Podemos entender “celo” como “sospecha, inquietud o desconfianza de que la persona amada haya mudado o mude su cariño poniéndolo en otra”. A nivel de pareja, en la práctica, esto se traduce a la idea de que el compañero sexual es infiel. El celo, que siempre surge como una idea natural hasta cierto punto adaptativa, se cree que es más frecuente en el hombre debido también a su mayor condicionamiento biológico por la posesión, y puede llegar a mostrarse, ahí el problema, de una forma patológica, esto es, como una idea fija, como una idea obsesiva, o lo que es peor, como una idea delirante.

Hablamos de una idea fija falsa o errónea de celos, cuando el paciente tiene una idea impuesta con ese contenido, que se le ha metido en la cabeza en un momento determinado, por una vivencia o no, al igual que se nos puede fijar canturrear de forma cansina una melodía, habiéndola o no escuchado hace poco. A esta idea, bajo razonamiento, el paciente puede desterrarla totalmente y además no sufre por ella, siendo plenamente consciente de su absurdidad. En la idea fija, lo “patológico” (entrecomillado por lo light) es la imposición.

La siguiente, la idea obsesiva de celos, es aquella también impuesta, absurda e irracional, pero, como dijo Henri Ey (1900-1977), en forma de “intrusión parasitaria con tendencia a la repetición y que a su vez puede escapar al control del Yo, convirtiéndose en forma de duda”, y por tanto el paciente intenta luchar contra ella, dominarla, una riña muy igualada, sin ganador definitivo, produciendo por ello un sufrimiento significativo, un desgaste y una tensión constante en el sujeto. El paciente con una idea obsesiva de celos, la reconoce como tal pero carece de un mecanismo eficaz para fulminarla, ahí el problema. El celoso obsesivo, preso de esa duda angustiosa y atormentante, intenta o bien mirar inútilmente hacia otro lado, o enfrentarse al estímulo directo o indirecto que le aclare por medio de pruebas, compulsivamente buscadas, eso que tanto le hace sufrir. La comprobación es su condena. Como defensa, se quiere distraer a toda costa, disimula; si no tiene más remedio, es capaz de estar u oír hablar de su rival, minimiza, intenta darle poca importancia, como si nada, hace de actor pero realmente eso no es nada más que otra máscara que oculta su angustiante realidad. Puede llegar a sufrir mucho, lo indecible.

En el caso de las ideas delirantes de celos, el paciente está clara y firmemente convencido de tal infidelidad, se aferra a ella como una verdad irrefutable y por tanto no necesita prueba alguna, ¿para qué? Como dijo el eminente Eugen Bleuler (1857-1939): “es la certeza delirante la que hace no sentir la necesidad de confrontar la convicción con la realidad”. La idea delirante es una idea totalmente irrebatible por argumentación lógica, como recordaba Vallejo Nájera (1989-1960) en ese manual que tanto me enganchó, y como tal, existe una ruptura con la realidad (etimológicamente delirar significa “salirse del surco”). El delirio celotípico junto con el delirio erotomaníaco (que es el de ser amado), configuran el grupo de los llamados delirios pasionales y a los que la literatura también ha dedicado muchas páginas; al respecto y como curiosidad, comentar que al delirio celotípico, se le conoce también como síndrome de Otelo en alusión a la causa por la que el personaje de Shakespeare da muerte a su amada Desdémona.

Si interesante es el estudio del comportamiento de un paciente que sufre celos patológicos, tampoco lo es menos el análisis de su pareja (o incluso del supuesto amante), más

descuidados a nivel académico, aunque no así hoy día gracias al auge de la victimología. La práctica clínica también aporta mucho sobre los sentimientos y la conducta de ese personaje sufridor, de ese actor o actriz secundarios (o no tan en segundo plano) que es siempre víctima. Estar al lado de un paciente con celos puede llegar a miedo, angustia, constante disimulo, alerta incesante, anticipación y todo lo que queramos llamarle. Recuerdo a la pareja de un paciente celoso que rezaba para no encontrarse paseando por la calle con un conocido y tener que saludarlo, ello era un conflicto violento asegurado al llegar a casa. La pareja de una persona que sufre celos patológicos siempre termina siendo víctima, como poco de maltrato psíquico, y siempre va a echar en falta apoyo psicológico. Siempre.

Si hablamos en conjunto de trastornos obsesivos y de trastornos delirantes, han sido precisamente los de tipo celotípico los que, sin ser los más frecuentes dentro cada uno de su respectivo grupo (por ejemplo, el delirio persecutorio es más frecuente que el de celos), siempre han presentado especial interés a nivel legal y ahora incluso todavía más con ese campo tan de actualidad como es la violencia de género: discusiones, insultos, amenazas de muerte, partes de lesiones de por medio y por supuesto homicidios y asesinatos. En caso de delito por celos, es clave la valoración de la imputabilidad y sabemos que, “para modificar la imputabilidad del sujeto, el trastorno debe incidir profundamente, o al menos sensiblemente, en las estructuras mentales y volitivas del mismo”. Siguiendo esta directriz, en los trastornos obsesivos por lo general y siempre que no vayan acompañados de otros trastornos de mayor entidad, en cuyos casos sí cabría pensar en una atenuación de la responsabilidad, la imputabilidad se apoya en que el sujeto afectado conserva un conjunto de salud mental y ello le permite apreciar el valor moral de los actos que ejecuta, conservando tanto las facultades de deliberación (de adoptar una decisión determinada tras valorar pros y contras relevantes) así como la de resolución; todo lo contrario, como así nos podemos figurar, en el caso del delirio, donde esas facultades están muy comprometidas debido a la afectación profunda del Yo. En la práctica, claro, el tema no es tan fácil y se puede complicar más porque en ocasiones la idea obsesiva de celos que forma el núcleo de un trastorno obsesivo de extrema gravedad, puede adquirir ya el barniz de una idea delirante y es que recordemos, para autores como Donald W. Winnicott (1896-1971) no hay una frontera entre esos dos mundos sino un “espacio transicional”. Por ello, la postura que en general se acepta ahora es que más que una etiqueta diagnóstica, que como vemos se puede entender en revisión conceptual permanente, lo trascendente en materia legal para la valoración de la imputabilidad en un delito por celos es evaluar la incidencia real del estado del sujeto sobre su psiquismo. El Tribunal Supremo, como así dictan numerosas sentencias, rechaza los celos no patológicos como atenuante de violencia de género.

Para completar este artículo, comentar que al celoso obsesivo y al celoso delirante se tratan de forma diferente. El primero se beneficia sin duda de la psicoterapia y se le prescriben, si así también están indicados, fármacos de acción antiobsesiva como la que tienen algunos

antidepresivos.

El tratamiento del delirio de celos es muy distinto. En este caso la psicoterapia, entendida como tratamiento curativo, hace poco o nada y, en caso de indicarse, puede entenderse para paliar, atenuar o controlar situaciones y consecuencias. Son fundamentalmente los llamados neurolépticos, los fármacos indicados para tratar este trastorno, admitiendo sus limitaciones en el caso de los delirios crónicos. Por último, no debemos obviar que el delirio de celos puede ser también secundario a otro trastorno como puede ser una toxicomanía, una demencia, o al alcoholismo crónico (la celotipia alcohólica es muy frecuente); en estos casos el tratamiento etiológico, de la causa, es también fundamental.