivos relacionados con la infidelidad; y, en el nivel conductual, las demandas de seguridad o rituales compulsivos (i.e., motores y verbales) con el objeto de controlar al cónyuge (Albuquerque & Soares, 1992; Cobb & Marks, 1979; Mooney, 1965; Vaz Serra, 1982).

Se opta abordar esta temática desde una perspectiva cognitiva - conductual dada la eficacia que estas técnicas han demostrado en diversos estudios. En referencia a las técnicas conductuales: exposición y prevención de respuesta, Cobb y Marks (1979), lograron un 75% de éxito en la reducción de rituales, Parker y Barret (1997) y Gangdev (1997), informaron un 100 % de eficacia. En cuanto a la utilización específica de la técnica de reestructuración cognitiva, algunas investigaciones han demostrado su eficacia a través de una mejoría significativa en los pacientes tras su aplicación (Bishay, Petersen & Terrier, 1989; Dolan & Bishay, 1996).

La aplicación de técnicas conductuales tiene como objetivo modificar el comportamiento dirigido a comprobar las ideas de engaño que presenta la persona celosa. Para ello, hay dos técnicas que se utilizan conjuntamente con excelentes resultados: la técnica de exposición y de prevención de respuesta (Cobb & Marks, 1979). La técnica conductual de exposición consiste en hacer que el sujeto se enfrente gradualmente a las situaciones temidas, tanto en su imaginación como en vivo (Marks, 1978). El objetivo es conseguir que la persona celosa, al pensar en dichas situaciones, reviva, incluso con una intensidad mayor, los sentimientos de celos, y que estos pensamientos pierdan su capacidad evocadora de emociones desagradables para que, en último término, desaparezcan los sentimientos de celos (Echeburúa & Fernández Montalvo, 2001). Luego, se intentará evitar que el sujeto lleve a cabo conductas rituales, en este caso de comprobación, y para ello se aplica la técnica de prevención de respuesta (Caballo, 1998).

En el caso de la exposición en imaginación, se le dan al paciente las siguientes instrucciones: “vas a cerrar los ojos para concentrarte mejor y, a continuación, vas a evocar los pensamientos de celos. Intenta prestar la máxima atención y concentrarte en ellos tan vívidamente como sea posible. No intentes distraerte y mantén la atención en ellos hasta que disminuyan la ansiedad y el malestar. Mientras, me vas a contar con detalle lo que pensás y sentís”. Este procedimiento lleva unos 15 a 30 minutos. Se arma una jerarquía de situaciones y se le pide al paciente que califique cada una según el grado de ansiedad que produce, de menor a mayor.

Se utiliza la escala de malestar subjetivo, que va de cero a cien: cero, sin ansiedad; cincuenta, ansiedad media; y cien, ansiedad extrema (Jenike, Baer & Minichiello, 1998). A modo de ejemplo, se expone en la tabla 1 una serie de situaciones potencialmente ansiógenas y provocadoras de celos, para realizar una exposición imaginada con el paciente.

Situaciones	Nivel de ansiedad
Que su pareja salga sola.	10
Que su cónyuge mire mujeres / hombres atractivas/os en la T.V. o revista.	20
Que su pareja use ropa sexy.	30
Que su pareja viaje solo/a.	40
Que a su cónyuge la/lo miren en calle.	50
Que su pareja se reúna a comer con personas del sexo opuesto.	60
Que su cónyuge llame por teléfono a personas del sexo opuesto.	70
Que su pareja hable con personas del sexo opuesto.	80
Que su cónyuge haga comentarios favorables a personas del sexo opuesto.	90
Que su pareja abrace a personas del sexo opuesto.	100

Tabla 1:
Jerarquía de situaciones para la exposición en imaginación.

Otra opción es establecer que el sujeto piense qué es lo que puede estar haciendo su pareja en ese momento; además, se le puede dar la instrucción concreta de pensarlo cada hora. De esta forma, la idea obsesiva de celos se

presentará en el paciente con mayor frecuencia de lo habitual. Ante esta situación, el sujeto tenderá a llevar a cabo conductas de comprobación (e.g., llamar por teléfono, revisar correspondencia personal). Para lograr eliminar dichas conductas, se entrenará al paciente en una serie de instrucciones con el propósito de impedir el comportamiento de comprobación. Para lograr dicho objetivo se aplica la técnica de prevención de respuesta, que consiste en evitar que el sujeto lleve a cabo la conducta de ritual. (Echeburúa & Fernández Montalvo, 2001). La exposición más la prevención de respuesta da como resultado que se desarrolle una habituación en los pensamientos o impulsos mentales obsesivos, lo que reduce el nivel de ansiedad y no permite que se refuercen los comportamientos compulsivos (Trull & Phares, 2003).

Entre las técnicas cognitivas, la reestructuración de las cogniciones resulta útil para trabajar sobre los sesgos que se producen en el procesamiento de la información (Deffenbacher, 1998). Con esta intervención se busca que la persona tome conciencia de la irracionalidad de sus pensamientos y aprenda estrategias para eliminarlos y sustituirlos por otros más adaptativos (Goldfried, 1979), lo que redundará en un mayor control de sus comportamientos y emociones (Prochaska & Norcross, 1979). Desde esta perspectiva, se considera a los celos patológicos como el resultado de los numerosos sesgos cognitivos que presentan este tipo de pacientes (Echeburúa & Fernández Montalvo, 2001). El primer paso consiste en aumentar el darse cuenta del paciente sobre ciertos procesos de pensamientos, como los pensamientos automáticos de los cuales no tiene conocimiento (Beck, 1976). Estas ideas o imágenes que aparecen rápidamente sin mediar la voluntad del sujeto, son cogniciones que no están sujetas a un análisis racional y se basan, en la mayoría de las veces, en una lógica errónea (Beck et al., 1979; Wright & Beck, 2000). Una manera eficaz de enseñar al paciente el efecto de los pensamientos automáticos es encontrar un ejemplo concreto que ilustre cómo estos pensamientos pueden influir en las respuestas emocionales (Wright & Beck, 2000), dado que la emoción es el camino regio hacia la cognición (Beck, 1989). Por ejemplo, si durante la sesión terapéutica se observa en el sujeto un cambio en su ánimo, provocándole tristeza o angustia, se le pedirá que describa los

pensamientos que pasaron por su cabeza justo antes de que ocurriera ese cambio.

Otra forma de trabajo es que el terapeuta vaya descubriendo, junto al paciente, tanto aquellas cogniciones funcionales como también las disfuncionales. A medida que van surgiendo, se le propone al paciente considerarlas como hipótesis y posibilidades y no como verdades absolutas o conclusiones válidas. ¿Para qué se lo toma de esta manera? Para provocar en el paciente una actitud de duda y tanteo y, al mismo tiempo, una exploración sobre la validez de sus preconceptos. Luego se recogen evidencias a favor y en contra. Muchos de los pacientes comienzan a corregir sus pensamientos disfuncionales a medida que van apareciendo (Deffenbacher, 1998). Asimismo, se puede emplear el interrogatorio socrático que, si bien se trata de una técnica que no cuenta con un protocolo a seguir, busca generar preguntas inductivas que ayuden al paciente a cambiar una *mente cerrada* por una *curiosa y de exploración*, promoviendo de esta manera el reconocimiento de cogniciones desadaptativas (Wright & Beck, 2000). Ejemplos de este tipo de preguntas son: ¿Existe una manera de comprobar la infidelidad?, ¿Cómo te enfrentarías si realmente te engaña?, a través de las cuales se comparan las contradicciones y las congruencias entre la información y los propios pensamientos de la paciente (Deffenbacher, 1998). Cuando las preguntas no consiguen poner de manifiesto un supuesto pensamiento automático o el interrogatorio socrático permite obtener una cantidad limitada de estos, puede utilizarse la técnica de visualización (Beck et al., 1979), que consiste en pedirle a la persona que se remonte a una situación problemática o que le provoque emociones intensas, y describa los pensamientos que surgen (Wright, 1988).

Una técnica muy utilizada en terapia cognitiva para identificar los pensamientos automáticos es el registro de pensamientos (Beck, 1995; Wright & Beck, 2000). Si bien existen varias formas para registrar este tipo de cogniciones, la más común es la de dos columnas. En la tabla 2 se muestra esta técnica con un ejemplo.

Situación	Pensamientos automáticos
El celular de mi pareja da ocupado.	Está hablando con su amante. Me está engañando. No me quiere atender.

Tabla 2. Ejercicio de registro de pensamientos automáticos.

Se le pide al paciente que identifique los pensamientos automáticos que tuvo en una situación que le provocó malestar. Este procedimiento se explica en sesión y se le puede asignar como tarea para el hogar. A medida que los pacientes empiezan a reconocer la naturaleza desadaptativa de sus pensamientos, aumenta el grado de escepticismo sobre la validez de los pensamientos automáticos (Wright & Beck, 2000). Otro tipo es el registro diario de pensamientos distorsionados (Beck et al., 1979), que consta de cinco columnas: a) situación, b) pensamiento automático, c) respuesta emocional, d) pensamiento racional, y e) resultado. Se le enseña al paciente a utilizar este instrumento para poder identificar y cambiar los pensamientos automáticos. En la primera columna se registran las situaciones problemáticas; en la segunda los pensamientos automáticos y se les asigna un grado de veracidad -en qué medida piensa el sujeto que son ciertos, en el momento en que se producen- en una escala de 0 a 100. En la tercera, se anota la respuesta emocional frente a los pensamientos automáticos. La intensidad de la emoción también se puntúa de 0 a 100. La cuarta columna, la de los pensamientos racionales, es la parte fundamental del registro. Se le pide al paciente que se distancie de los pensamientos automáticos, evalúe su validez y piense y escriba cogniciones más racionales y realistas. Por último, en la quinta columna se colocan los resultados o cualquier cambio que se produjo a consecuencia de la modificación de los pensamientos automáticos. El terapeuta puede ayudar al paciente a precisar o añadir pensamientos alternativos a la lista, revisando el registro en la siguiente sesión (Wright & Beck, 2000).

Con las técnicas desarrolladas en este apartado se busca conseguir la identificación y modificación de los pensamientos disfuncionales, procurando que el paciente pueda generar por sí mismo pensamientos racionales y adaptados a la realidad, logrando de esta manera cambios en sus comportamientos y emociones.

Terapia de pareja de orientación cognitivo-conductual

Si se habla de celos en un vínculo romántico, se debe tener en cuenta la posibilidad de indicar terapia de pareja, ya que los celos pueden erosionar la relación. Por ello, es habitual que, luego de haber terminado el tratamiento específico de los celos de forma individual, se tenga que intervenir sobre ambos miembros de la pareja (Echeburúa & Montalvo, 2001). La terapia de pareja en general se lleva a cabo cuando las personas están en una relación no feliz. Los conflictos maritales constituyen uno de los principales factores de riesgo de muchos problemas mentales y de salud, y son una de las principales fuentes de infelicidad, ansiedad y depresión (Markman, Stanley & Blumber, 1994).

Los objetivos generales de la terapia de pareja son: a) aumentar la interacción positiva mutua, b) disminuir los intercambios negativos, y c) proporcionar a las parejas estrategias para solucionar futuros problemas de la relación (Bornstein & Bornstein, 1986). Para lograr los objetivos planteados se emplean una serie de procedimientos terapéuticos solos o combinados (Foster & Griffin, 1985), útiles a la hora de trabajar con la pareja, los cuales se desarrollan a continuación.

El contrato conductual: enfatizan los acuerdos *quid pro quo* e implica un intercambio bilateral, un contrato de dar y recibir (si usted hace "x", yo haré "y"); éste produce para las partes implicadas refuerzos recíprocos. También pueden llevarse a cabo los contratos de "buena fe", en donde cada uno está de acuerdo en comprometerse en cambiar la conducta para lograr algo positivo independientemente de lo que el otro haga (si hago "x", lograré "y"), siempre en beneficio de la relación (Azrin, Naster, & Jones, 1973; Stuart, 1969; Weiss, Hops & Patterson, 1973).

El entrenamiento en solución de problemas: tiene como objetivo enseñar a las parejas a alcanzar soluciones, del agrado de los dos, sobre cuestiones que han sido el origen de continuos problemas, de acuerdo a ciertos pasos a seguir (e.g., definir claramente el problema, emplear la técnica de *brainstorming* o torbellino de ideas para provocar en el paciente tantas soluciones no censuradas como sea posible - independientemente de que sean factibles o no-, evaluar las

soluciones, las ventajas y desventajas teniendo en cuenta los posibles resultados, las probabilidades y los recursos, tomar una decisión y planificar como llevarla a cabo y, por último, evaluar los resultados, esto es, terapeuta y paciente discuten el grado de eficacia que tuvo, si necesita cambios o se debe intentar una nueva solución (D' Zurilla, 1986; D' Zurilla & Nezu, 1982; Heppner & Krauskopf, 1987).

Técnica del entrenamiento en comunicación: necesario para disminuir acusaciones, defensividad, la adivinación de pensamiento, sobregeneralizaciones y escapatorias hacia errores pasados y presentes que impiden la eficaz solución de los problemas. Se enseña a empatizar, tener escucha activa, indicar explícitamente lo que se quiere y siente, no adivinar los pensamientos y sentimientos de la pareja, utilizar una nueva forma de vocabulario interpersonal, potenciar la comunicación de los aspectos positivos en la relación de pareja y comprender el punto de vista del otro, a través del modelado, las tareas para casa y la retroalimentación del otro miembro de la pareja.

El aumento de intercambios positivos: se logra estableciendo la frecuencia diaria de las conductas positivas que tiene que realizar cada cónyuge. El terapeuta les pide que intenten ver cuál de sus comportamientos positivos conduce al mayor aumento de la satisfacción conyugal a partir de registros diarios (Caballo, 1998; Echeburúa & Montalvo, 2001; Foster & Griffin, 1985).

Entre las estrategias cognitivas se incluyen el volver a etiquetar o enmarcar las atribuciones negativas para crear explicaciones causales más saludables, presentar hechos y evidencias contradictorias para corregir expectativas irracionales y reemplazar las atribuciones vagas que culpan al otro miembro de la pareja sobre las causas de los problemas conyugales (Caballo, 1998). Asimismo, Liberman et al. (1987) señalan una serie de habilidades del terapeuta para la dirección de la terapia de pareja: a) planear metas para los pacientes, b) plantear escenas relevantes para que sean ensayadas por los pacientes, c) instruir a los pacientes, d) modelar a los pacientes, e) hacer sugerencias a los pacientes, f) proporcionar retroalimentación positiva sobre conductas específicas, g) proporcionar retroalimentación negativa sobre conductas específicas, h) ignorar

conductas inapropiadas o irrelevantes y, finalmente, i) estar físicamente al lado de los pacientes durante los ensayos de conducta.

Discusión y conclusiones

El presente trabajo realizó una revisión de la terapia cognitivo-conductual aplicada al problema de los celos, como así también planteó los lineamientos principales de la psicoterapia de pareja orientada a la misma problemática. Si bien la elección de este modelo se debe a los fundamentos empíricos sobre su eficacia de acuerdo a las tasas de mejoría significativa de los pacientes celosos y sus rituales comprobatorios (Cobb & Marks, 1979; Parker & Barret, 1997; Gangdev, 1997; Bishay, Petersen & Terrier, 1989; Dolan & Bishay, 1996), se considera una opción psicoterapéutica que puede complementarse con otras, como la terapia sistémica, humanística, interpersonal o de orientación psicodinámica. Por otro lado, se resalta que el modelo cognitivo conductual brinda un tratamiento a corto plazo, activo, directivo y estructurado (Contreras & Oblitas, 2005), lo que ofrece adaptabilidad frente a las demandas clínicas y de los sistemas de salud actuales. Por último, se cumple con el propósito de este trabajo de presentar herramientas de intervención clínica orientadas al problema de los celos en la pareja, que puedan redundar en una optimización del proceso psicoterapéutico, esto es, en una mayor eficacia y eficiencia en el terapeuta y en una mayor satisfacción del paciente.

Referencias bibliográficas

- Alarcón, R. (1980). El síndrome de Oteló. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 26 de Diciembre, 318-326.
- Albuquerque, A. & Soares, C. (1992) Celos obsesivos: análisis de casos. En Echeburúa, E. (Ed.) *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 203–210). Madrid: Pirámide.
- Azrin, N.H., Naster, B. & Jones, R. (1973). A rapid learning-based procedure for marital counselling. *Behavior research and therapy*, 11, 365-382.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.

- Beck, A.T. (1989). *Cognitive therapy and research: a 25 year retrospective*. Presented at World Congress of Cognitive Therapy. Oxford.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York : Guilford.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Bishay, N.R., Petersen, N. & terrier, N. (1986). An uncontrolled study of cognitive therapy for morbid jealousy. *The British journal of psychiatry*, 154: 386-389.
- Bornstein, P.H. & Bornstein, M.T. (1986). *Marital therapy: A behavioral – communications approach*. New York: Pergamon Press.
- Buss, D.M. & Schmitt, D. (1993). Sexual strategies theory: An evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review*, 100, 204-232.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Clanton, G. (1998). *Jealousy*. New York: University Press of America.
- Cobb, J.P. & Marks, I.M. (1979). Morbid jealousy featuring as Obsessive-Compulsive Neurosis: Treatment by Behavioral psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 134, 301-305.
- Contreras, A.H. & Oblitas, L.A. (2005). *Terapia Cognitivo Conductual. : Teoría y Práctica*. Bogotá: Psicom Editores.
- D' Zurilla, T.J. (1986). *Problem Solving Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- D' Zurilla, T.J. & Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. En P.C. Kendall (Comp.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy*, vol. 1. New York: Academic Press.
- Deffenbacher, J.L. (1998). La inoculación del estrés. Reestructuración cognitiva. En Caballo, M. (Comp.) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Dolan, M. & Bishay, N. (1996). The effectiveness of cognitive therapy in the treatment of non-psychotic morbid jealousy. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 168 (5), 588-593.

- Echeburúa, E. & Fernández Montalvo, J. (2001). *Celos en la pareja: una emoción destructiva. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Fernández Liporace, M.M. (2001). *Celos y romance según género y edad*. Ponencia. XII Jornadas Nacionales de ADEIP. La Plata. Argentina.
- Foster, S.L. & Griffin, J.M. (1985). Behavioral marital therapy. En A.S. Bellack & M. Hersen (Ed.) *Dictionary of behavioral therapy techniques*. New York: Pergamon Press.
- Gangdev, P.S. (1997). Obsession with infidelity: another case and some views. *Aust, N.Z.J. Psychiatry*, 31:772-3.
- Goldfried, M.R. (1979). Anxiety reduction through cognitive behavioral intervention. En P. Kendall & S.H. Hollon (Ed) *Cognitive behavioral interventions: theory, research and procedures*. New York: American.
- González Monclús, E. (2005). Celos, celos patológicos y delirio celotípico. *Revista de Psiquiatría Facultad de medicina de Barcelona*. Barcelona: Nexus ediciones.
- Heppner, P.P. & Krauskopf, C.J. (1987). An information-processing approach to personal problem solving, *The Counseling Psychologist*, 15, 371-447.
- Jenike, M.A., Baer, L. & Minichiello, W.E. (1998). Use of a portable computer program in behavioural treatment of obsessive-compulsive disorders. *Journal of Psychiatry*, 32, 268-275.
- Lieberman, R.P., Wheeler, E.G., De Visser, L., Kuehnel, J. & Kuehnel, T. (1987). *Manual de terapia de pareja*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Markman, H.J., Stanley, S.M. & Blumberg, S.L. (1994). *Fighting for your marriage: Positive Steps For A Loving and Lasting Relationship*. San Francisco: Jossey Bass.
- Marks, I. (1978). Behavioral psychotherapy of adults neuroses. En Garfield, S. & Bergin, A. (Comps.), *Cure and care of neuroses: Theory and practice of behavioral psychotherapy*. New York: Wiley.
- Mooney, H. B. (1965). Pathologic jealousy and Psycho chemotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 111, 1023-1042.
- Parker, G. & Barrett, E. (1997). Morbid jealousy as a variant of obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 133-8.

- Prochaska, J.O. & Norcross J.C. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood: Dorsey Press.
- Stuart, R.B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675–682.
- Trull, T.J. & Phares, E.J. (2003). *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México D.F.: Thomson International.
- Vaz Serra, A. (1982). Consideraciones clínicas sobre celos mórbidos. *Psiquiatría Clínica*; (3), 4: 163-173.
- Weiss, R.L., Hops, H., & Patterson, G.R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict: A technology for altering it, some data for evaluating it. En L.D. Handy & E.L. Mash (Ed.) *Behavior change: Methodology concepts and practice* (pp. 309–342). Champaign: Research Press.
- Wright, J.H. & Beck, A.T. (2000). Terapia cognitiva. En DSM IV, *Tratado de psiquiatría*, 3º edición, tomo 1, capítulo 31, pp. 1443:1459. Barcelona: Masson.
- Wright, J. H. (1988). Cognitive therapy of depression. En A.J. Frances & A.J. Hales (Ed). *The American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 7. pp 554-590. Washington: American Psychiatric Press.
- Zusman, M.E. & Knox, D. (1998). Relationship problems of casual and involved university students. *College Student Journal*, 32, 606–609.