



Howard Kassinove
Raymond Chip Tafrate

El manejo de la **agresividad**

Manual de tratamiento completo
para profesionales

Serendipit

M A I O R
DESCLÉE DE BROUWER



Howard Kassinove
Raymond Chip Tafrate

EL MANEJO DE LA AGRESIVIDAD
Manual de tratamiento completo
para profesionales



Desclée De Brouwer

Índice

Reconocimientos	13
Prólogo	17
Introducción	19
PRIMERA PARTE: LOS FUNDAMENTOS	25
1. La agresividad	27
El nivel de activación agresiva y el rendimiento.....	28
Definiciones.....	33
El panorama general: la agresividad es un guión social.....	38
El desarrollo del vocabulario emocional.....	49
El análisis de los episodios.....	54
2. El modelo explicativo del episodio de agresividad	55
Desencadenantes	57
Valoraciones	63
Experiencias	68
Estilos de expresión	72
Consecuencias.....	77
Consecuencias problemáticas de la agresividad	80
3. La evaluación y el diagnóstico	95
El diagnóstico de los trastornos de agresividad.....	105
4. Una visión de conjunto del programa para el manejo de la agresividad	115
La preparación para el cambio	118
El cambio propiamente dicho	119
Aceptación, adaptaciones y ajustes.....	121
El mantenimiento del cambio	123



SEGUNDA PARTE: LA PREPARACIÓN PARA EL CAMBIO	125
5. Evaluar y aumentar la motivación para el cambio	127
Las distintas etapas del cambio	128
El aumento de la motivación para el cambio.....	132
6. Desarrollar una firme alianza terapéutica.....	145
Fortalecer la relación terapéutica	150
7. Aumentar la conciencia de las experiencias agresivas	159
Técnicas para aumentar la toma de conciencia	161
TERCERA PARTE: EL CAMBIO PROPIAMENTE DICHO	175
8. La evitación y la huida adaptativas	177
El caso del encargado enemistado	178
Evitación = control de estímulos	179
Huida = salir de la situación.....	183
9. El manejo del nivel de activación física	187
La respuesta de ataque o fuga	187
La relajación como una respuesta alternativa.....	192
El desarrollo de la respuesta de relajación	193
La grabación de instrucciones para la relajación muscular progresiva..	195
Alternativas a la relajación muscular progresiva	198
10. El desarrollo de habilidades vitales.....	203
Habilidades sociales más comunes.....	206
Métodos de entrenamiento en habilidades sociales	211
Asertividad.....	214
11. El entrenamiento en solución de problemas sociales.....	223
Los diferentes pasos del modelo de solución de problemas.....	224
Ejemplo de una sesión de solución de problemas	231
12. La exposición.....	239
Cómo actúa la exposición.....	241
La revisión del desencadenante	246
La exposición verbal.....	248
La combinación de la exposición en la imaginación con la relajación y las intervenciones cognitivas	256
La exposición <i>in vivo</i>	260

CUARTA PARTE: ACEPTACIÓN, ADAPTACIONES Y AJUSTES	263
13. Fomentar el cambio cognitivo I: Contemplar el mundo de una forma más realista.....	265
Principios y métodos básicos.....	266
La distinción entre pensamientos y sentimientos en las discusiones terapéuticas.....	268
La terapia cognitiva de Beck.....	269
14. Fomentar el cambio cognitivo II: Desarrollar una filosofía de vida más flexible	279
Describir el acontecimiento activador (el desencadenante)	281
Enseñar a identificar las causas de la agresividad.....	283
Enseñar a interpretar racionalmente el desencadenante (la valoración)....	285
Algunas consideraciones finales	294
15. Perdonar	299
Por qué es importante perdonar	300
Definición del perdón	302
El perdón como un proceso que se desarrolla con el tiempo	305
La diferencia entre el perdón y otros conceptos.....	306
El reto de perdonar	309
Reacciones de condena y de perdón.....	312
Un modelo de perdón para los profesionales.....	317
 QUINTA PARTE: EL MANTENIMIENTO DEL CAMBIO.....	 325
16. La prevención de recaídas.....	327
Preparar a los pacientes para los lapsos: valorar los altibajos en su justa medida.....	331
Estrategias para manejar los altibajos	334
Mantener las ganancias una vez finalizado el tratamiento	336
 SEXTA PARTE: LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR NUESTRA PROPIA AGRESIVIDAD	 343
17. La reducción de la agresividad de los propios profesionales.....	345
Los efectos de la agresividad del profesional sobre los resultados terapéuticos.....	346
La fase de preparación	349



Estrategias para cambiar.....	351
Estrategias para aceptar.....	356
Prevención de recaídas.....	361
SÉPTIMA PARTE: EJEMPLOS DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO	365
18. Posibles aplicaciones del programa de tratamiento para el manejo de la agresividad	367
Aplicaciones al tratamiento en grupo	368
Contextos judiciales: prisiones, instituciones alternativas a los centros de reclusión, y centros de libertad condicional.....	373
Abuso de sustancias psicoactivas	377
Observaciones conclusorias	380
Bibliografía	383

Reconocimientos

Los profesionales y los científicos no trabajamos aislados. Ya se trate de una clínica, un hospital, una cárcel, la escuela, la universidad o cualquier otro contexto, cada uno de nosotros sumamos nuestros esfuerzos para confeccionar los programas de intervención que les serán de ayuda a los miembros de nuestra comunidad y de nuestra sociedad. Nos gustaría, pues, mencionar y darles las “gracias” a los colegas que han colaborado con nosotros a lo largo de todos estos años y que han contribuido a configurar buena parte de nuestro pensamiento. Estos incluyen a:

Jerry Deffenbacher,
doctor en psicología,

Catedrático de psicología de la
Universidad del Estado de Colorado.

Raymond DiGiuseppe,
doctor en psicología,

Catedrático de psicología de la
St. John’s University.

Christopher I. Eckhardt,
psicólogo,

Profesor agregado de psicología
de la Southern Methodist University.

Albert Ellis,
doctor en psicología,

Director ejecutivo del
Instituto Albert Ellis.

Eva Feindler,
psicóloga,

Profesora de psicología del
C.W. Post College.

J. Ryan Fuller,
licenciado,

Doctorando de la Universidad de Hofstra.

J. Christopher Muran,
psicólogo,

Director del Psychotherapy Research Project del
Beth Hospital, Israel.

Usha Ram,
psicólogo,

Profesor adjunto de la Universidad de
Pune, India.



Kurt Salzinger, psicólogo,	Director del Science Directorate de la American Psychological Association.
Charles Spielberg, doctor en psicología,	Profesor investigador honorífico de la Universidad de Florida del Sur.
Denis G. Sukhodolsky, psicólogo,	Miembro asociado de la Universidad de Yale.
Junko Tanaka-Matsumi, psicólogo,	Profesor de psicología de la Kwansei Gakuin University de Kobe, Japón.
Sergei V. Tsytsarev, psicólogo,	Profesor adjunto de psicología de la Universidad de Hofstra.
Julia R. Vane (<i>fallecida</i>), doctora en psicología,	Catedrática de psicología de la Universidad de Hofstra.
Joseph Wolpe (<i>fallecido</i>), médico,	Profesor de la Pepperdine University y de la Facultad de Medicina de la Temple University.

Les estamos igualmente agradecidos a los otros muchos estudiantes, colegas, familiares y pacientes que nos brindaron inteligentes sugerencias sobre la agresividad y los trastornos de agresividad en los encuentros profesionales y científicos, durante nuestros seminarios sobre la agresividad y en las sesiones de psicoterapia. Aunque son demasiados como para mencionarlos por su nombre, nos sentimos sumamente agradecidos.

Mención especial merecen Jeffrey I. Kassinove, psicólogo, profesor adjunto de psicología de la Universidad de Monmouth; Joseph Netto, doctorando de la Universidad de Hofstra, y Joseph Scardapane, psicólogo, director de la Psychological Evaluation and Research Clinic de Hofstra, por las inteligentes sugerencias que nos brindaron cuando leyeron algunas partes del manuscrito. Jeff invirtió muchas horas en leer y formular comentarios a los que inicialmente opusimos cierta resistencia, pero que demostraron ser excepcionalmente valiosos a medida que la redacción iba progresando hacia su forma definitiva. También hemos contado con el extraordinario apoyo e intuición de nuestro editor, Robert Alberti, psicólogo experto en asertividad y habilidades sociales. Bob trabajó estrechamente con nosotros en todo momento y tuvimos la oportunidad de gozar sinceramente de sus conocimientos, de su energía y sus comentarios oportunos. Les estamos igualmente agradecidos a Carriann Mulcahy, de la Universidad Central del Estado de Connecticut; a Sharon Skinner y Jean Trumbull, de Impact Publishers; y a Kathy Richardson y Kathleen White, de K. A. White Design, por el importante apoyo “entre bastidores” que tuvieron la amabilidad de ofrecernos.

Los investigadores formulan y comprueban hipótesis sobre la agresividad, eventualmente en el contexto de laboratorios convenientemente esterilizados. Por contraste, los terapeutas están en primera línea de fuego en la batalla contra la agresividad insana. Utilizan los conocimientos y los métodos propuestos por los investigadores para confeccionar planes de tratamientos individualizados. A su vez, los investigadores utilizan el *feedback* procedente de los terapeutas para pulir las técnicas de intervención que requieran ser mejoradas. A los investigadores que han configurado nuestro pensamiento y a los terapeutas que trabajan incansablemente por disminuir la agresividad dentro de nuestra sociedad, hacemos extensivo nuestro más sentido agradecimiento por su esfuerzo en convertir este mundo en un lugar más agradable.

Prólogo

Howard Kassinove y Raymond Tafrate describen su libro como un “manual de tratamiento completo para profesionales”. Creo que tienen razón. Aunque yo mismo he escrito dos libros sobre el manejo de la agresividad, incluida la reciente edición revisada de *Anger: How To Live With It and Without It (La Agresividad: Cómo Vivir con Ella y Sin Ella)* (Nueva York: Citadel Press, 2002), debo admitir que *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* supera mi propia labor en algunos aspectos. Además de ser casi “perfectamente” completo, este manual para profesionales es mucho más exhaustivo que otros libros sobre el tema y abarca notablemente bien el complejo ámbito del tratamiento psicológico de la agresividad.

Como señalan los autores (clínicos experimentados que han publicado algunos estudios de investigación excelentes sobre el control de la agresividad), *El Manejo de la Agresividad* incluye siete secciones detalladas que abarcan los fundamentos de la agresividad y el modelo explicativo del episodio de agresividad; la preparación para el cambio; el cambio; la aceptación; el mantenimiento del cambio; la elaboración de la agresividad de los propios terapeutas; y algunos ejemplos de posibles aplicaciones del programa de tratamiento para el manejo de la agresividad. Cada una de estas secciones del manual es bastante exhaustiva y completa.

Los dieciocho capítulos incluyen material excepcionalmente relevante e importante del que cualquier profesional en ejercicio podrá beneficiarse. Además, está escrito en un lenguaje sumamente comprensible y de fácil lectura, resaltando adecuadamente los aspectos más importantes. Muy bien –¡genial!, de hecho.

Como fundador de la Terapia Racional-Emotivo-Conductual (TREC), la primera de entre las principales terapias cognitivo-conductuales y la primera en subrayar la conveniencia de que el manejo de la agresividad incluyera estrategias cognitivas, emocionales y conductuales, naturalmente me sentí atraído por



los capítulos 13 y 14 de este manual. El capítulo 13 describe las técnicas de la Terapia Cognitiva (TC) de Aaron Beck y el capítulo 14 presenta algunas de las principales técnicas de la TREC para ayudar a las personas a minimizar su agresividad. Ambos capítulos están muy bien escritos y ponen de manifiesto las muchas similitudes, así como las principales diferencias, entre ambos enfoques. Como afirman los autores, el enfoque de Beck ayuda a los pacientes a percibir con más exactitud los desencadenantes de su agresividad, mientras que el de Ellis “es el más elegante de los enfoques, dado que el objetivo consiste en desarrollar un nivel más bajo de reactividad agresiva a través de un cambio filosófico en la visión del mundo”. En principio, estaría de acuerdo con esta diferencia principal entre ambos enfoques. Pero desearía igualmente señalar que el enfoque de la TREC subraya más claramente la importancia de las técnicas emotivas, provocativas y experienciales que la Terapia Cognitiva. Creo que los aspectos altamente emotivos de la TREC y de su forma de abordar el manejo de la agresividad revisten una notable importancia para el terapeuta.

Los restantes capítulos del manual, como señalé anteriormente, abarcan muchos métodos diferentes e importantes y muestran la forma de que los terapeutas, asesores, profesores y formadores puedan utilizarlos de forma eficaz. Permítanme resaltar especialmente que el capítulo 16, sobre la prevención de recaídas, y el capítulo 17, sobre la reducción de la agresividad de los propios profesionales, incluyen algunos aspectos importantes de los cuales todo terapeuta que se dedique a tratar la agresividad podrá beneficiarse considerablemente.

Una vez más, insistir en que este manual describe unos enfoques multimodales y de gran alcance, de mucha utilidad para enseñar a los pacientes, y también a otras personas, a disminuir y controlar la agresividad. Se trata de una obra notablemente bien realizada y altamente digna de ser leída.

Albert Ellis

Introducción

Por lo general, los profesionales de la salud mental no suelen haber experimentado personalmente de forma acusada los problemas que tratan. Pueden brindar intervenciones para las fobias sin necesidad de haber padecido jamás las limitaciones propias de un fóbico. Pueden brindar consejo a los internos de una cárcel, sin necesidad de haber estado encarcelados ellos mismos. O bien pueden hacer una terapia de pareja al tiempo que disfrutaban de una relación feliz, amorosa y libre de tensiones con sus propias parejas.

Pero la agresividad es diferente. Es una respuesta humana muy común, experimentada con frecuencia por personas de todas las edades, niveles culturales y ocupaciones. Difícilmente se puede decir que exista una sola persona que no se haya sentido agresiva jamás. Los consejeros matrimoniales, trabajadores sociales, médicos, personas que trabajan en las cárceles y en los colegios, y los psicólogos industriales, todos ellos han tenido experiencias de primera mano con la agresividad. Y los terapeutas en ejercicio suelen ser el blanco de la agresividad de otra persona, incluidos sus propios pacientes.

Chon (2000) señala que la agresividad se da tanto en la cultura occidental como la oriental, forma parte de las teorías más antiguas y más actuales sobre la emoción, y ha sido incluida tanto en los escritos de Confucio como de la India (Tomás de Aquino, 1225-1274; Averill, 1987; Ekman, 1992; Hahn & Chon, 1991; Izard, 1992; Plutchik, 1980, 1994, 2000; Schweder, 1993; Shaver, Schwartz, Kirson & O'Conner, 1987). Dado que está tan extendida y que aparece en casi todas las teorías sobre las emociones, Chon concluye: "... la agresividad parece ser una emoción humana fundamental y vital, la experiencia de la cual parece ser universal" (p. 148).

Desgraciadamente, en algunas personas la agresividad se vuelve altamente problemática y se puede afirmar que padecen un *trastorno de agresividad*. Considerada objetivamente, su agresividad es *excesiva en cuanto a su frecuencia*



y duración y guarda una *relación desproporcionada con el acontecimiento o la persona* que la desencadenó. En el caso de estas personas, la agresividad desemboca en unas consecuencias sumamente negativas y resultaría apropiada la aplicación de un programa para ayudarles a manejar su agresividad. El objetivo de este libro es brindarles a los profesionales una comprensión de los “fundamentos” de la agresividad y un plan de tratamiento que pueda ser modificado selectivamente para su aplicación en la práctica privada y en contextos institucionales.

El manejo de la agresividad se refiere a la reducción de los niveles perjudiciales y excesivos de vivencia de la agresividad y de exteriorización de la agresividad. El objetivo consiste en enseñar a los pacientes a reaccionar a los factores estresantes de la vida con una agresividad mínima e infrecuente y, en el caso de experimentarla, a expresarla de forma apropiada. Pensamos que esto se logra de la mejor forma mediante la combinación del *aumento de los conocimientos* y de la *práctica conductual*. Por tanto, es de primera importancia que los pacientes *comprendan* exactamente en qué consiste la agresividad, qué relación guarda con otras emociones, cuándo es adaptativa o desadaptativa, y por qué es tan importante reducir la agresividad desadaptativa. A continuación, y con la ayuda del profesional de la salud mental, el paciente inicia las prácticas en la consulta y las prácticas *in vivo* con el propósito de desarrollar reacciones más adaptativas a los acontecimientos vitales estresantes.

Pensamos que es *crucial que los pacientes y los profesionales compartan la misma base de conocimientos* respecto de la agresividad. La base de conocimientos incluye:

- Una definición conjunta de la “agresividad”, que permita diferenciarla de otros estados emocionales,
- Tomar conciencia de los estímulos que tengan probabilidades de desencadenar reacciones agresivas,
- Comprender la vivencia de la agresividad y de las diferentes formas mediante las cuales puede exteriorizarse,
- Comprender la diferencia entre las reacciones agresivas normales, o adaptativas, y las reacciones agresivas desadaptativas,
- El reconocimiento de las muchas consecuencias (en su mayoría negativas) asociadas a la agresividad intensa, frecuente y persistente, y
- El reconocimiento de que, independientemente de cuál pueda ser la causa externa, el paciente contribuye significativamente al desarrollo de sus propias vivencias agresivas.

La comprensión de estas diferentes ideas brinda las bases para la aplicación del *programa para el manejo de la agresividad*. Una vez presentados por el profesional y aceptados por el paciente, es probable que estos fundamentos aumenten la motivación del paciente a desarrollar unas reacciones más sanas frente a las situaciones aversivas. El programa se basa, por lo tanto, en dos principios:

- *El conocimiento de las causas de la agresividad y de los muchos problemas asociados a la agresividad frecuente, intensa y persistente, aumenta la motivación para el cambio.*
- *El cambio en sí mismo se deriva de la práctica reforzada de nuevas conductas bajo la guía del profesional.*

Los capítulos están divididos en seis secciones. En la Sección 1 analizamos en primer lugar la relación entre el nivel de activación fisiológica agresiva y el nivel de rendimiento cognitivo y motriz. A continuación presentamos una definición formal de la agresividad y la diferenciamos de los conceptos y experiencias afines representados por la hostilidad y la agresión. Después presentamos nuestro *modelo explicativo del episodio de agresividad*, que consta de cinco elementos: *desencadenantes, valoraciones, experiencias, estilos de expresión y consecuencias*. Analizamos la diferencia entre la agresividad sana y la agresividad problemática, y las consecuencias que se derivan de los episodios de agresividad. Confiamos en que esta información servirá para establecer una base común de conocimientos para los profesionales y los pacientes, al tiempo que recomendamos la discusión y la puesta en común durante esta primera fase del tratamiento. La mayor probabilidad de éxito en el tratamiento de la agresividad la ostenta un programa de intervención planificado conjuntamente, esto es, donde el profesional y el paciente trabajan en equipo. A continuación nos ocupamos de la evaluación y el diagnóstico de la agresividad. Los distintos elementos de la evaluación de la agresividad se exponen siguiendo el “guión de la agresividad”, esto es, la combinación de pensamientos privados y conductas manifiestas a la que llamamos “agresividad”. En el capítulo final de la Sección 1 presentamos una visión de conjunto del programa para el manejo de la agresividad.

En la Sección 2 consideramos los factores que subyacen y preceden al cambio. Analizamos la motivación y la alianza terapéutica, y ofrecemos algunas sugerencias para aumentar la conciencia de la agresividad por parte del paciente. Todos estos son elementos cruciales a la hora de aplicar un programa para el manejo de la agresividad, dado que inicialmente muchos pacientes agresivos suelen estar escasamente motivados a cambiar.



Los pacientes pueden venir por propia iniciativa o derivados por algún amigo, un compañero de trabajo o un familiar, o puede darse el caso de que un profesor o el sistema de enjuiciamiento criminal les obligue a entrar en tratamiento. El probable que los mejores resultados se obtengan con los pacientes que acuden por propia iniciativa, dado que reconocen sus problemas y ostentan la mayor motivación para el cambio. Es probable que los peores resultados se obtengan con los pacientes coaccionados por los centros de enseñanza o el sistema de enjuiciamiento criminal (por ejemplo, “Tendrás que consultar al psicólogo del colegio o serás expulsado por tres semanas”, o “Tendrás que asistir a un programa para el manejo de la agresividad en diez sesiones o irás a la cárcel por un período de dos meses”). El punto intermedio lo ocupan los pacientes derivados por otras personas, en cuyo caso la motivación suele ser incierta o cuanto menos variable.

La derivación por parte de otras personas suele ser habitual en el caso de los pacientes con problemas en el manejo de la agresividad. Después de una sugerencia por parte de un amigo, un familiar o un compañero de trabajo, o de un programa de ayuda para el empleado, el paciente derivado acude voluntariamente, pero con una dosis notable de escepticismo. Puede que todavía no conceda que exista un problema real, ni se sienta capaz de comprometerse a asistir a un programa de varias sesiones y tal vez costoso. El paciente puede mostrarse ambivalente ante la perspectiva de cambiar y no acabar de comprender los efectos negativos de la agresividad. Además, desgraciadamente, el paciente puede creer que una ligera toma de conciencia (*insight*), por contraste con una buena dosis de práctica, bastará para hacerle mejorar. La fase de preparación se ocupa, pues, de los factores interpersonales y motivacionales subyacentes que acrecientan la probabilidad de que la intervención sea eficaz.

La Sección 3 presenta algunas estrategias para ayudar a los pacientes a cambiar, de modo que puedan afrontar mejor los desencadenantes de la agresividad. Los pacientes y los profesionales suelen estar de acuerdo en que el objetivo no es otro que cambiar. Ahora bien, cada una de las partes suele ver el “cambio” de una forma diferente. Los profesionales reconocen que el mundo es un lugar difícil que abunda en decepciones, conflictos, frustraciones, violencia y maldad. Quieren que los pacientes cambien en base a desarrollar mejores habilidades para solucionar sus problemas, con el fin de disminuir los niveles de agresividad. Por contraste, y de forma característica, los pacientes quieren que cambien los demás. En su opinión, todas sus frustraciones, su agresividad, su resentimiento y sus problemas desaparecerían con tal de que su pareja, su hijo, su jefe, su compañero de trabajo, sus amigos o los líderes políticos, se decidieran a cambiar. Una vez que los pacientes advierten que son ellos mismos los

que tienen que mejorar su forma de actuar, aumenta su disposición a aprender cómo y cuándo evitar o huir de las situaciones difíciles en el caso de que lo más conveniente sea introducir un período de “enfriamiento” con el fin de aprender a manejar sus propios niveles de activación fisiológica, desarrollar habilidades vitales diferentes para alcanzar sus objetivos, y disminuir su reactividad mediante la práctica de la relajación y de las habilidades de afrontamiento al tiempo que se exponen deliberadamente a los problemas.

Por contraste, la Sección 4 se concentra en las estrategias de aceptación con el fin de ayudar a los pacientes a asumir las realidades desagradables de la vida. En última instancia, al margen de las muchas habilidades que podamos tener, también son muchas las circunstancias que están fuera de nuestro control. Los desencadenantes aversivos, como la pérdida de empleo, los desacuerdos graves con otras personas, o las desatenciones, aparecerán al margen de lo buenas que puedan ser nuestras habilidades. Buena parte de la agresividad resultante está provocada por errores en el procesamiento cognitivo de los estímulos aversivos. Los pacientes se lanzan a sacar conclusiones precipitadas e interpretan el mundo de forma inadecuada, o minimizan su sentido de la capacidad personal para afrontar las adversidades que perciben al tiempo que magnifican la gravedad de las dificultades reales que tienen por delante. Presentamos, pues, algunas técnicas para ayudar a los pacientes a interpretar la realidad adecuadamente, a aceptar la realidad y adaptarse a ella, y a perdonar y seguir adelante como una alternativa eficaz a la rumiación constante. Es importante que el profesional ayude a los pacientes a diferenciar entre dejar correr el pasado, vivir en el presente y prepararse para el futuro.

Finalmente, en la Sección 5 cerramos el programa formal para el manejo de la agresividad analizando el mantenimiento del cambio y la *prevención de recaídas*. La bibliografía relativa a las adicciones y los hábitos contraproducentes demuestra que el cambio no es un proceso lineal. Los pacientes dan dos pasos adelante y un paso atrás. Cuando dan el paso atrás suelen concluir que no ha habido ninguna mejoría “real” y que el fracaso total es inminente, y puede que “renuncien” a seguir trabajando su agresividad. Además, por la bibliografía referente al aprendizaje y el condicionamiento, comprendemos que después de que los malos hábitos han sido eliminados suele darse de forma característica un período de recuperación espontánea, esto es, de reaparición inesperada de la agresividad. En la fase de prevención de recaídas, los pacientes toman conciencia de que el cambio constituye un proceso que tiene sus “altibajos”. A continuación, desarrollan habilidades para afrontar los momentos bajos, con el fin de no dar lugar a que los tropiezos sean constantes o a que se abandone el tratamiento.



Concluimos con la cuestión de “La reducción de la agresividad de los propios profesionales” (capítulo 17) y “Algunas de las posibles aplicaciones del programa de tratamiento para el manejo de la agresividad” (capítulo 18). La agresividad constituye un ingrediente tan frecuente de la vida que los profesionales también suelen sentirse agresivos. De hecho, uno de los desencadenantes de la agresividad de los profesionales suele ser la conducta de los pacientes. Ofrecemos, pues, algunas sugerencias para reducir la agresividad aplicables a los propios profesionales. En última instancia, lo mejor es que podamos modelar conductas apropiadas para nuestros pacientes. Y, mediante la reducción de nuestra propia agresividad, también es probable que vivamos una vida mejor. Finalmente presentamos brevemente algunos de los posibles programas sesión por sesión para su utilización en situaciones especiales.

Una observación acerca de la metodología. En nuestros días son muchos los términos utilizados para referirse a los usuarios de los servicios profesionales de salud mental. Al mismo sujeto se le puede llamar *cliente, usuario, miembro del grupo, interno, procesado, participante, paciente, receptor del servicio, estudiante* y demás etiquetas diferentes. A lo largo de la mayor parte de este libro nos referiremos a los “pacientes”, dado que se trata de un término muy amplio y que se suele utilizar en muchos contextos. Cuando nos pareció apropiado, porque el encuadre obligaba a introducir algunas modificaciones en el tratamiento, nos hemos servido de otros términos, como el de “procesado”. Por supuesto, los postulados científicos y los procedimientos terapéuticos son genéricos y se aplican indistintamente, al margen de cómo sea etiquetado el individuo.

En distintos grados, todos sin excepción nos hemos sentido agresivos. Ahora bien, comparada con la ansiedad y la depresión, la agresividad ha sido un tanto ignorada en la bibliografía científica y profesional. Esperamos, pues, que este libro brinde un conocimiento y unas técnicas, de utilidad tanto para los pacientes como para los profesionales, que nos ayuden a todos a abordar más eficazmente la agresividad conflictiva.

*Howard Kassinove, doctor en psicología
Raymond Chip Tafrate, psicólogo*

Primera Parte
LOS FUNDAMENTOS