



Howard Kassinove  
Raymond Chip Tafrate

# El manejo de la **agresividad**

Manual de tratamiento completo  
para profesionales

*Serendipity*

A I O R

DESCLÉE DE BROUWER





**EL MANEJO DE LA AGRESIVIDAD**  
Manual de tratamiento completo  
para profesionales





Howard Kassinove  
Raymond Chip Tafrate

**EL MANEJO DE LA AGRESIVIDAD**  
Manual de tratamiento completo  
para profesionales



**Desclée De Brouwer**

Título de la edición original:  
Anger Management. *The Complete Guidebook for Practioners.*  
© 2002, Impact Publishers Inc., Atascadero, California, USA.

---

Traducción: Francisco Campillo Ruiz

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos -[www.cedro.org](http://www.cedro.org)-), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2005

Henao, 6 - 48009 BILBAO

[www.edesclee.com](http://www.edesclee.com)

[info@edesclee.com](mailto:info@edesclee.com)

Diseño de colección: Luis Alonso

*Impreso en España - Printed in Spain*

ISBN: 978-84-330-1971-4

Depósito Legal:

Impresión: Publidisa, S.A. - Sevilla

*Dedicado a:*

*Tina Kassinove, mi mujer y mi mejor amiga. Tina es la mujer más racional y con más capacidad de apoyo y de aceptación que conozco. Durante muchos años me ha compartido generosamente con "Tillie" y "Tallulah", dos de mis muchos ordenadores.*

*Andrew Kassinove, médico, y Jeffrey Kassinove, psicólogo, mis hijos; y a mi madre, Judith Kassinove, que me han enseñado tanto acerca de la vida.*

Howard Kassinove

*Lauren Tafrate, mi mujer, que mediante su elocuente ejemplo me ha enseñado lo que es la paciencia, la comprensión y el altruismo.*

*Jacob Tafrate, mi hijo, que me sirve de recordatorio de que el tiempo que pasamos con las personas a las que amamos constituye el don más valioso de la vida.*

Raymond Chip Tafrate



**Recuperado por:**

**Roberto Ramos C.**

# Índice

<b>Reconocimientos .....</b>	<b>13</b>
<b>Prólogo.....</b>	<b>17</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>19</b>
<b>PRIMERA PARTE: LOS FUNDAMENTOS.....</b>	<b>25</b>
<b>1. La agresividad.....</b>	<b>27</b>
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
<b>2. El modelo explicativo del episodio de agresividad .....</b>	<b>55</b>
Desencadenantes.....	57
Valoraciones .....	63
Experiencias .....	68
Estilos de expresión .....	72
Consecuencias.....	77
Consecuencias problemáticas de la agresividad .....	80
<b>3. La evaluación y el diagnóstico .....</b>	<b>95</b>
El diagnóstico de los trastornos de agresividad.....	105
<b>4. Una visión de conjunto del programa para el manejo de la agresividad .....</b>	<b>115</b>
La preparación para el cambio .....	118
El cambio propiamente dicho.....	119
Aceptación, adaptaciones y ajustes.....	121
El mantenimiento del cambio.....	123

<b>SEGUNDA PARTE: LA PREPARACIÓN PARA EL CAMBIO</b> .....	125
<b>5. Evaluar y aumentar la motivación para el cambio</b> .....	127
Las distintas etapas del cambio.....	128
El aumento de la motivación para el cambio.....	132
<b>6. Desarrollar una firme alianza terapéutica</b> .....	145
Fortalecer la relación terapéutica .....	150
<b>7. Aumentar la conciencia de las experiencias agresivas</b> .....	159
Técnicas para aumentar la toma de conciencia .....	161
<b>TERCERA PARTE: EL CAMBIO PROPIAMENTE DICHO</b> .....	175
<b>8. La evitación y la huida adaptativas</b> .....	177
El caso del encargado enemistado .....	178
Evitación = control de estímulos .....	179
Huida = salir de la situación .....	183
<b>9. El manejo del nivel de activación física</b> .....	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
<b>10. El desarrollo de habilidades vitales</b> .....	203
Habilidades sociales más comunes.....	206
Métodos de entrenamiento en habilidades sociales .....	211
Asertividad.....	214
<b>11. El entrenamiento en solución de problemas sociales</b> .....	223
Los diferentes pasos del modelo de solución de problemas.....	224
Ejemplo de una sesión de solución de problemas .....	231
<b>12. La exposición</b> .....	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

<b>CUARTA PARTE: ACEPTACIÓN, ADAPTACIONES Y AJUSTES</b> .....	263
<b>13. Fomentar el cambio cognitivo I: Contemplar el mundo de una forma más realista</b> .....	265
Principios y métodos básicos.....	266
La distinción entre pensamientos y sentimientos en las discusiones terapéuticas.....	268
La terapia cognitiva de Beck.....	269
<b>14. Fomentar el cambio cognitivo II: Desarrollar una filosofía de vida más flexible</b> .....	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
<b>15. Perdonar</b> .....	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
 <b>QUINTA PARTE: EL MANTENIMIENTO DEL CAMBIO</b> .....	 325
<b>16. La prevención de recaídas</b> .....	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
 <b>SEXTA PARTE: LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR NUESTRA PROPIA AGRESIVIDAD</b> .....	 343
<b>17. La reducción de la agresividad de los propios profesionales</b> .....	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
<b>SÉPTIMA PARTE: EJEMPLOS DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO</b>	<b>365</b>
<b>18. Posibles aplicaciones del programa de tratamiento para el manejo de la agresividad</b> .....	<b>367</b>
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
<b>Bibliografía</b> .....	<b>383</b>

# 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 Kwansai 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. Es 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 mejora “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**



# La agresividad

## 1

*Aferrarse a la agresividad es como agarrar un carbón candente con la intención de arrojárselo a otra persona; el único que se quema eres tú mismo*

Buda

¡Buda tenía razón! Al igual que cuando cogemos un carbón candente, suele ser la propia persona, o la familia o el grupo, quien se quema con la agresividad. Podemos dar un ejemplo personal. Después de un acalorado e “injusto” partido de ping-pong entre dos de nuestros hijos adolescentes, el más joven se puso muy furioso, arrojó la raqueta contra la pared y abrió un boquete. Fue castigado, hubo desavenencias en la familia y la reparación fue costosa. Nadie se benefició de la agresividad. Ahora bien, la agresividad constituye una reacción social extraordinariamente generalizada que puede ser útil y normal o destructiva y anormal. Cuando la agresividad es de nivel leve a moderado y el problema en cuestión es relativamente fácil, la agresividad puede ser útil. La agresividad desencadenada por un dependiente descortés puede motivarnos a hablar con el encargado del comercio o a escribir una carta de reclamación, lo que suele ser una tarea fácil de llevar a cabo. O bien, si la gente está hablando en voz alta durante la proyección de una película, podemos enfadarnos y exigir que se callen. Una vez más, se trata de una tarea relativamente fácil de cumplir.

Por contraste, cuando la agresividad es intensa y la tarea en cuestión es complicada, suelen aparecer problemas. Sería realmente difícil reparar la minúscula maquinaria de un magnífico reloj antiguo mientras nos sentimos enfurecidos por los insultos de un compañero de trabajo. A un pianista le resultaría difícil realizar una interpretación de la Rapsodia Húngara n° 2 de Liszt a su mejor nivel mientras se encuentra en un estado de agitación por una discusión reciente con un amigo. Y es improbable que los tenistas sean capaces de jugar a su nivel óptimo mientras experimentan un estado de auténtica cólera. Además de la disminución del rendimiento motriz, la agresividad también tiene conse-

cuencias cognitivas. Así, es improbable que una pareja sea capaz de ver todas las posibles opciones de resolución de conflictos aplicadas al intento de restablecer una relación deteriorada, mientras se están gritando el uno al otro. Y es improbable que el profesor que se enfada con sus alumnos en respuesta a las bajísimas notas obtenidas en un examen, tome en consideración todas las opciones posibles para contribuir a educarlos mejor. Los problemas surgen cuando las reacciones agresivas son demasiado intensas o aparecen con demasiada frecuencia y cuando la tarea en cuestión es complicada. La agresividad también genera problemas cuando es duradera y se mantiene sin resolver. En tales condiciones, nos sentimos abrumados e incapaces de abordar las dificultades intelectuales y conductuales que de otro modo serían fácilmente manejables.

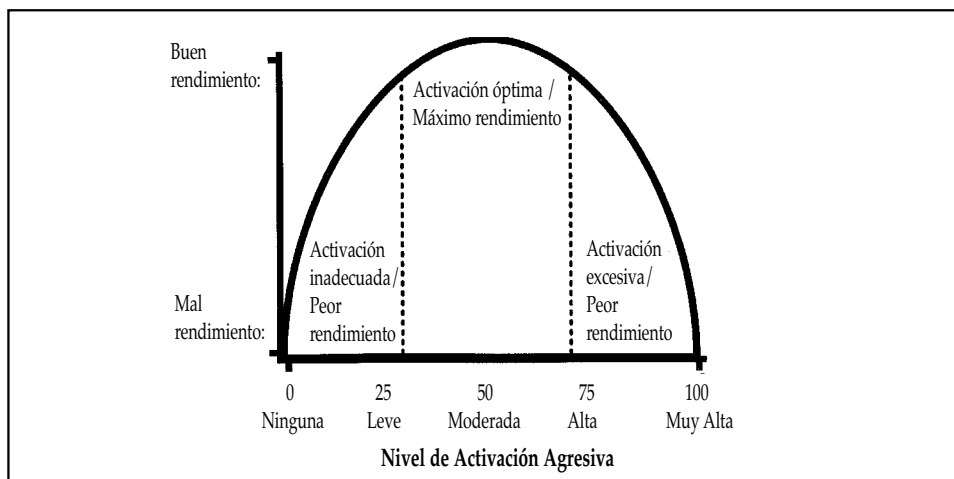
## EL NIVEL DE ACTIVACIÓN AGRESIVA Y EL RENDIMIENTO

*Si tu corazón es un volcán, ¿cómo quieres que dé flores?*

Kahlil Gibran

Conocida por los expertos y profesionales como la Ley de Yerkes-Dodson (1908), uno de los primeros elementos básicos que deben aprender los pacientes agresivos es que será más probable que puedan afrontar eficazmente los estresores de la vida cotidiana si su nivel de agresividad es leve o moderado en lugar de extremo (Figura 1-1).

**Figura 1-1. Nivel de Activación Agresiva y Rendimiento**



Consideremos el ejemplo de Robert, un estudiante de secundaria de 17 años que está durmiendo y, por consiguiente, cerca del nivel cero de activación. Sus músculos están relajados y su corteza cerebral y su sistema nervioso autónomo simpático se encuentran inactivos. En semejante estado la respuesta a la estimulación habitual es mínima. Son las siete de la mañana.

De repente suena el despertador. Robert lo apaga de inmediato y se vuelve del otro lado de la cama. Pasados diez minutos su madre le grita: “¡Levántate! ¡Vas a volver a llegar tarde al instituto! ¿En qué estás pensando? Estás a punto de presentar tu solicitud para la universidad y tienes que sacar buenas notas. No te van a admitir en ninguna parte. ¡Por favor! ¡Levántate ya!”. Los gritos constituyen un estímulo muy intenso. Sus músculos y sus glándulas responden automáticamente y las secreciones le brindan más *feedback* fisiológico. Robert está ahora despierto y enfadado, y grita: “¡Déjame en paz! Tengo tiempo de sobra. No sabes ni de qué estás hablando”. Luego de unos cuantos gritos más, Robert se ducha, se viste, desayuna y, todavía medio dormido, se dirige al instituto.

Son las diez y media de la mañana. El cuerpo de Robert ha alcanzado un nivel óptimo de activación. Está alerta y respondiendo adecuadamente a sus profesores y amigos. Pero no olvida la forma en que su madre lo trató –y no la ha perdonado. Le cuenta a algunos de sus amigos la discusión que ha tenido con su madre, lo que le permite volver a ensayarla mentalmente. Mientras está en clase, continúa rumiando las palabras de su madre y no presta atención a algunos de los contenidos de la exposición del profesor.

Después del almuerzo y de dos clases más, Robert se dirige a la biblioteca del instituto para buscar un libro que necesita para hacer un trabajo trimestral importante. Pero el libro ha desaparecido de la estantería. El trabajo es difícil e intelectualmente complicado, todo un reto. Requiere que Robert integre contenidos procedentes de las clases de historia y de español de los dos últimos meses. ¡El plazo de entrega expira dentro de dos días! Son ahora las dos y cuarto de la tarde. Robert le pide ayuda a la bibliotecaria, pero ésta se limita a responder sin inmutarse: “Se habrá perdido. No sé dónde puede estar. Lo único que podemos hacer es esperar a que aparezca”. Esta nueva frustración produce un aumento de la agitación de Robert, que había sido propiciada por la discusión que tuvo anteriormente con su madre. Mientras escucha la respuesta de la bibliotecaria, se siente furioso. Piensa para sus adentros: “¡Pedazo de cabrona! ¡No te importa lo más mínimo!”. Robert vuelve a recorrer las estanterías para proseguir la búsqueda del libro.

Mientras está repasando los libros, continúa dándole vueltas a la escasa ayuda que le prestó la bibliotecaria, además de pensar en la importancia crucial

que reviste el trabajo, tanto para sus notas como para su futuro. Y además, ¡le quedan sólo dos días de plazo! Quizás su madre tenga razón. Tal vez no logre que lo admitan en ninguna universidad. Continúa echándole las culpas a la bibliotecaria y adopta una actitud catastrofista acerca del problema. “No es culpa mía que no pueda encontrar el libro”, piensa, “Algún capullo no lo devolvió, o algún empleado de mierda no lo volvió a poner en su sitio. Seguro que a esa estúpida de la bibliotecaria tampoco la admitieron en la universidad. Y además, ¡es más fea que un dolor!”. Piensa: “Este es el fin. Mi madre tenía razón”. Su rabia y su agitación aumentan todavía más.

Después de unos treinta minutos de frustración, rumiación, culpabilización y dudas acerca de sí mismo, Robert sale de la biblioteca y se encuentra con un grupo de amigos, incluida una chica a la que le gustaría causar buena impresión. Con la intención de unirse a ellos, les dice: “Eh, ¿a dónde vais?”. Sin responderle, uno de sus amigos empieza a hacerle burlas de su pelo. En un acceso de autoobservación, Robert se pregunta si verdaderamente lleva el pelo tan mal como el amigo está dando a entender. Se pone furioso, maldice a su amigo para sus adentros, y en estos momentos está en condiciones óptimas de reaccionar desmedidamente a cualquier problema nuevo que se le presente. Con sus pensamientos puestos en la chica, se siente enfadadísimo con su amigo –de forma absolutamente desproporcionada en relación con la broma. De repente, Robert se acuerda de un grano que tenía en la nariz y que se vio en el espejo antes de salir de casa. ¿Seguirá ahí todavía? ¿Lo habrá visto ella? ¿Se estarán riendo de él a sus espaldas? ¿Y qué pasa con su pelo? Enfadadísimo y desconcertado, Robert opta por seguir su camino.

Se supone que Robert debía dedicar el resto de la tarde a hacer el trabajo trimestral. Pero, llegado a este punto, está tan furioso que sus procesos cognitivos se reducen a una corriente de pensamientos distorsionados y airados en relación con su madre, la bibliotecaria, su supuesto amigo, la chica a la que quería impresionar favorablemente, etc. Está lleno de una mezcla de rabia, culpabilización, dudas acerca de sí mismo y pesimismo. Su capacidad de pensar creativamente y de generar soluciones alternativas en relación con el trabajo trimestral está totalmente bloqueada. Probablemente, en este momento Robert no sería capaz de encontrar el libro de la biblioteca ni aunque lo tuviera delante de las narices, además de estar convencido de que las esperanzas que tenía puestas en la chica están absolutamente arruinadas. El nivel óptimo de activación que experimentaba a las diez y media de la mañana ha desaparecido y en su lugar se ha visto reemplazado por una experiencia de desorganización sobre la base de una agresividad insana. En semejante estado de abatimiento, rumiación, rabia y descon-

cierto, está en las condiciones perfectas para tener un altercado con cualquiera que tenga la desgracia de cruzarse en su camino.

Con respecto a las emociones como la agresividad, la Ley de Yerkes-Dodson dice:

1. *El rendimiento cognitivo y motriz óptimo suele estar asociado a un nivel moderado de activación.*

Desgraciadamente el nivel de activación de Robert es ahora demasiado alto. Ha sido propiciado por la discusión con su madre y acrecentado por la frustración en la biblioteca y las burlas de su amigo. El nivel de agresividad de Robert es mucho mayor que óptimo. Es improbable que sea capaz de tomar decisiones de forma racional y meditada. Y puede que lo más prudente por parte de los demás sea apartarse de su camino. En este momento cualquier provocación podría desembocar fácilmente en un ataque verbal o físico.

2. *El nivel óptimo de activación depende de la dificultad de la tarea.*

Es menos probable que la agresividad interfiera el rendimiento si la tarea es fácil y ha sido conveniente practicada con anterioridad, como en el caso de llamar por teléfono a un amigo, lo que ya hemos hecho anteriormente cientos de veces. Es más probable que la agresividad interfiera el rendimiento en una situación poco familiar o complicada que requiera concentrarse y reflexionar sobre las muchas y diferentes posibilidades.

La tarea actual de Robert (el trabajo trimestral) es compleja y difícil. Incluso con un nivel de agresividad moderado sería probable que cometiera errores como, por ejemplo, tomar una decisión inadecuada respecto de qué incluir en el trabajo. Tal vez se olvide de pasar el trabajo por la revisión ortográfica de su procesador de textos, lo que podría hacer que sacara una nota más baja. Puede que le entren dudas acerca del plazo límite de entrega del trabajo. Podría obtener una nota más baja si lo entrega con retraso. Podría terminarlo a tiempo, pero olvidarse de echarlo en la cartera (de resultas, por ejemplo, de volver a tener otra discusión con su madre). O, en medio de un acceso de agitación y rabia, puede que sea incapaz de localizar el archivo en el ordenador o incluso podría borrarlo involuntariamente del disco duro. *En un estado de agresividad y rabia intensas es probable que se cumpla una de las Leyes de Murphy – ¡todo lo malo que pueda suceder, sucederá!*

Sería mucho mejor para Robert que pudiera reducir su enorme agitación basada en la agresividad a un estado más moderado de contrariedad. Decididamente, su situación actual no es buena. Es cierto que su madre no fue amable con él. Es cierto que el libro no aparece. Es cierto que su amigo se burló de él.



Y es cierto que le había salido un grano en la nariz. En vista de todo lo cual, sería ciertamente inapropiado que se sintiera feliz. Al mismo tiempo, también es cierto que la agresividad intensa, la furia y la rabia no le son de mucha ayuda. La tarea que Robert tiene por delante consiste en aprender a reaccionar ante la acumulación de situaciones aversivas en su vida con un nivel de activación más moderado (por ejemplo, enojo, irritación, contrariedad, disgusto o molestia).

¿Por qué rendimos mejor cuando experimentamos niveles más bajos de agresividad? La hipótesis de la utilización de los indicadores sugiere que utilizamos las indicaciones del entorno para resolver problemas y llevar a cabo otras tareas complejas (Easterbrook, 1959). Cuando el nivel de activación es bajo, prestamos escasa atención a las indicaciones, como le sucedió a Robert cuando se estaba despertando. Con un nivel de activación moderado, procesamos a un nivel óptimo las indicaciones que tenemos a nuestro alrededor y seleccionamos las más relevantes. Pero a medida que aumenta el nivel de agresividad, volvemos a prestar menos atención a las indicaciones y, en su lugar, nos concentramos exclusivamente en los desencadenantes específicos (de la agresividad). En ese caso el rendimiento se empobrece, dado que no prestamos atención a todas las opciones que están a nuestro alcance para resolver el problema que tenemos entre manos. El libro que Robert necesita, por ejemplo, podría buscarlo en alguna librería de la ciudad, o a través de internet, o bien en una biblioteca pública. Incluso podría estar en algún carrito de mano cerca de la mesa de la bibliotecaria, esperando a que lo devolvieran a su lugar. Pero con el aumento del nivel de agresividad, Robert está concentrado exclusivamente en los estantes de los libros –¡donde *se supone* que debería estar! Puede que no atiende a los estímulos visuales (el libro) del carrito de mano de la biblioteca, y no es capaz de generar soluciones alternativas.

¿Suena esto improbable? Parémonos a considerar las veces que hemos sido incapaces de encontrar las llaves del coche, especialmente cuando llegamos tarde al trabajo y sabemos que otras personas nos están esperando. Las buscamos en la mesa de despacho o en los pantalones o la chaqueta que llevábamos ayer... en vano. Dado que nos ponemos frenéticos, nuestro cónyuge se decide a sumarse a nuestra búsqueda –para acabar descubriendo que las llaves están en la mesa de despacho debajo de un papel que no se nos había ocurrido apartar. ¡La respuesta que andábamos buscando estaba delante de nuestras narices! Esta misma situación la hemos vivido los dos autores del libro en más de una ocasión.

A medida que aumenta la agresividad, pasamos por alto las indicaciones, no nos ponemos a hacer un examen sistemático y concienzudo de los problemas y perdemos la capacidad de generar soluciones. Por ejemplo, ¿cómo reaccionaría el profesor de Robert si éste le pidiera una ampliación del plazo de entrega del

trabajo, para que le diera tiempo de hacerse con el libro? Tal vez negativamente y tal vez muy positivamente. Robert no lo sabrá a menos que haga la petición. Tendría que ser capaz de ocurrírsele “pedir ayuda” como una posible solución. Los autores de este manual somos ambos profesores de universidad. Los dos hemos tenido ocasión de ver casos en los que habríamos respondido positivamente a las peticiones de los estudiantes –tan sólo con que éstos hubieran sido capaces de explicar cuál era su problema en el momento oportuno. En lugar de ello, se sentían abrumados, frustrados y furiosos y acudían a nosotros *después* de haber agotado las fechas límites. También hemos tenido ocasión de trabajar con pacientes sumamente inteligentes que tomaban decisiones bastante dudosas respecto de su matrimonio, sus hijos o su trabajo porque sus niveles de agresividad interferían su lucidez habitual. Independientemente de la edad, el nivel cultural y la posición social, la capacidad de resolver problemas disminuye velozmente a medida que aumentan los niveles de agresividad.

## DEFINICIONES

---

*Todo aquello que concuerda con nuestros deseos personales nos parece cierto.  
Y todo aquello que no concuerda con los mismos, nos pone furiosos.*

André Maurois

Dado que estamos convencidos de que es importante que los profesionales y los pacientes compartan la misma base de conocimientos, presentaremos a continuación algunas definiciones formales. Definiremos la *agresividad* y la diferenciaremos de la *hostilidad* y de la *agresión*, para preludear la exposición del programa para el manejo de la agresividad.

**Agresividad.** Kassinove y Sukhodolsky (1995) definieron la agresividad como un *estado emocional subjetivo*. Este estado subjetivo varía en intensidad y duración, así como en frecuencia, y está asociado con ciertas distorsiones cognitivas, conductas verbales y motrices, y determinadas pautas de activación física. Si bien puede aparecer espontáneamente, lo característico es que se señale a otra persona como la causa de la agresividad. También incluye habitualmente la percepción de que esta otra persona es digna de censura o merece ser culpabilizada.

La agresividad no es una forma de agresión, ¡y la mayoría absoluta de las veces no conduce a la agresión! Se trata, antes bien, de una experiencia subjetiva a la que le siguen de forma característica intercambios aversivos inintencionados con amigos íntimos, compañeros de trabajo y familiares. Aunque la agre-

sividad es bastante frecuente, y a veces útil, puede llegar a convertirse en un problema personal con multitud de consecuencias negativas, que requiera un tratamiento en el contexto de una terapia individual, de pareja o de familia, ya sea en la práctica privada o en un encuadre institucional.

*Intensidad:* Algunos episodios de agresividad son moderados, mientras que otros son bastante intensos. Además, la intensidad de la agresividad varía dentro de un mismo episodio. Esto se ve reflejado en la observación de que la agresividad puede desarrollarse de forma similar a la expresión de echar cada vez más “leña al fuego”. Otra posible alternativa es que la agresividad se inicie repentinamente en un nivel relativamente elevado para después ir disminuyendo. Las explosiones de cólera, que comienzan con una intensidad muy elevada, son frecuentes en algunas personas y pueden venir provocadas por desencadenantes menores o de escasa importancia. Por ejemplo, en cierta ocasión los trabajadores de una oficina se sentían muy incómodos cada vez que la temperatura ambiente alcanzaba cierto nivel elevado y manipulaban repetidamente el termostato con el fin de aumentar el flujo de aire acondicionado. Cuando el jefe observó esto, prorrumpió de inmediato en un acceso de cólera, gritando y recalcando con insultos durante aproximadamente unos 30 segundos que él era el responsable de la oficina y no quería que se dilapidara el dinero de la empresa. Inmediatamente después volvió a recuperar la calma y, para sorpresa de aquellos que no lo conocían, a expresarse con mucha compostura. También hemos trabajado con pacientes que se ponían muy agresivos ante el menor indicio de una observación supuestamente negativa, convencidos de que no estábamos de su parte en relación con algún conflicto que tenían en su vida. Algunos pacientes alzaban la voz, nos criticaban severamente y en alguna ocasión llegaron a insultarnos. Estos pacientes solían distorsionar nuestras observaciones y le atribuían un significado altamente singular y personal a nuestros intentos por ayudarles a ver la situación desde una perspectiva diferente. Desgraciadamente para ellos, esta misma pauta también se repetía fuera de la terapia y perjudicaba considerablemente sus relaciones laborales y sociales.

A niveles más bajos de intensidad, los estados emocionales agresivos suelen describirse con palabras tales como “irritado, enfadado, enojado, ofendido, disgustado, fastidiado (y) molesto”. A un nivel intermedio la experiencia puede etiquetarse directamente de “airado, agraviado, enemistado, indignado (o) furioso”. A niveles muy intensos suele tildarse de “enloquecido, encolerizado, rabioso, trastornado, frenético (o) fuera de sí”. Las palabras correspondientes al nivel de intensidad más bajo suelen reflejar únicamente la percepción fenomenológi-

ca del estado emocional interno. Por contraste, las palabras correspondientes a los niveles de intensidad más elevados también pueden reflejar cierta desorganización conductual. Desgraciadamente, después de examinar detenidamente la cuestión, hemos llegado a la conclusión de que existe un bajo acuerdo respecto de la intensidad de la emoción representada por las diferentes palabras asociadas a la agresividad. Si bien serán muchos los lectores que concederán que “enojado” representa un estado menos intenso que “encolerizado”, el acuerdo acerca de palabras como “furioso” e “indignado” es menor. ¿Cuál de las dos representa un estado emocional más intenso? Las etiquetas verbales son bastante imprecisas y no están firmemente relacionadas con la conducta motriz específica o la reactividad fisiológica. Pero las palabras son importantes dado que sirven para anclar a los profesionales y los pacientes en una forma compartida de entender el mundo. Por esta razón, analizaremos más adelante la importancia de compartir un *vocabulario para la agresividad* basado en parte en un *termómetro de la agresividad*, de forma que los profesionales y los pacientes puedan establecer un significado común para las palabras asociadas a la agresividad.

Por supuesto, algunos pacientes se comportan como si estuvieran más cerca de alcanzar sus objetivos por el hecho de utilizar hipérbolos (por ejemplo, “Mi mujer se pasa *todo* el tiempo con su amiga Rebeca. Y además, *nunca* está en casa y *jamás* hace la limpieza. ¡Me pone absolutamente *furioso!*”) que con la identificación realista de la intensidad de su agresividad (por ejemplo, “Mi mujer se pasa *muchas* tardes con su amiga Rebeca. Me siento verdaderamente *enojado* y *celoso*. *Muchas veces* no la encuentro en casa cuando vuelvo por las tardes y *con frecuencia* da la impresión de que no hubiera limpiado la casa en absoluto”). Evidentemente, pocos pacientes agresivos se paran a pensar de antemano en cuál es el objetivo de su comunicación con los demás. En el ejemplo anterior, sería de esperar que la expresión asertiva de los sentimientos condujera a mejorar la comunicación y a elaborar un plan para pasar más tiempo juntos. La comunicación hiperbólica, catastrofista y culpabilizadora nos recuerda al niño que gritaba sin cesar: “¡Que viene el lobo!”. En última instancia, estas declaraciones acaban perdiendo su significado y hacen que disminuya la respuesta por parte de los demás.

*Duración:* Algunos episodios de agresividad son pasajeros. La agresividad sale a la luz y la persona puede estallar con una gran intensidad. Después, de la misma forma repentina como apareció, desaparece. Este era el caso del jefe de oficina mencionado más arriba, que podría ser diagnosticado de un “trastorno explosivo intermitente”.

En el otro extremo, algunos pacientes *están furiosos* durante días, meses o incluso años. Experimentan una *agresividad enconada y obsesiva* que es realmente duradera y problemática. La intensidad inicial de la agresividad puede ser baja, moderada o elevada, y enquistarse con el paso del tiempo. Algunas personas recuerdan y ensayan repetidamente los pequeños enfados. Una vez que su agresividad sale finalmente a la luz, estos pacientes tienen toda una “lista pendiente” de enfados que pueden parecerles triviales a quienes los escuchan. Para el paciente, sin embargo, han llegado a convertirse en algo sumamente importante.

Otras veces, el acontecimiento inicial puede haber sido verdaderamente traumático y abrumador, como en el caso de los pacientes que han sufrido una violación, malos tratos o torturas. Aunque la experiencia es duradera, puede que estos pacientes no hablen de su agresividad durante años, hasta que finalmente encuentran a un profesional comprensivo y competente o se ven estimulados de algún otro modo a hablar claro. Por ejemplo, después de rodar *La Lista de Schindler*, Steven Spielberg creó en 1994 la Fundación para la Historia Visual de los Supervivientes de la Shoah, con el fin de preservar los testimonios de los supervivientes del Holocausto. Se han logrado reunir más de 50.000 testimonios de testigos oculares. Muchos de estos supervivientes, llenos de agresividad y de rabia durante muchos años, no habrían salido a la luz de no haber sido por el proyecto de Spielberg. Otro ejemplo es el ofrecido por la Comisión Sudafricana para la Verdad y la Reconciliación, fundada para ayudar a afrontar la violencia y la violación de los derechos humanos ocurridas durante el *apartheid* entre 1960 y 1994. Como señaló Dullah Omar, anterior Ministro de Justicia, “... la fundación de una comisión constituye un ejercicio necesario para ayudar a los sudafricanos a liquidar cuentas con su pasado sobre la base de un consenso moral y a promover la causa de la reconciliación”. Uno de sus objetivos consiste en recobrar la dignidad y formular recomendaciones para la rehabilitación y la recuperación de los supervivientes, sus familiares y sus comunidades en general. La función genérica de la comisión consiste en garantizar que los hechos no vuelvan a repetirse, además de curar las heridas y fomentar la coexistencia saludable. Sin esta comisión, algunas de las víctimas podrían haber seguido padeciendo en silencio su agresividad durante años, con escasas posibilidades de relativizar las experiencias del pasado y seguir adelante con sus vidas.

*Frecuencia:* Las personas que presentan una agresividad acusada como un rasgo de personalidad, la experimentan frecuentemente en respuesta a los muchos y diferentes desencadenantes o problemas, y en muchos y diferentes contextos. Estos pacientes parecer estar predispuestos a ponerse agresivos en

prácticamente cualquier situación, y los demás aprenden rápidamente a evitarlos. Por contraste, los pacientes poco agresivos experimentan la agresividad con mucha menos frecuencia. Su agresividad aparece únicamente en respuesta a un conjunto limitado de desencadenantes tales como las críticas acerca de su físico, su familia o su rendimiento académico o laboral. Su agresividad aparece únicamente en circunstancias muy limitadas tales como en casa, en el trabajo o en el centro de enseñanza. Por ejemplo, nosotros siempre hemos mantenido unas relaciones informales con nuestros estudiantes universitarios, incluidas las bromas alegres y desenvueltas. En un caso ocurrido recientemente, sin embargo, uno de los estudiantes dejó claramente patente que aunque *por lo general* solía disfrutar de este tipo de bromas, no quería bajo ningún concepto que éstas incluyeran la menor alusión a su madre. Aunque se trataba de un sujeto poco agresivo, las bromas acerca de su madre constituían en su caso un desencadenante específico e intenso de agresividad.

*Cambios corporales:* Determinados cambios fisiológicos también suelen estar asociados a la agresividad. Los pacientes agresivos pueden sudar, ponerse muy nerviosos o temblar y sentir que sus ritmos cardíacos se disparan durante el transcurso de los episodios de agresividad. Pueden experimentar tensión muscular, rigidez en las mandíbulas y dolor de cabeza. También pueden advertir que aprietan los puños, además de otras conductas motrices relacionadas con la agresividad, como subir el volumen de voz o arrojar violentamente un libro sobre la mesa. Con toda probabilidad, como observaron James y Lange (véase James, 1984), buena parte de la vivencia de la agresividad surge como consecuencia de la autoobservación de estas reacciones fisiológicas y conductas motrices.

Dado que es prácticamente imposible mantenerse relajado y agresivo al mismo tiempo, una de las primeras intervenciones que recomendamos tiene por objetivo reducir el nivel de activación física. De hecho, las técnicas como la relajación muscular profunda, la meditación y el entrenamiento en el aumento de la conciencia figuran entre las intervenciones mejor validadas aplicadas a una amplia gama de trastornos (por ejemplo, Alexander, Rainforth & Gelderloos, 1991; Clum, Clum & Surls, 1993; Dua & Swinden, 1992; Eppley, Abrams & Shear, 1989; Hermann, Kim & Blanchard, 1995; Jacobson, 1938; Johnston & Voegele, 1993; Linde & Chambers, 1994; Speca, Carlson, Goodey & Angen, 2000; Schopen & Freeman, 1992). Como señalamos en el capítulo 9, estas técnicas tienen la ventaja de poder aprenderse en poco tiempo, sin que se conozcan efectos secundarios, lo que permite aumentar la credibilidad del profesional.

*Distorsiones y déficits:* La agresividad está asociada a distorsiones y déficits cognitivos o perceptivos que han sido convenientemente identificados. Estos estilos distorsionados de pensamiento conducen a los pacientes a convertirse, de acuerdo con la formulación de Beck (1999), en “prisioneros del odio”. Por ejemplo, a un encargado de una fábrica de calzado se le pidió que despidiera a un empleado a causa de su bajo rendimiento laboral. Aunque el encargado manejó bastante bien esta desagradable situación valiéndose de una serie de normas objetivas, el empleado se puso muy agresivo y pensó erróneamente que el despido se debía a que al encargado no le caían bien los empleados de determinado origen étnico. Le dijo a su familia y a sus amigos que “odiaba” al encargado. Pero poco podía hacer el encargado por reducir la agresividad del empleado, dado que ésta se basaba en un *estilo atribucional sesgado* acerca de la causa de su despido. En otro caso, un empleado furioso que había sido despedido de su trabajo se enzarzó en un *estilo desproporcional magnificado*, convencido de que el despido era “lo peor que podía ocurrirle” y que “jamás” lograría encontrar otro trabajo. En un tercer caso, basado en una *actitud exigente* y una *baja tolerancia a los acontecimientos discordantes*, un padre se puso furioso cuando su hijo, que era muy inteligente pero sacaba malas notas, le anunció que pensaba dejar de estudiar. El padre se dijo para sus adentros: “No puedo creérmelo. Debe estar loco para querer dejar los estudios. ¡Tengo que hacerle comprender que jamás llegará a ninguna parte si no dispone de una educación! Lo cierto y verdadero es que *debe seguir estudiando*”. La dificultad en comprender el mundo desde la perspectiva de los demás (lo que constituye un déficit), combinada con las distorsiones y las creencias inadecuadas, magnifican la decepción y la agresividad y la llevan fuera de proporción en relación con el acontecimiento objetivo. Una vez que la agresividad ha hecho acto de presencia, la capacidad de generar otras opciones para solucionar el problema se verá sensiblemente reducida.

## EL PANORAMA GENERAL: LA AGRESIVIDAD ES UN GUIÓN SOCIAL

---

Hasta el momento hemos descrito los elementos *individuales* de la agresividad, incluida la frecuencia, intensidad, duración, nivel de activación física y estilos distorsionados de pensamiento. Pero puede que exista una forma mejor y más global de definir la agresividad. Según los constructivistas, la agresividad es un papel o un *guión conductual reforzado y construido socialmente* que aprendemos a seguir. Este guión consta de pensamientos internos, reacciones fisiológicas, y conductas verbales y motrices observables (por ejemplo, Averill, 1982, 1983; Wessler,

1992). Al nivel más amplio de la sociedad y de los subgrupos sociales aprendemos múltiples conductas agresivas que suelen aparecer juntas de forma característica. En otras palabras, aprendemos “cómo” y “cuándo” ser agresivos. De acuerdo con esta perspectiva, la agresividad no es “algo” que existe y que puede ser fácilmente desmontado en sus distintos elementos. Antes bien, la agresividad es un *concepto* relativamente organizado pero *confuso* que, al igual que sucede con otras emociones, no es posible definir con absoluta claridad (Russell & Feher, 1994). De hecho, los expertos no están de acuerdo respecto de si la agresividad debe siempre contener el elemento de culpabilización o presentar un componente fisiológico o un componente conductual. Tampoco existe un acuerdo unánime acerca de los subtipos de agresividad (por ejemplo, enfado, furia, etc.) o de si la agresividad es diferente de la hostilidad y de la agresión. Un examen exhaustivo de estos debates académicos está mucho más allá del alcance de este libro. Baste con decir que, tal como suele utilizarse en la vida cotidiana y en este manual, *la agresividad hace referencia a una pasión o emoción en su mayor parte aprendida, experimentada subjetivamente y manifestada públicamente por una persona que vive en una determinada cultura*. La agresividad constituye un guión organizado en parte innato, pero que también se desarrolla en gran medida en función del aprendizaje dentro de la familia y en la escuela, a través de la formación religiosa y del modelado de los personajes que observamos en la televisión y en otras partes.

Aunque esta perspectiva constructivista y social pueda parecernos de entrada poco familiar, lo cierto es que *todos aprendemos cómo hay que actuar cuando nos sentimos agresivos y cuándo se supone que debemos ponernos agresivos*. Analicemos, por ejemplo, algunas de las amplias diferencias existentes entre las distintas culturas. En algunas culturas árabes los hombres aprenden a reaccionar agresivamente por el mero hecho de que una mujer muestre su rostro en público. Por contraste, en Francia y en Mónaco es bastante usual que las mujeres muestren los pechos al aire en la playa, lo cual no provoca ninguna agresividad en absoluto. En Estados Unidos es probable que alguien se ponga agresivo si descubre que su pareja mantiene una relación adúltera. Por contraste, otras culturas permiten la poligamia y sus miembros apenas reaccionan, ni tan siquiera con enojo, cuando la pareja mantiene relaciones sexuales con otra persona. Así pues, la agresividad es aprendida por lo que respecta a las personas, los objetos y las conductas específicas ante las que reaccionamos.

Los profesionales pueden dar por sentado la aparición de diferencias *verbales* en el guión de la agresividad en función del género, el nivel socioeconómico, la edad, la región de procedencia o el país de origen. En Rusia, por ejemplo, una modalidad verbal leve y tal vez infantil de expresar agresividad consiste en



decir: “Eres más tonto que un tarugo”. Si un adolescente o un adulto se sienten moderadamente agresivos, pueden lanzar la frase: “¡Eres un condón!”, lo que implica estupidez carente de mala intención. Finalmente, una expresión muy fuerte de agresividad sería: “¡Eres un perversor de niños!”.

Pero esta última frase no incluye ninguna implicación ofensiva de carácter sexual. Se trata más bien simplemente de una expresión muy fuerte de agresividad. Lo importante es que, por ejemplo, ningún norteamericano utilizaría ninguna de estas frases. Y a su vez los norteamericanos tienen expresiones para expresar la agresividad que no se utilizan en ninguna otra parte. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes procedentes de otros países tienen dificultades con la expresión: “¡Eres más tonto que una uña de un palmo!” (*You're as dumb as a door-nail!*) Tales diferencias idiomáticas sugieren que existen normas culturales aprendidas en el componente verbal del guión de la agresividad.

También existen diferencias en la configuración *conductual* del guión de la agresividad. Existe cierta evidencia, por ejemplo, de que es más probable que las mujeres griten cuando están agresivas, en tanto que es más probable que los niños varones y los hombres pasen a la agresión física en las mismas circunstancias (Averill, 1982; Kassinove, *et al.*, 1997; Buntaine & Costenbader, 1997). Los pacientes procedentes de los estatus socioeconómicos más bajos, y los adolescentes, son más propensos a utilizar los insultos (Martin, 1997). Los pacientes procedentes del sur de Estados Unidos son más propensos a pasar a la agresión física cuando se sienten agresivos (Nisbett, 1993) y es posible que los norteamericanos de origen japonés sean menos directos que otros norteamericanos en su forma de expresar la agresividad (Komahashi, Ganesan, Ohmori, *et al.*, 1997; Aune & Aune, 1996). Ciertamente, las personas del norte de Estados Unidos pueden parecerles frías y reservadas a las personas procedentes de culturas latinas más expresivas. A su vez, los norteamericanos tanto del norte como del sur pueden parecerles muy cálidos e inapropiadamente expresivos a las personas procedentes de las culturas asiáticas.

Parte del guión de la agresividad es innato y se ha venido desarrollando a lo largo de nuestro pasado evolutivo como elemento integrante de la reacción motriz adaptativa de “ataque o fuga”. En el caso de los animales, este elemento innato consiste en una serie de conductas motrices que pueden incluir el arrojar líquidos pestilentes (las mofetas), hacer ciertos ruidos (las serpientes cascabel), erizar las púas (los puercoespines), etc. Como se analizará más a fondo en el capítulo 9, llevamos mucho de este pasado animal en nuestro repertorio conductual, lo que resulta ser especialmente cierto a propósito de la conducta agresiva. Nuestras expresiones faciales parecen ser universales y derivadas de nues-

tra historia evolutiva, junto con determinadas conductas motrices (por ejemplo, Biehl, Matsumoto, Ekman, *et al.*, 1997). Los artistas de dibujos animados han demostrado una habilidad particular a la hora de captar estos aspectos no verbales del guión de la agresividad. Como se muestra en la Figura 1-2, existen auténticos expertos a la hora de plasmar las expresiones faciales, las conductas motrices y las fantasías asociadas a la agresividad. La facilidad con la que podemos reconocer la agresividad en los dibujos animados confirma la naturaleza identificable y consistente del guión de la agresividad.

**Figura 1-2. Diferentes Manifestaciones del Guión de la Agresividad**



El guión de la agresividad humana está programado de forma innata y es aprendido. Las expresiones faciales y las respuestas a ciertos desencadenantes pueden ser universales, pero también aprendemos a identificar qué es lo que supuestamente es inaceptable y aversivo, cuándo es apropiado reaccionar con agresividad, cuándo gritar y señalar amenazantemente con el dedo, o cuáles serán las consecuencias interpersonales más probables, y ello respecto de cualquier situación dada. El guión de la agresividad incluye ciertas *distorsiones cognitivas*, como se refleja en los pensamientos sediciosos y despreciativos acerca de la persona o de la situación desencadenante (por ejemplo, “Ese cabrón de mier-

da. Jamás se ha tomado la molestia de comprenderme y siempre ha estado a la que salta para joderme. No lo trago”); cierto *nivel de activación* (por ejemplo, aumento del ritmo cardíaco, sudoración, etc.); ciertas *conductas motrices expresivas* (por ejemplo, señalar con el dedo en tono de amenaza, colgar el teléfono violentamente, apretar los puños, fruncir la boca), y ciertos *etiquetados verbales* que reflejan la especificidad y la intensidad de nuestro sentimiento subjetivo (por ejemplo, enojado, rabioso, etc.). Estos etiquetados suelen estar generados por la observación de nuestro propio cuerpo (por ejemplo, cuando nos damos cuenta de que estamos gritando) y se reflejan en declaraciones tales como “¡Me siento furioso a más no poder!” o “Me siento alterado y ofuscado”.

Otros elementos del guión de la agresividad incluyen:

- Levantar la voz: v. g., muy por encima de lo que es habitual en la persona.
- Contenido acusatorio: v. g., “Lo hiciste a propósito, no me lo niegues. ¿Por qué no me dices la verdad?”.
- Contenido sarcástico: v. g., “Te crees *más listo* que nadie, ¿eh?”.
- Tono severo: v. g., “¿Por qué no pensaste en las consecuencias que lo que estabas haciendo iba a tener sobre mí?” (dicho con brusquedad)
- Insultos: v. g., “¡Hijo de puta!”.
- Gestos: v. g., señalar amenazante con el dedo.
- Postura corporal: v. g., inclinarse hacia adelante o mirar por encima del hombro al blanco de la agresividad.
- Palabras rotundas: v. g., “¡La *odio* con toda mi alma y *jamás* la perdonaré!”.

**Figura 1-3. El Guión de la Agresividad**



El guión también define lo que *no* forma parte de la agresividad. Por ejemplo, no nos llevamos el dedo a la oreja, ni nos reímos, ni nos rascamos la rodilla cuando nos sentimos agresivos. Si bien es cierto que podemos hacerlo con sarcasmo, ello no le brinda una información coherente al blanco de nuestra agresividad. Estas conductas no encajan con el guión característico de la agresividad.

*Es la constelación completa de estas respuestas lo que define la agresividad.* Ningún elemento aislado del guión constituye por sí solo un signo seguro de agresividad, dado que existen *diferencias individuales, grupales y culturales* en lo referente a la experiencia interna y a la manifestación externa de la agresividad. Cuando se ponen agresivas, unas personas gritan y otras ponen mala cara. Unas fantasean con la posibilidad de agredir físicamente y otras no. Unas desprecian al blanco de su agresividad y otras no. No todos los pacientes levantarán la voz cuando se pongan agresivos y no todos proferirán injurias. De hecho, algunos pacientes bajarán la voz cuando se pongan agresivos. Algunos no utilizan jamás las palabras groseras ni el sarcasmo. En lugar de ello, expresarán su agresividad directamente. Y, aunque son muchos los pacientes que acompañan su agresividad de ciertos gestos, otros no. A modo de ejemplo de las diferencias individuales, conocemos a una mujer que murmura “6-21-3-11” cuando se pone agresiva. Estos números reflejan letras del alfabeto, como “f”, “u”, etc. (esto es, *fuck = joder*).

En resumen, la agresividad es un estado emocional experimentado subjetivamente que varía en intensidad y se asocia con diferentes conductas verbales y motrices, respuestas físicas, distorsiones y déficits cognitivos, etiquetas verbales y consecuencias interpersonales. Puede aparecer frecuente o infrecuente y puede ser pasajera o duradera. Dada la amplia variedad de formas de experimentar la agresividad, probablemente lo mejor es que el profesional inicie la evaluación con los informes procedentes del propio paciente. De hecho, la función del profesional consiste en identificar, con la ayuda del paciente, el guión individual de la agresividad del paciente. Estos informes preparan el terreno para la introducción de un programa de tratamiento que permita modificar el guión de la agresividad de cada paciente individual mediante el esfuerzo conjunto y colaborador del profesional y el paciente agresivo.

**Hostilidad.** La hostilidad se define como un conjunto de *actitudes* o de pensamientos más o menos persistentes acerca de una persona, una institución o un grupo. Los pacientes pueden expresar su hostilidad con frases como “Es una cabrona de mucho cuidado. Jamás se me ocurriría confiar en ella” o “No soporto a esos malditos... (determinado grupo étnico). Se merecen sufrir”. Las actitudes hostiles suelen defenderse con diferentes *grados de convicción* (Abelson, 1987). Las *actitudes centrales*, en el sentido de constituir un aspecto definitorio del

paciente, suelen sostenerse desde hace mucho tiempo, son compartidas por amigos y familiares y el paciente puede donar dinero o trabajar en una determinada organización para hacer propaganda de dichas actitudes. Las creencias centrales y sostenidas con gran convicción pueden representar ciertas actitudes consideradas por la mayoría de los miembros de la sociedad como positivas (por ejemplo, “salvemos a las ballenas”) o negativas (por ejemplo, las actitudes respecto del NAMBLA, grupo que promueve la actividad sexual entre hombres y niños). Parémonos a considerar algunas de las actitudes acerca de los judíos, los católicos, los musulmanes, los homosexuales, los sureños, los negros, los ancianos y las personas físicamente discapacitadas. Es fácil imaginarse la agresividad y el resentimiento que pueden estar vinculados a estas actitudes. Y en el caso de que constituyan un aspecto central de la descripción que de sí mismo hace el paciente, de que reflejen una suspicacia de larga duración hacia otras personas o grupos, y de que hayan sido reforzadas por el medio familiar y los iguales desde hace mucho tiempo, pueden ser prácticamente imposibles de cambiar. Por ejemplo, en algunos países de Oriente Medio las gentes llevan años mantenido entre sí unas actitudes profundamente hostiles derivadas en conflictos y guerras que se prolongan hasta nuestros días y que han demostrado ser impermeables a los múltiples esfuerzos por modificarlas. Las actitudes de los terroristas que planificaron y llevaron a cabo la destrucción de las Torres Gemelas de Nueva York en septiembre del 2001, constituían ciertamente una variable crucial a la hora de explicar su conducta. Las actitudes centrales son muy difíciles de cambiar.

Por contraste, *las actitudes superficiales* son relativamente más fáciles de modificar, a menudo por mera lógica. Por ejemplo, los niños pequeños tienen poca experiencia sobre el mundo. Si les preguntan si las armas son peligrosas, pueden responder “sí” de entrada, sobre la base de lo que les han enseñado en la escuela. Ahora bien, si el padre del niño es propietario de un arma o es partidario de las armas, las actitudes del niño hacia las armas pueden dar rápidamente un giro más positivo de resultados del trato con su padre. O bien, un paciente puede tener poca experiencia con los ancianos y sin embargo estar convencido de que son muy rígidos de mentalidad y están desfasados. Pero, después de trabajar durante unos días en una residencia de ancianos, el paciente puede mostrar una actitud mucho más flexible y mencionar que algunos ancianos son ciertamente bastante rígidos, mientras que otros pueden incluso dar la impresión de ser muy modernos y “extraordinariamente agudos”. Dado que las actitudes iniciales no estaban suficientemente desarrolladas, o no eran centrales, resultó fácil modificarlas.

La modificación de las actitudes negativas acerca de determinados compañeros de trabajo, la pareja, los hijos o ciertos profesores, puede incluirse en un programa para el manejo de la agresividad. A veces puede ser útil trabajar

algunas actitudes generales como, por ejemplo, hacia la policía, los profesores o determinados grupos específicos. Otras veces es la actitud acerca de una persona específica lo que requiere ser modificada. La mejor forma de cambiar las actitudes es a través del *contacto, el conocimiento y el trato*. Cuando los homosexuales y las lesbianas estaban en el “armario” y cuando los norteamericanos teníamos un contacto muy escaso con las personas procedentes de la antigua Unión Soviética, resultaba muy fácil defender una actitud negativa hacia estos grupos. El cambio de actitud vino con la ayuda del trato. A medida que nos fuimos enterando de que algunos de nuestros compañeros de trabajo eran homosexuales, o de que nuestro vecinos procedían de la antigua URSS, fueron muchas las personas que decidieron cambiar su actitud. El mismo proceso ha resultado ser cierto en el caso de las actitudes hacia los negros, los judíos, los sureños, los indios, los minusválidos, los deficientes mentales, etc. El contacto y el trato con los miembros de estos grupos pone en entredicho las creencias previas y conduce a un cambio de actitud.

Desgraciadamente, existe también la correspondiente contrapartida. Cuando defendemos actitudes hostiles hacia determinadas personas o grupos, tendemos a evitarlos. A veces nos encontramos, pues, con pacientes que defienden unas actitudes negativas desde hace mucho tiempo y que jamás las han puesto en entredicho porque era más fácil evitar a ese primo, ese vecino o ese antiguo amigo, que “sabemos” que son una auténtica “víbora” emboscada entre la maleza.

Desde el punto de vista clínico, la hostilidad y las actitudes negativas preparan el terreno para la agresividad. Estas actitudes se parecen mucho a las lentes oscuras de las gafas de sol. Cuando nos ponemos las gafas de sol el mundo parece más oscuro. Por contraste, los esquiadores prefieren las lentes amarillas dado que facilitan la visión de las montañas cubiertas de nieve durante la puesta de sol. De forma similar, las actitudes negativas hacen de filtros que predisponen a los pacientes a la intolerancia y a interpretar casi inmediatamente ciertas conductas neutrales o ligeramente problemáticas de una forma extraordinariamente negativa, sin evaluar con una actitud crítica los factores implicados, lo que desemboca en reacciones agresivas y episodios de agresividad duraderos.

**Agresión.** La agresión se define como una *conducta motriz*. Hace referencia a una acción *física* con el *propósito* de herir o hacer daño a otra persona, o a veces destruir la propiedad (Figura 1-4). El *propósito* constituye un elemento central de la definición, dado que no incluimos en la misma los daños ocasionados por las acciones inintencionadas de otras personas. Ocurren accidentes en los que hay daños, por supuesto, pero en los que no había ningún propósito de agredir.

**Figura 1-4. La Respuesta Motriz de Agresión**



Si la conducta motriz encaminada a provocar un daño se dirige contra el objetivo, se la denomina agresión *directa*. Ello incluiría, por ejemplo, al marido que le pega a su mujer en respuesta a los insultos de ésta en el transcurso de una discusión. También incluiría a la madre que le pega a su hijo pequeño cuando descubre que pintarrajeó la pared del dormitorio con sus lápices de colores. Si la conducta no está encaminada directamente al objetivo, se la denomina agresión *indirecta*. Por ejemplo, en lugar de pegarle a su pareja un hombre podría ponerse a romper platos, estrellar una maceta contra la pared o liarse a pegarle patadas al perro. El objetivo consiste en herir a la pareja, pero el medio escogido es indirecto. La pareja tiene que limpiar el estropicio o calmar al perro, y se siente tanto vulnerable como amenazada. En el ejemplo de Robert citado anteriormente, el objetivo real podría ser agredir a su madre o a la bibliotecaria del instituto. Ahora bien, dado que existen fuertes prohibiciones sociales contra tales conductas, le sería más fácil agredir a un amigo del instituto. Sería prudente evitar a Robert hasta esperar a que se calmara, a menos que sea un desconocido quien se convierta en el blanco de su agresión indirecta.

Las agresiones pueden ser consecuencia de la agresividad y/o de la hostilidad, o bien pueden ser un medio debidamente planificado y calculado de alcanzar un objetivo deseado sin que la agresividad intervenga apenas o en absoluto. Si la agresión se deriva de la agresividad, se la denomina agresión *hostil* o *emocional*. La agresión hostil no ha sido planificada y es impulsiva. Sen-

cillamente estalla como resultante de la cadena formada por *actitud hostil + agresividad* → *agresión*. Es probable que las consecuencias específicas se desconozcan de antemano, incluso por quien lleva la agresión a cabo. La agresión hostil suele afectar a objetivos inintencionados y puede llegar a ser mucho más grave de lo que se esperaba. Tuvimos ocasión de ver un caso de agresión emocional en el que un joven de 27 años se dirigió a la casa de su novia sin avisarla previamente. Al ver un coche extraño en el aparcamiento, miró a través de la ventana y descubrió que la novia estaba teniendo relaciones sexuales con otro hombre. Se puso fuera de sí, volvió a su casa hecho una furia y cogió su arma. Después volvió a la casa de la novia y les disparó a los dos hasta matarlos. Obviamente, conviene que los profesionales sean precavidos cuando trabajen con pacientes que tengan un largo historial de agresiones hostiles.

La agresión también puede ser *instrumental*. Este tipo de agresión es cuidadosamente planificada y puede incluso estar aprobada por la sociedad. En este sentido podemos afirmar que un veterinario que practica la eutanasia a un perro enfermo está llevando a cabo un acto de agresión, dado que matar al perro constituye una acción motriz encaminada a provocar un daño. Y también podemos afirmar que un médico contratado para administrar una inyección letal a un asesino condenado a muerte está llevando a cabo una agresión instrumental, al igual que los participantes en una operación militar aprobada por el gobierno. En estos casos contratamos a ciertas personas para que maten, al igual que un “asesino a sueldo” puede ser contratado para matar a una víctima previamente identificada. El agresor instrumental puede incluso no sentir la menor agresividad u hostilidad, sino más bien compasión, como en el caso del veterinario. Dado que la agresividad es escasa o nula, hay mucho tiempo por delante para planificar y premeditar antes de que la agresión tenga lugar. Este acto de agresión, por consiguiente, es perpetrado en un momento concertado, y de forma consciente, deliberada y sopesada.

**Verbalizaciones aversivas.** Son muchos los autores que califican las expresiones verbales de agresividad, tales como chillar, gritar o insultar, de “agresiones verbales”, especialmente cuando van dirigidas intencionadamente a otra persona. A nosotros no nos parece que esto sea una caracterización útil de la conducta verbal por dos razones. Primero, la conducta motriz tiene un efecto relativamente predecible en cualquiera de nosotros. Si nos dan un puñetazo en la nariz, sangramos. Si nos empujan escaleras abajo, nos caemos y sufrimos dolorosas contusiones y magulladuras. Aunque puede que las personas jóvenes sufran unas consecuencias más leves que las personas mayores, los efectos suelen ser generalmente los mismos.



Por contraste, los efectos de la conducta verbal son variables. Si alguien nos llama “gordos” o “estúpidos”, puede que reaccionemos, o no. Si estamos escuálidos, podemos pensar que algo le pasa a la persona que nos llamó “gordos”. Si un niño de 4 años nos llama “estúpidos”, es probable que reaccionemos de forma muy diferente a como lo haríamos en el caso de que fuera un encargado dentro del trabajo el que utilizara este término delante de nuestros compañeros.

Consideremos cómo podríamos reaccionar si escuchamos una observación ultrajante que hace referencia a nuestra propia raza. Si la persona que hace la observación no es de nuestra raza, puede que tengamos una reacción muy intensa y que nos sintamos enfurecidos. Ahora bien, si la persona que hace la observación es de nuestra propia raza, tal vez nuestra reacción sea únicamente de enojo, o puede incluso que no reaccionemos en absoluto. Por poner otro ejemplo, consideremos el caso de los actores profesionales. Estas personas pueden interpretar papeles en los que son objeto de repetidas verbalizaciones aversivas. En el caso de Hollywood, puede que tengan que rodar las escenas varias veces y en el caso de Broadway puede que tengan que interpretar el papel noche tras noche. Pero no sienten ninguna animadversión hacia la persona que les lanza las verbalizaciones aversivas, porque esta persona también se está limitando exclusivamente a “representar un papel”. Finalmente, tenemos el hecho de que con frecuencia reaccionamos de una forma más extrema frente a los insultos verbales cuando estamos fatigados o nos sentimos alterados por algo o por alguien. Recordemos, por ejemplo, que Robert mostró menos capacidad de tolerar las burlas de su amigo después de haber tenido los incidentes con su madre y con la bibliotecaria. Pero los efectos de la conducta motriz aversiva, como los golpes o las patadas, no dependen de nuestro estado de ánimo, ni de nuestra relación con la otra persona, ni de si estamos o no en Broadway. Un estímulo físicamente aversivo como, pongamos por caso, una patada, tiene sus propios efectos predecibles e inflexibles de acuerdo con su intensidad y su localización. Por contraste, las reacciones a las verbalizaciones aversivas procedentes de otras personas son muy variables.

Existe una segunda razón para evitar el término “agresión verbal”. Dado que se trata de una conducta motriz, la agresión produce daños tales como contusiones, hemorragias, rojeces, roturas de huesos, etc. No tenemos elección, salvo responder de esta forma a la agresión motriz. No podemos elegir no sangrar cuando nos apuñalan, o aprender a no desarrollar una contusión cuando nos dan un puñetazo. Pero éste no es el caso de los ataques verbales aversivos. De hecho, *uno de los objetivos del manejo de la agresividad consiste en disminuir la reacción ante las verbalizaciones aversivas de otras personas mediante el*

*desarrollo de un mayor conocimiento y la práctica conductual.* La agresión motriz produce un efecto invariable en el cuerpo de una persona, independientemente de cuál sea el estado de ánimo, el color, la religión, la edad o la relación con el agresor. Por contraste, las verbalizaciones aversivas (las denominadas “agresiones verbales”) conllevan una amplia variedad de reacciones que dependen de muchos factores y, lo que es más importante para los profesionales, dichas respuestas pueden ser modificadas mediante un programa para el manejo de la agresividad.

Así pues, utilizaremos los siguientes términos:

- **agresividad**, que se refiere a las experiencias internas de una persona (en su mayor parte aprendidas) tales como pensamientos, fantasías, imágenes, conductas verbales y reacciones corporales, frente a la conducta aversiva de otras personas, y que varían en intensidad, frecuencia y duración.
- **hostilidad**, que se refiere a las actitudes o los pensamientos negativos duraderos y que predisponen a ciertas personas a experimentar agresividad.
- **agresión**, que es una conducta motriz encaminada a provocar daños.
- **verbalizaciones aversivas**, que es el término que proponemos para las palabras y frases, de ordinario negativas, que tienen efectos variables y pueden provocar o no agresividad en los demás.

Nos permitimos observar nuevamente que la conducta verbal aversiva de otras personas (por ejemplo, gritar, insultar, regañar, etc.) puede estar encaminada a provocar daño. Ahora bien, puede que lo consiga o no dependiendo de factores tales como la interpretación que hagamos del sentido de la verbalización y nuestra creencia acerca de si tales verbalizaciones negativas son o no intolerables. En última instancia, las palabras aversivas no son más que palabras y “los palos y las piedras pueden rompernos los huesos, pero las palabras jamás pueden herirnos”—¡a menos que lo permitamos!

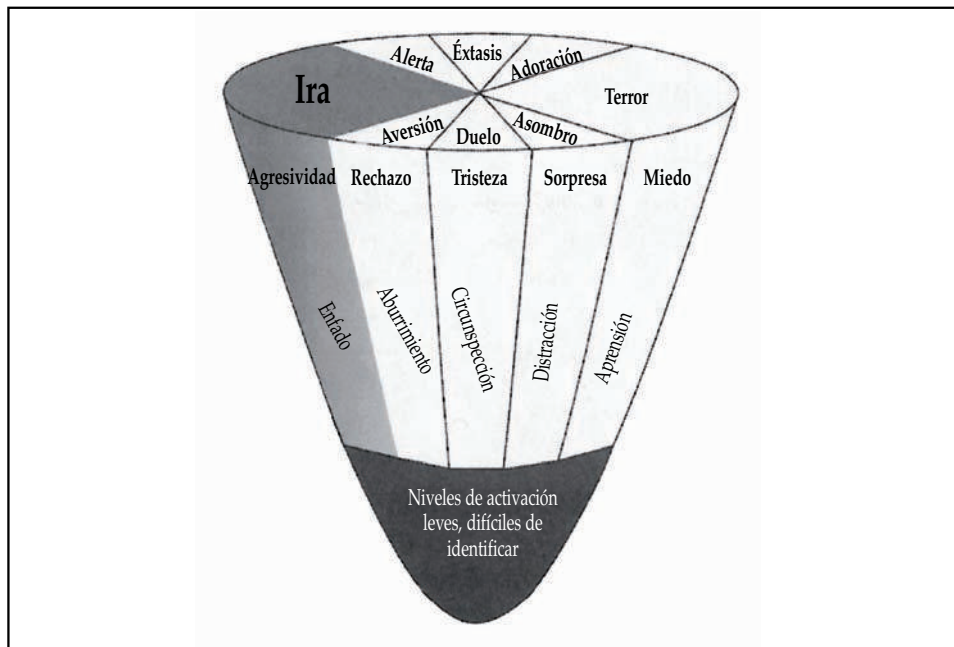
## EL DESARROLLO DEL VOCABULARIO EMOCIONAL

---

La agresividad es una experiencia objeto de una *etiquetación subjetiva*. Es una palabra que utilizamos para identificar nuestros pensamientos, nuestras respuestas fisiológicas y nuestras reacciones conductuales. Idealmente deberíamos utilizar palabras diferentes para identificar diferentes sentimientos, intensidades e incluso duraciones. Desgraciadamente, los pacientes suelen etiquetar ina-

decuadamente sus estados emocionales. Pueden clasificar erróneamente de agresividad o enfurecimiento niveles de activación pasajeros y leves, como el enfado. Una mujer mayor que vivía en una residencia de ancianos clasificaba cualquier pequeño contratiempo como, por ejemplo, un ligero retraso en la comida, como “espantoso”. Solía despotricar del personal (“Son unos estúpidos”) y decir con un tono culpabilizador: “Hoy han hecho que me sienta increíblemente agresiva”. Esta conducta provocaba un nivel de activación innecesario que ya no sólo suponía un problema para su propia salud, sino que también hacía que le cayera mal al personal. Otro de los problemas aparece cuando los pacientes utilizan categorías con significados menos específicos, tales como “alterado”, para describir su estado emocional subjetivo. En tales casos, los profesionales no saben si lo que se está sintiendo es agresividad, ansiedad o algo diferente, y tampoco es evidente la intensidad de la experiencia. Así pues, ayudar a los pacientes a desarrollar un *vocabulario emocional* claro constituye uno de los elementos importantes de cualquier programa que pretenda reducir la agresividad y son muchos los pacientes que se benefician de analizar la forma de clasificar el espectro total de sus experiencias emocionales.

Figura 1-5.



La agresividad ha sido identificada una y otra vez como una de las emociones humanas más básicas, que casi todo el mundo experimenta de vez en cuando. Aunque existen diferencias entre los expertos, la clasificación de otras de las emociones básicas incluye el miedo, la alegría, la tristeza, la aceptación, el rechazo, la expectación y la sorpresa. Plutchick (1980, 1994, 2000; Figura 1-5) clasificó las emociones básicas sirviéndose de una media esfera. Su modelo pone de manifiesto que cada una de las emociones básicas, incluida la agresividad, varía en intensidad. En el caso de la agresividad, los tres niveles de intensidad básicos serían la ira, la agresividad y el enfado. Su teoría también postula que las emociones específicas son más claramente identificables en el “ecuador” de la media esfera, esto es, en el nivel más elevado. A medida que las emociones se van debilitando, perdemos la capacidad de identificar exactamente qué es lo que estamos sintiendo.

Ciertamente, los profesionales tienen ocasión de observar a pacientes que se sienten ligera y vagamente “afectados”, pero no pueden clasificar con claridad su estado emocional. Ciertos profesionales hablan de que algunas emociones se utilizan para encubrir otras. Consideran que en realidad la depresión es agresividad, o que la agresividad está enmascarando la culpa, etc. La opinión de Plutchick es más sencilla y aceptable. Cuando las emociones son débiles, resultan difíciles de identificar con claridad y con frecuencia utilizamos mal las categorías lingüísticas cuando comunicamos sentimientos leves a otras personas. Es precisamente en estos casos, esto es, cuando las emociones no son lo bastante fuertes como para prestarse a ser identificadas con claridad, cuando los profesionales pueden proyectar sobre el paciente sus propias percepciones. Pero conviene ser precavidos ante la posibilidad de que los pacientes manifiesten su acuerdo con nuestras interpretaciones debido únicamente a nuestro estatus profesional y no a que lo que les estamos diciendo les parezca cierto. *Una sencilla verdad clínica es que con frecuencia los pacientes no saben cómo clasificar sus emociones.* Tal vez utilicen una palabra genérica como “afectado” o “alterado” para describir la agresividad, o puede que no utilicen ningún vocablo emocional y, en su lugar, describan más bien una reacción o un objetivo deseable. Observemos, por ejemplo, que lo que viene a continuación *no* son auténticas manifestaciones de experiencias emocionales:

“Tengo la sensación de (o siento) que debería prestar más atención a lo que digo”, o

“Tengo la sensación de que es desagradecida”, o

“Tengo la impresión de que podría dedicarle más tiempo sus estudios”, o  
“Tengo la impresión de que mi jefe es injusto”.

Dada la dificultad que tienen muchos pacientes con la comunicación directa y sincera de la agresividad, conviene utilizar y definir palabras como “enfadado”, “insatisfecho”, “agresivo”, “ofendido”, “furioso” y “encolerizado”, cuando los profesionales y los pacientes analicen los problemas dentro de la sesión. De esta forma, el profesional puede modelar un vocabulario emocional apropiado para que los pacientes lo utilicen en su vida cotidiana. El objetivo consiste en enseñar categorías verbales apropiadas para las experiencias emocionales de intensidad baja, moderada y alta. La *asertividad* –esto es, la expresión clara, directa y apropiada de los sentimientos agresivos, sin recurrir a la hipérbole– puede hacer mucho por mejorar la comunicación interpersonal y evitar conflictos (Wolpe, 1958, 1990; Alberti & Emmons, 2001). Es mucha la evidencia de que disponemos en favor de la comunicación verbal clara y constructiva, y esta es la razón de que el entrenamiento en asertividad forme parte del programa para el manejo de la agresividad.

Un *termómetro de la agresividad*, que podemos ofrecer como una hoja de información para el paciente y colgar en la pared (Figura 1-6), puede ser de utilidad para analizar los episodios de agresividad. Dado que los pacientes no aprenden de forma automática a clasificar adecuadamente la intensidad de sus emociones, el termómetro de la agresividad ayuda a los profesionales y a los pacientes a alcanzar un acuerdo sobre la base de un vocabulario común. Se requiere muchísima práctica convenientemente reforzada para aplicar adecuadamente las categorías. Valiéndonos del termómetro, podemos pedirle a los pacientes que valoren cómo se sintieron *cuando*, por ejemplo, fueron violados o maltratados de alguna otra forma, o *cuando* un programa de televisión que estaban ansiosos por ver fue cancelado de improviso, o *cuando* se descubrió que alguien había propagado un rumor sobre ellos. Podemos estimular con ejemplos específicos y utilizar el adverbio temporal “cuando”, encaminado a describir el “estado”, para subrayar la definición de que *la agresividad es una reacción que experimentamos subjetivamente cuando algo tiene lugar*. Podemos servirnos de ejemplos que susciten reacciones leves, moderadas o intensas en la vida de los pacientes y reforzar la categorización apropiada.

### Figura 1-6. El Termómetro de la Agresividad de Kassinove y Tafrate

Este es un instrumento para ayudarle a comunicarle de forma apropiada el enfado, la agresividad y la ira. El objetivo consiste en comunicarle a otra persona su estado emocional de una forma directa, con la ayuda de una palabra que exprese la verdadera *intensidad* de lo que usted está sintiendo. A fin de cuentas, el hecho de exagerar o de minimizar lo que estamos sintiendo no va a reportarnos ningún beneficio.

Considere el problema que tiene por delante y revise la lista de palabras que aparecen más abajo. Complete después la frase siguiente:

**“Cuando me paro a pensar en aquello de lo que estamos hablando, me siento\_\_\_\_\_”**



- 100° Preso de ira-Lo-co-Maníaco-Psicótico-Violento-Demente
- 90° Frenético-Virulento-Desquiciado-Trastornado-Beligerante
- 80° Encolerizado-Enfurecido/Furioso-Rabioso-Histérico
- 70° Enrabiado-Soliviantado-Exasperado-A explotar-A reventar
- 60° Irritado-Sulfurado-Alterado-Enojado-Indignado-Descompuesto
- 50° Cabreado-Agresivo-Agitado-De mala leche-Fastidiado Perturbado
- 40° Provocado-Impelido-Gruñón-Arisco-Dolorido-Molesto
- 30° Enfadado-Incomodado-Impacientado-Inquieto-Aturdido-Incómodo
- 20° Estimulado-Motivado-Conmovido-Tocado-Desafiado
- 10° Incitado-Animado-Alerta-Despierto-Activado
- 0° Dormido-Muerto-Borracho-Comatoso

## EL ANÁLISIS DE LOS EPISODIOS

---

*Nadie puede hacer que nos sintamos inferiores sin nuestro consentimiento.*

Eleanor Roosevelt

Cuando trabajemos con personas agresivas es crucial que analicemos los episodios individuales de agresividad. Coincidimos en que los pacientes que puntúan alto en agresividad como rasgo de personalidad son proclives a experimentar estados de agresividad en una amplia gama de situaciones. Ahora bien, la práctica adecuada y el tratamiento eficaz implican el análisis de los episodios individuales de agresividad.

Mencionamos esto porque es fácil que nos quedemos atrapados en discusiones vagas y abstractas acerca de en qué sentido se podría afirmar que el paciente puede ser una “persona agresiva” o tener una “personalidad agresiva”. Estas frases significan, dicho lisa y llanamente, que la persona se pone agresiva con frecuencia y en muchos contextos diferentes. Desgraciadamente, estas abstracciones no suelen llevar a ninguna parte. Nosotros recomendamos la aplicación de un programa para reducir la agresividad sobre la base del análisis de los *episodios de agresividad específicos* y de los *problemas específicos* de cada uno de los pacientes.

El programa de intervención que se describe en este manual se basa en la idea de que *la práctica permite mejorar*. Cuantos más episodios de agresividad sean analizados, más probabilidad habrá de que los pacientes se decidan a incorporar las estrategias para reducir la agresividad en sus vidas cotidianas.

# El modelo explicativo del episodio de agresividad

## 2

*La agresividad comienza con la locura y acaba con el arrepentimiento*

H. G. Bohn

Aunque la agresividad parece originarse en la experiencia personal, en realidad forma parte de una cadena más larga de acontecimientos. Ayudar a los pacientes a comprender esta cadena, esto es, lo que nosotros llamamos el *análisis del episodio de agresividad*, conduce a mejorar y aceptar más fácilmente el programa de intervención. Son muchos los beneficios que se derivan de exponer a los pacientes el modelo de análisis del episodio de agresividad:

- Casi todos los pacientes, por ejemplo, culpabilizan al mundo exterior de su agresividad. Esta forma de ver las cosas puede modificarse mediante la comprensión de las relaciones existentes entre los distintos componentes del episodio de agresividad. *De forma característica, la agresividad es provocada por la combinación del desencadenante de la agresividad y la interpretación que se hace del mismo, junto con las consecuencias reforzantes a corto plazo que brinda la manifestación externa de la agresividad.* Conviene ciertamente que los profesionales tengan también en cuenta las posibles causas biológicas, dado que problemas tales como la diabetes, un tumor, las drogas y el alcohol pueden producir manifestaciones de agresividad. Ahora bien, la agresividad es provocada en su mayor parte por elementos del entorno del paciente que preceden o que siguen a la manifestación de la agresividad, junto con las interpretaciones personales que el paciente hace de dicho entorno.
- *Muchos pacientes no son conscientes de que su agresividad es exagerada, de que va más allá del alcance de lo "normal", y desconocen por completo las consecuencias negativas a corto y largo plazo asociadas a su agresividad.* Son estas consecuencias negativas las que hacen que su agresividad sea problemática.



Nosotros comparamos la agresividad con el consumo de tabaco o de aguas contaminadas en los países pobres. Aunque el 100% de la población practicara estas conductas, seguirían siendo “malas” debido a sus consecuencias. El consumo de tabaco y de agua contaminada reduce la expectativa de vida. Las consecuencias negativas de la agresividad intensa, prolongada y persistente son similares a las que acarrearán estos mismos problemas.

- *El conocimiento compartido del episodio de agresividad y de sus consecuencias negativas, acrecienta la alianza terapéutica, la motivación del paciente y las oportunidades de que el tratamiento tenga éxito.* A través de las discusiones con el profesional de la salud mental, el paciente aprende a aumentar su comprensión de sus episodios de agresividad en base a analizarlos en sus distintos componentes. Mediante la práctica del análisis de los componentes de la agresividad, el modelo explicativo se convierte en parte integrante de los conocimientos básicos compartidos, facilitando y acelerando el desarrollo de la relación terapéutica y los procesos de intervención. También, y dado que es sencillo y facilita la comprensión, el modelo explicativo acrecienta la sensación de dominio que el paciente tiene sobre su propia agresividad.
- La identificación de los rasgos específicos de la agresividad que aparece repetidamente a lo largo de múltiples episodios, permite ajustar el tratamiento a la medida de dichas pautas. En resumen, *el conocimiento básico compartido acerca de la agresividad aumentará la eficacia del programa de intervención.*

Nuestro modelo explicativo del episodio de agresividad consta de cinco partes: *desencadenantes, valoraciones, experiencias, estilos de expresión y consecuencias.* Cada una de estas partes se analiza en detalle más adelante. Al inicio de cualquier programa de intervención, además de dedicar un tiempo a la discusión de este modelo, suele ser bastante útil ofrecer a los pacientes una hoja de información. Esta hoja de información también puede estar en la sala de espera para estimular la reflexión de los pacientes acerca de sus experiencias agresivas personales. *La Hoja de Información para el Paciente* con la descripción de los distintos elementos del modelo, junto con una presentación gráfica del mismo (Figura 2-6) aparecen al final de este mismo capítulo. Los lectores tienen permiso para reproducir este material con el fin de utilizarlo con sus propios pacientes, siempre que incluyan el *copyright* en cada una de las copias que realicen.

El modelo surgió a partir de la revisión de estudios que analizaban la forma en que las personas experimentan la agresividad en su entorno real (por ejem-

plo, Averill, 1983; Deffenbacher, 1993; Kassinove & Fuller, 1999, 2000; Davidson, Golub & Kassinove, 2000; Kassinove, Roth, Owens & Fuller, 2002; Tafrate, Kassinove & Dundin, 2002). Los resultados de estos estudios, junto con nuestra propia experiencia práctica profesional en clínicas de salud mental, escuelas públicas y consultas privadas, y los intercambios de impresiones con psicólogos de prisiones, enfermeras, trabajadores sociales, etc., nos brindaron información acerca de las características comunes a los episodios de agresividad. También nos permitieron comprender las experiencias agresivas de personas con niveles altos o bajos de agresividad como rasgo de personalidad. Otros estudios analizaban las diferencias culturales en base a comparar los episodios de agresividad de sujetos norteamericanos con los de personas procedentes de otros muchos países como Rusia, India e Israel (Eliaz, 2001; Kassinove, Sukhodolsky, Tsytsarev & Solovyona, 1997; Matsumoto, Kudoh, Scherer & Wallbott, 1988; Scherer, 1997a, 1997b). Este último conocimiento es importante, dado que es probable que los pacientes que tengan que ver los profesionales procedan de un trasfondo multicultural.

### El modelo explicativo del episodio de agresividad

Desencadenantes + Valoraciones → Experiencias → Estilos de Expresión → Consecuencias

#### DESENCADENANTES

*Es normal que los niños traten de poner a prueba sus límites –tanto de palabra como de obra. El asentamiento de la independencia respecto de la autoridad adulta es una forma sana que tienen los niños de encontrar su propio estilo. La cuestión es cómo pueden resolver los padres la espinosa y delicada cuestión de permitirles a sus hijos que manifiesten sus emociones sin dejar de afirmar su autoridad como padres, y establecer de este modo unos límites absolutamente necesarios.*

Nancy Samalin

Los desencadenantes son los estímulos externos o internos que sientan las bases de la reacción agresiva. Son las acciones (o no acciones) de otras personas, o los momentos y lugares, o los recuerdos o pensamientos actuales, que ponen en marcha la secuencia de la agresividad.

Los desencadenantes citados con más frecuencia por adultos procedentes de muestras extraídas de la población general y de estudiantes universitarios, ponen de manifiesto que *la agresividad se desarrolla de forma característica en res-*

*puesta a la conducta interpersonal aversiva indeseada, y a veces inesperada*: esto es, una acción negativa por parte de otra persona. Este mismo hallazgo se mantiene entre las distintas culturas. En muestras de norteamericanos, hindúes, israelíes y rusos, se informaba de que la amplia mayoría de los episodios de agresividad (alrededor del 80%) constituían una reacción a las acciones indeseadas de otras personas. La mayoría de estas acciones ocurrían durante las últimas horas de la tarde o en las horas de la noche y eran inesperadas. Ahora bien, nos permitimos observar que las acciones inesperadas por parte de otras personas también pueden producir alegría, como cuando recibidos un regalo inesperado de alguien a quien queremos. Y también es cierto que los pacientes pueden ponerse agresivos después de que haya tenido lugar una acción esperada. Así, un padre puede experimentar agresividad cuando un hijo suspende un examen, aunque el hijo haya suspendido previamente muchas veces los exámenes del colegio y le haya dicho a su padre que era probable que volviera a suspender. Es probable, pues, que la “predecibilidad” no constituya un aspecto central de la configuración de la agresividad (Scherer, 1997).

El resto de experiencias agresivas son desencadenadas por algo hecho por la propia persona agresiva, por situaciones relacionadas con objetos inanimados (como, por ejemplo, una avería en el coche) o por alguna abstracción más amplia (como, por ejemplo, la “vida”). Pero este tipo de desencadenantes es relativamente infrecuente. Aunque la agresividad se atribuya a las injusticias de la vida, como la pérdida de un empleo debido al cierre de una empresa o el sufrimiento de lesiones físicas debidas, por ejemplo, al derrumbe de un edificio, la atribución causal se dirige habitualmente a una persona. Es decir, se culpabiliza de la pérdida del empleo al directivo que “no supo llevar bien la empresa” o al avaricioso contratista que “no construyó bien el edificio”.

Es importante resaltar que la mayoría de los episodios de agresividad (cerca del 70%) incluyen a personas que se “quieren” o se “caen bien”. De forma característica, la agresividad suele aparecer en el trato con los padres, los cónyuges, los compañeros de piso, los compañeros de trabajo, los hijos, los amigos, etc. Los episodios de agresividad atribuidos a extraños, personas que no caen bien, animales u objetos, son mucho menos frecuentes. Cuando nos decidimos a estudiar específicamente a sujetos adultos con niveles elevados de agresividad-rasgo, aparecieron las mismas características respecto de los desencadenantes (Tafrate, Kassinove & Dundin, 2002). La agresividad volvía a atribuirse con la máxima frecuencia a las acciones indeseadas y a veces inesperadas de otras personas conocidas y que eran del propio agrado.

Así pues, los pacientes que entran en tratamiento a causa de su agresividad se ponen agresivos en respuesta a los mismos tipos de situaciones que todos sin excepción experimentamos de cuando en cuando. Ahora bien, es probable que las reacciones de los pacientes sean más extremas y tengan consecuencias más problemáticas. Dado que no hemos encontrado diferencias importantes en los estímulos desencadenantes de las personas con niveles más altos o más bajos de agresividad-rasgo, y que las diferencias transculturales son igualmente escasas, no somos de la opinión de que la catalogación detallada de los posibles desencadenantes sea especialmente útil. Más bien, lo importante es conocer los acontecimientos desencadenantes específicos de cada caso, porque ello le ayuda al profesional a comprender el elemento inicial de los episodios de agresividad de cada uno de los pacientes y porque el análisis de los mismos le permite al paciente exponer los hechos sin que el terapeuta refuerce los comentarios sediciosos.

**Figura 2-1.**



*Prácticamente cualquier estímulo puede conducir a la agresividad y, como observamos más arriba, es innecesaria una catalogación detallada. Ahora bien, a un nivel más general, tendemos a pensar en los desencadenantes en términos de acontecimientos negativos. Éstos incluyen estímulos verbales, motrices y visuales que la mayoría de nosotros consideramos aversivos. En muchos de los casos suele estar implicado algún tipo de estresor, amenaza, injusticia, pérdida real o pérdida potencial personales. Los ejemplos más frecuentes de desencadenantes de agresividad que ofrecen los pacientes incluyen:*

- *Estímulos verbales*: insultos personales, groserías, injurias a nuestra familia o nuestra raza, bromas, palabrotas, el recibimiento de noticias decepcionantes (por ejemplo, enterarnos de que nos han denegado el ascenso laboral que esperábamos o de que nuestra pareja quiere la separación), que nos acusen de comportarnos mal, que nos digan que estábamos “equivocados”, las quejas constantes por parte de los familiares o de los compañeros de trabajo, y las críticas.
- *Estímulos motrices*: que nos empujen o nos den un golpe, nos escupan, nos arrojen algo, nos inmovilicen o nos agarren de alguna parte de nuestro cuerpo.
- *Estímulos visuales*: observar a conductores que van indebidamente rápidos por una zona de colegios o indebidamente lentos por el carril de adelantamiento de la autopista, que nos deslumbre un desconocido, que nos “miren con lupa” mediante el constante escrutinio por parte de un jefe o de alguno de los padres, observar a un padre o una madre maltratando a su hijo en el supermercado, observar que maltratan a un animal, observar a alguien arañando nuestro coche, o ver a nuestro hijo pequeño tirar la comida al suelo a propósito.

Aunque prácticamente cualquier estímulo puede poner en marcha la cadena de la agresividad, la mayoría de los desencadenantes son negativos, aversivos e interpersonales, iniciados por una persona conocida, e inesperados. Por supuesto, los profesionales tendrán ocasión de ver a pacientes que hayan experimentado todo tipo de desencadenantes aversivos, desde los más leves a los más graves.

En uno de nuestros propios casos, la agresividad fue suscitada por un niño que no prestó atención a su madre. En otro, fue desencadenada por un marido que ató a su mujer a un árbol y le hizo cortes en los brazos y en las piernas con una cuchilla de afeitar. El primer caso es bastante común y parece carecer de interés cuando lo oímos mencionar. Por contraste, el segundo es bastante inusual y cuando lo presentamos a nuestros estudiantes y a las personas a las que supervisamos, siempre quieren conocer más detalles. Admitimos que los profesionales de prisiones o de los centros de libertad condicional verán más casos graves en los que la agresión física fuera un acontecimiento desencadenante. Pero las conductas interpersonales que no implican ninguna agresión física constituyen un desencadenante mucho más frecuente (por ejemplo, una descortesía verbal, el hijo que no vuelve a casa a su hora, etc.). Estas conductas desencadenan agresividad en la mayoría de los casos analizados por los profe-

sionales de todo tipo. Kowalski (2001) se ocupó de esta cuestión de la variabilidad de los desencadenantes de la agresividad y llegó a la siguiente conclusión:

*“La mayoría de las personas piensan en las conductas interpersonales aversivas en términos de agresión o de violencia, como los malos tratos, el asesinato y la violación. Ahora bien, estas formas extremas de conductas aversivas son relativamente raras dentro del espectro total de conductas. Limitar nuestra atención a estos actos de agresión o de violencia supone ignorar las conductas interpersonales aversivas más corrientes, a las que la mayoría de las personas están expuestas de una forma mucho más habitual y que en algunos casos pueden desembocar en actos de agresión más extremos” (p. 3).*

Así pues, es mucho más probable que la agresividad se derive de desencadenantes aparecidos en el trabajo, en la escuela o en nuestro entorno cotidiano –tales como las desatenciones, las infidelidades, las decepciones, las burlas o la incompetencia– que de unos desencadenantes más extremos. Sencillamente, estos desencadenantes son mucho más frecuentes que la violación, el asesinato o el abuso de menores. En la práctica, por consiguiente, un programa de tratamiento para la agresividad puede ser solicitado por una escuela, una familia, una comunidad o una empresa, dada la frecuencia de ocurrencia de estos desencadenantes “menores”.

A veces, estímulos que serían considerados objetivamente como *positivos* pueden convertirse en desencadenantes de agresividad. Consideremos el caso de una mujer trabajadora, tal vez una ejecutiva de una gran empresa, a la que a diario, cada vez que se acerca a beber al surtidor de agua fresca, le dicen que es “muy atractiva”. Después de unos cuantos de estos supuestos “piropos”, a esta mujer puede parecerle que estas observaciones positivas son bastante aversivas y probablemente pueden conducirla a sentirse agresiva. O consideremos el caso de la mujer que recibe rosas todos los días junto con una tarjeta con muestras de afecto por parte de un hombre que no le cae bien. Las rosas, junto con las palabras de afecto, que por lo general suelen considerarse positivas, pueden convertirse en un desencadenante de agresividad. Hasta un ascenso puede ser aversivo. Conocemos a un psicólogo que trabajaba a tiempo parcial al que le ofrecieron un ascenso a psicólogo jefe a tiempo completo en vista de su excelente rendimiento laboral. Desgraciadamente, debido a una serie de compromisos con su familia, no pudo aceptar el cargo a tiempo completo y, por razones de presupuesto, el cargo a tiempo parcial fue suprimido... junto con el psicólogo “ascendido”. Su “oportunidad” de ascender le acarreó una agresividad considerable.

Figura 2-2.



La agresividad, y posiblemente la agresión, también pueden ser desencadenadas por observaciones positivas y cariñosas formuladas por un miembro del mismo sexo que el paciente. En un caso reciente ocurrido en nuestra universidad, “William” manifestó su afecto y su interés sexual por “Mark”. Mark se sintió sorprendido, ofendido y asqueado por las insinuaciones. Sintiéndose rechazado, ¡William asesinó a Mark! Obviamente, éste es un caso extremo que ilustra la importancia de la valoración y la evaluación de los desencadenantes.

El *feedback* tanto negativo como positivo puede *en ambos casos* conducir a la agresividad, dependiendo de cómo lo interprete el paciente. Por ejemplo, cuando un hijo llega a casa con una nota trimestral de notable, ello puede provocar alegría o agresividad, dependiendo de que los padres *esperasen* únicamente un “bien” o un “sobresaliente”. De acuerdo con su transfondo familiar y cultural, y de su historia personal de aprendizaje, los pacientes reaccionan agresivamente en respuesta a desencadenantes específicos y con frecuencia únicos, algunos de los cuales pueden ser objetivamente negativos y otros objetivamente positivos. Y se pondrán especialmente agresivos en el caso de que estos desencadenantes aparezcan una y otra vez.

En principio, los desencadenantes pueden conducir únicamente a un estado general de activación (Berkowitz, 1993; Schacter & Singer, 1962). Este nivel de activación se transforma a continuación en una emoción negativa o positiva que puede iniciar una conducta motriz como, por ejemplo, una agresión. Consideremos la siguiente situación:

Son las 11 de la noche y estamos bastante cansados. Fue un largo y difícil día de trabajo. La mayoría de las luces de la casa están apagadas; nos hemos quitado la ropa y estamos tranquilamente relajados en el dormitorio. De repente suena el timbre de la puerta. Y a continuación vuelve a sonar. ¿Quién puede ser? ¡Es muy tarde! ¿Por qué razón tendría que llamar nadie a estas horas? Nos encontramos ahora en un estado general de activación. De mala gana, nos ponemos encima alguna ropa, encendemos la luz y nos dirigimos a la puerta.

- Escena 1: Abrimos la puerta y nos encontramos con un desconocido que quiere que firmemos un largo escrito para garantizar la pureza del suministro de agua corriente de nuestra localidad. ¿Qué es lo que sentiríamos?
- Escena 2: Abrimos la puerta y nos encontramos con uno de nuestros mejores amigos que ha estado fuera durante un año. Este amigo nos saluda con una amplia sonrisa y nos dice: “¡Sorpresa!” ¿Cómo nos sentiríamos?

Este ejemplo muestra que el estado inicial general de activación (desencadenado por el timbre de la puerta) puede convertirse ya sea en agresividad o en una emoción positiva como, por ejemplo, felicidad.

En resumen, el desencadenante *más probable* de la agresividad es *una acción objetivamente negativa, inesperada e indeseada, llevada a cabo por otra persona que nos es conocida, que nos cae bien o a la que queremos*. Ahora bien, *prácticamente cualquier cosa* puede sentar las bases para que el paciente reaccione agresivamente.

## VALORACIONES

---

*A los hombres no los mueven las cosas, sino las opiniones que extraen de ellas.*

Epícteto

Para comprender el papel que desempeñan las valoraciones en la génesis de la agresividad, consideremos el ejemplo de las bromas. Las bromas pueden ser un medio de socialización y de vinculación, un método para ayudar a resolver conflictos y sentimientos negativos, una forma de coquetear, o sencillamente una forma de pasar el tiempo y de “jugar” unos con otros (Keltner, et. al., 2001).



Aunque la mayoría de las bromas se hacen para divertirse, a veces pueden conducir a un sentimiento de vergüenza o humillación y ser tomadas como una conducta hostil e insultante. En estas ocasiones, más que reforzar los vínculos entre las personas, las bromas conducen a la agresividad. Un comentario guasón como, por ejemplo, "Vaya, ¿no se suponía que lo sabías todo?", puede conducir a la risa o a la agresividad, dependiendo de cómo se interprete. Una broma no es más que una provocación juguetona que, por lo común, suele hacer que las personas que se conocen mutuamente se sientan más cercanas. Ahora bien, la agresividad sale a la luz cuando estos desencadenantes juguetones y ambiguos son valorados como declaraciones injustas e intencionadas que pretenden minusvalorarnos y que podrían haber sido controladas o evitadas si así lo hubiera querido realmente la otra persona. La forma en que los pacientes perciben las conductas de los demás contribuye, pues, en gran medida a decidir si van a experimentar agresividad o no.

A veces la agresividad está asociada a la valoración del desencadenante como *inesperado*. Con mayor frecuencia los desencadenantes son valorados como *evitables* e *intencionados*. Consideremos la agresividad que muchos padres sienten cuando sus hijos sacan malas notas. Mrs. Carnegie es la madre de Martin, un niño de 12 años. Sus evaluaciones diarias han caído en picado, lo que le ha conducido a recibir malos informes y a sacar un suspenso en matemáticas. Además de su decepción, Mrs. Carnegie consideraba el bajo rendimiento de Martin como algo *inesperado* ("Ya sabe usted que tiene un CI muy alto") y *evitable* ("¿Si hubiera estado un cuarto de hora cada día delante de los libros, no habría pasado esto!"). También consideraba el suspenso como algo *intencionado* ("¿Cree usted que lo está haciendo para castigarme?"). Estas valoraciones contribuyen significativamente a la activación de la agresividad de Mrs. Carnegie. Ahora están presentes ciertos errores de valoración específicos:

*Malinterpretaciones del desencadenante.* Los pacientes agresivos suelen distorsionar o exagerar algunos aspectos del desencadenante. Por ejemplo, un hombre consideraba que las frecuentes llamadas telefónicas y visitas de sus suegros eran "¡una intrusión intolerable!". Pensaba que lo que movía a sus suegros a actuar de este modo era una falta de confianza y el deseo de pasar revista a su hija. Después de analizar más detenidamente la cuestión, quedó patente que lo único que sucedía era que los suegros disfrutaban del tiempo que pasaban con sus hijos y sus nietos. Las motivaciones atribuidas a los suegros no eran sino distorsiones de la realidad. Otro caso: un directivo de nivel medio perteneciente a una gran empresa sentía agresividad hacia su supervisor y daba por sentado que no le caía bien. Consideraba que las maneras bruscas del supervisor consti-

tuían una evidencia de desinterés y antipatía. Pero un análisis más detenido reveló que el supervisor se comportaba así con todo el mundo y que estaba él mismo bajo la influencia de un estrés enorme. Sus maneras bruscas estaban más relacionadas con sus propios problemas que con ningún sentimiento personal hacia sus subordinados. Esta tendencia a malinterpretar y a realizar atribuciones negativas está muy documentada en el caso de los niños y adolescentes agresivos y agresores que de forma característica suelen mostrar ciertos déficits en la interpretación que hacen de las intenciones de los demás. Con frecuencia malinterpretan las interrelaciones ambiguas o benignas como hostiles (Dodge & Coie, 1987; Dodge, Price, Bachorowski & Newman, 1990). Los adultos propensos a la agresividad presentan un sesgo negativo similar cuando interpretan las situaciones ambiguas y potencialmente provocativas.

Muchas de las malinterpretaciones de los desencadenantes giran en torno a los temas de la *injusticia* y la *decepción*. Consideremos el caso de Carlos, un hombre de 49 años, empleado de una gran empresa de telecomunicaciones. Comenzó a ocupar su puesto actual a la edad de 30 años y esperaba conservarlo hasta jubilarse. Desgraciadamente, las condiciones económicas de la empresa cambiaron espectacularmente y a Carlos le comunicaron que su puesto, junto con el de muchos otros compañeros de trabajo, desaparecería en el espacio de un año. Carlos juzgó que el revés económico de la empresa era inesperado (le dijo a su terapeuta: “¡El año pasado todo fue muy bien y todo el mundo recibió una prima adicional!”) y evitable (“¿Por qué no subieron más los precios? ¡De haberlo hecho así, seguiría teniendo mi puesto de trabajo!”). Estaba muy decepcionado con la empresa, se veía a sí mismo como un empleado solícito y leal y pensaba que la decisión de prescindir de él era “absolutamente injusta”. También se preguntaba si su despido no formaría parte de un plan intencionado (dijo: “Están despidiendo únicamente a los mejor pagados, al personal más veterano. ¡Saben que en cuestión de dos años podrán sustituirme por una persona más joven y que les salga más barata!”). Pensaba que, dada su edad, era injusto que tuviera que volver a empezar de cero en otra parte. A Carlos le resultaba muy difícil ver más allá de lo que consideraba un trato injusto e inmerecido. Así, en lugar de emplear su tiempo y energías en buscar otro trabajo, se dedicó a rumiar interminablemente la destitución pendiente. Lo que es peor, se atrincheró en una actitud que parecía implicar una venganza pasivo-agresiva. Por ejemplo, deliberadamente no aparecía cuando lo citaban, se “olvidaba” de rellenar formularios muy importantes y no cumplía ni tan siquiera los requisitos mínimos propios de un rendimiento laboral satisfactorio. Aunque su forma de actuar podía ser comprensible, dada su opinión de que estaba siendo trata-

do injustamente, lo cierto es que demostró ser muy contraproducente. Al final Carlos acabó deslustrando su fama de buen trabajador y de empleado solícito, haciendo muy difícil su transición a un posible trabajo diferente y mejor.

*Horribilización (awfulizing)*. Se trata de la tendencia a exagerar el nivel de dificultad asociado a los acontecimientos vitales aversivos. Dificultades legítimas son conceptualizadas y descritas por el paciente como “horrorosas”, “terribles” y “catastróficas” cuando, de hecho, puede que sean bastante manejables. La catastrofización conduce de forma característica a quejarse de lo mala que es la situación, desviando el tiempo y el esfuerzo dedicados a lo que podría ser una solución productiva del problema. La horribilización también reduce el atractivo interpersonal. Consideremos el caso de Mary, una viuda de 78 años que padece una artritis moderada y que vive en una residencia de ancianos. No se encontraba ciertamente en sus mejores condiciones, dado que tenía los dedos ligeramente deformados y padecía dolores periódicos a pesar de tomar medicación. El problema era que se dedicaba a rumiar el dolor y a hablarle de él a cualquiera que estuviera dispuesto a escucharla. Aunque describía el dolor como “insoportable”, otros datos sugerían que era de intensidad moderada, dado que podía andar, jugar a las cartas, usar los cubiertos, utilizar el mando a distancia de la televisión, lavarse los dientes y sacar adelante otras tareas modestas propias de la vida cotidiana. Como era de prever, al cabo de poco tiempo nadie quería hablar con Mary. Por supuesto, no estamos minimizando su dolor a la hora de describir su situación. Antes bien, nos limitamos a resaltar que muy probablemente le iría mejor y ganaría más si pudiera mejorar sus habilidades de afrontamiento, lo que aumentaría su atractivo ante los demás.

*Baja tolerancia a la frustración*. Se trata de la tendencia a subestimar la propia capacidad de afrontar el malestar y la adversidad. Los acontecimientos negativos, en lugar de contemplarse como una parte normal de la vida o un desafío a resolver, se ven como situaciones que el paciente no puede “soportar”, “tragarse” o “tolerar”. Volviendo una vez más al caso de Mary mencionado más arriba, esta mujer solía decirle a los demás: “Ya no puedo soportar por más tiempo este dolor y ese medicucho es incapaz de hacer nada por aliviarlo”. Obviamente, Mary llevaba años tolerando el dolor, lo que reducía su credibilidad ante los demás.

Existe una relación entre la horribilización y la baja tolerancia a la frustración. Cuando los desencadenantes se elevan a la categoría de acontecimientos horribles o incluso catastróficos, cada vez será menos probable que el paciente crea que puede tolerarlos. A pesar de su fanfarronería, muchos de los pacientes que experimentan una agresividad frecuente e intensa tienen una opinión muy pobre acerca de su propia capacidad de afrontar situaciones difíciles o desafiantes.

Una variante de esta forma de pensar es la idea de que somos muy importantes, estamos muy ocupados o somos tan especiales que la vida no debería gravarnos con unos contratiempos tan triviales y ordinarios. Charles, un hombre de 50 años y vicepresidente de marketing, empezó a verse a sí mismo como una persona cuya contribución revestía una importancia crucial. Anteriormente había estado dispuesto a ayudar a los demás, pero comenzó a sentirse muy agresivo cuando los miembros de su equipo de trabajo le hacían preguntas “elementales” acerca de la línea de productos. Empezó a creer que era desastroso que la empresa hubiera contratado a unas personas tan incompetentes y le dijo a su mujer: “No puedo soportarlo por más tiempo”. En casa, los inconvenientes característicos de las labores domésticas como, por ejemplo, la avería de un electrodoméstico o un grifo que goteara, le provocaban igualmente una agresividad considerable. Solía quejarse de que no podía sobrellevar estas situaciones al mismo tiempo que desempeñaba una labor profesional tan exigente. Por supuesto, Charles toleraba de hecho estos pequeños problemas diarios, aunque con una cantidad enorme de agresividad y frustración. Sus opiniones acerca de toda esta serie de inconvenientes menores le condujeron a sentirse muy agresivo y a quejarse a su mujer todas las noches. Ello, evidentemente, ejerció un impacto muy negativo sobre su relación matrimonial.

*Exigencia.* La creencia más frecuente asociada a la agresividad es que las personas a las que se considera causantes de la agresividad “deberían” haber actuado de otra forma y podrían haberlo hecho así, si realmente lo hubiesen querido. Se cree, pues, que el desencadenante de la agresividad es una persona que podría haber controlado su comportamiento, pero no lo quiso así. Volvamos una vez más al ejemplo de Mary, la viuda de 78 años. Aunque el médico le recetó analgésicos de diversa intensidad y le administró calmantes, Mary continuaba insistiendo en que el médico “debería” ser capaz de aliviarle el dolor. Los pacientes enzarzados en una actitud exigente elevan sus *deseos personales* a la categoría de *dictados* o *normas* que acto seguido se imponen a sí mismos, a los demás y al mundo en general. La exigencia se puede detectar a través de la escucha atenta y la identificación de palabras o expresiones tales como “debería”, “es su deber”, “es su obligación” y “tiene que” en las verbalizaciones de los pacientes. Analizaremos con más detalle en el capítulo 14 la forma de ayudar a los pacientes a sustituir las creencias exigentes e inflexibles (por ejemplo, “Mi marido debería valorar más lo que yo hago”) por una opinión basada en mayor medida en las preferencias (por ejemplo, “Sería muy agradable que mi marido valorase más lo que yo hago”).

*Evaluaciones negativas de los demás.* Cuando nos ponemos agresivos, tendemos a ver a la persona que nos ofende en unos términos extremos. Ello suele impli-

car la condena global de toda una existencia individual completa sobre la base de una única acción o, como mucho, de unas pocas. Por ejemplo, hemos tenido ocasión de trabajar con pacientes que solían deslizarse hacia esta forma de pensar mientras conducían. Ya fuera en voz alta o para sus adentros, hacían declaraciones muy específicas que incluían una condena absoluta de los otros conductores (por ejemplo, “¡Qué imbécil! Debería salir del carril de adelantamiento e irse de cabeza al infierno”, “¿Quién demonios se cree que es ese burro?”). Por supuesto, en estas situaciones los pacientes no disponen realmente de la suficiente información sobre las personas de las que están hablando y no pueden hacer legítimamente unas generalizaciones tan a la ligera. Muchos pacientes reconocerán de buen grado que ellos mismos no siempre son unos conductores perfectos. Ciertamente, no se describirían a sí mismos en unos términos generales tan abiertamente negativos cuando cometen las mismas imprudencias.

*Evaluaciones negativas de sí mismo.* El término hace referencia a la tendencia a culpabilizarnos o condenarnos a nosotros mismos. Así, no sólo es probable que los pacientes agresivos sean crueles cuando piensan en los demás, sino que también pueden ser propensos a autocriticarse y autodenigrarse, lo que les hace más vulnerables a experimentar otras emociones negativas a raíz de los episodios de agresividad.

Los adultos con un nivel elevado de agresividad-rasgo son más propensos a experimentar agresividad en múltiples situaciones y a enzarzarse con mayor frecuencia en una amplia variedad de valoraciones cognitivas erróneas. Así pues, la corrección de las valoraciones inapropiadas constituye un elemento clave del programa de tratamiento para el manejo de la agresividad.

## EXPERIENCIAS

---

*La agresividad jamás desaparecerá en la medida en que sigamos acariciando mentalmente las ideas de resentimiento.*

Buda

El elemento “experiencias” del modelo explicativo del episodio de agresividad se refiere al conocimiento interior de la agresividad por parte del paciente, como se pone de manifiesto cuando lo comparte verbalmente con el profesional. Este conocimiento interior constituye un *acontecimiento privado* (Skinner, 1974), dado que es conocido únicamente por el paciente. Cuando el paciente informa del mismo al profesional, lo hace sobre la base de la percepción de las

propias reacciones fisiológicas (por ejemplo, el aumento del ritmo cardíaco), de la autoobservación de las conductas motrices espontáneas (por ejemplo, apretar los puños, gritar) y del autoconocimiento de los pensamientos relacionados con la agresividad. Obviamente, como acontecimiento privado que es, la experiencia de la agresividad puede o no compartirse con los demás.

Coincidimos con Berkowitz (1993) en que la experiencia privada de la agresividad no suele estar dirigida necesariamente a un objetivo. Es decir, el paciente puede o no tener pensamientos dirigidos específicamente hacia alguien o hacia algo, como: "Se va a enterar de lo que es bueno. ¡Le pienso ajustar las cuentas! ¡Me va a pagar con creces todo lo que me ha hecho!". En su lugar, el pensamiento asociado a la activación física puede ser simplemente de una naturaleza general: "¡Estoy cabreadísimo! ¡No me puedo creer lo que ha pasado!". Pero independientemente de ello, el acontecimiento privado de la agresividad casi siempre es desagradable y tiene consecuencias negativas a corto y a largo plazo para el paciente. Por contraste, la *agresión* casi siempre está dirigida a un objetivo y tiene el propósito de provocar daño a una persona o un objeto específico.

La experiencia de la agresividad es bastante frecuente. Por ejemplo, en el estudio de Scherer y Wolbert (1994), los encuestados procedentes de 73 países recordaban acontecimientos en los que habían experimentado agresividad, alegría, tristeza, miedo, culpa, vergüenza y rechazo. De manera regular, la experiencia de agresividad aparecía frecuentemente: "casi la mitad de los encuestados no tenían más que retrotraerse a unos días o semanas atrás para recordar un episodio que viniera al caso" (p. 318). Nuestros propios datos y experiencia clínica muestran que aproximadamente la mitad de los adultos normales comunican que se sienten agresivos una vez a la semana o más. Por contraste, menos del 20% comunican que rara vez o jamás se sienten agresivos. También, sus experiencias de agresividad suelen ser de vida corta. Aproximadamente el 50% de los episodios suelen durar menos de una hora. Por contraste, aproximadamente el 30% de los episodios de agresividad son persistentes y duran más de un día.

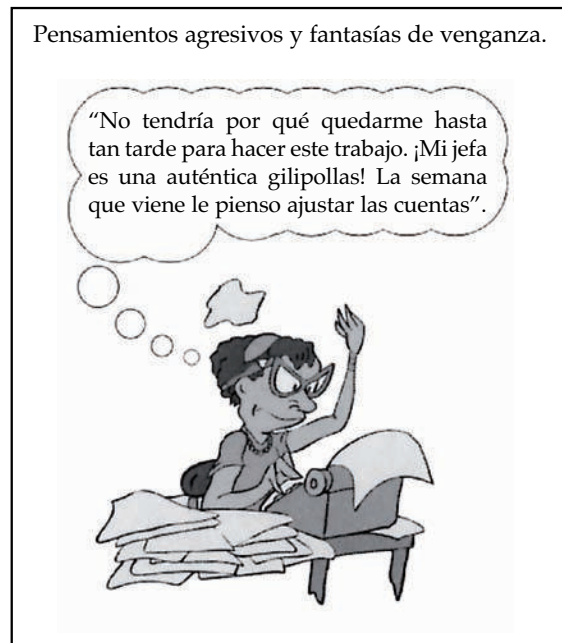
Desde el punto de vista clínico, los episodios de agresividad de los sujetos con un nivel elevado de agresividad-rasgo son más problemáticos. Experimentan una agresividad más frecuente, intensa y duradera. Por ejemplo, el 86% de nuestros adultos con un nivel alto de agresividad-rasgo comunicaban que tenían experiencias de agresividad a razón de varias veces por semana o más. Los niveles de intensidad de la agresividad también eran más altos que los comunicados por los adultos con un nivel bajo de agresividad-rasgo. También,

en las personas con un nivel alto de agresividad-rasgo, cerca de la mitad de los episodios específicos comunicados duraban más de un día. Esto era cierto únicamente en el 17% de los adultos con un nivel bajo de agresividad-rasgo. Los profesionales pueden dar por hecho que los pacientes con problemas de agresividad tendrán episodios frecuentes, muchos de los cuales serán de intensidad moderada a grave, además de persistentes.

Por lo que se refiere a los aspectos identificables específicos de la experiencia de agresividad, los pacientes pueden hablar de:

- *pensamientos agresivos* (por ejemplo, “¡Pedazo de cabrona, menuda faena me ha hecho!”, “¡No puedo verla ni en pintura!”, “¡Estoy que exploto!”).
- *percepciones de sensaciones corporales* (por ejemplo, aumento del ritmo cardíaco, sudoración, tensión muscular, temblores, etc.), y/o
- *fantasías e inclinaciones a emprender una acción vengativa* (por ejemplo, “Me gustaría matarlo”, “¡Voy a enseñarle una lección que nunca olvidará!”, “Quiero ajustarle las cuentas a ese demonio”, “¡Tuve un sueño en el que ella aparecía muerta!”).

**Figura 2-3.**



Como ya observamos, las pautas de pensamiento durante y después de la experiencia agresiva suelen estar relacionadas de forma característica con evaluaciones sediciosas del desencadenante. Pero también aparecen automanifestaciones relativas a la magnitud de la reacción del paciente (“Me siento de muy mala leche, estoy que rabio”, etc.). A nivel de sensaciones físicas, la aceleración del ritmo cardíaco, la tensión muscular y los temblores figuran entre los síntomas asociados a la agresividad citados con más frecuencia. Los síntomas gastrointestinales (por ejemplo, estómago revuelto, indigestión y diarrea) son citados por los adultos que presentan reacciones agresivas más intensas. Las sensaciones relacionadas con la cabeza (por ejemplo, dolor de cabeza y mareos) son más prominentes en las experiencias agresivas de los adultos con un nivel elevado de agresividad-rasgo.

Cuando se sienten agresivos, las personas suelen experimentar una amplia gama de *deseos*, de los cuales sólo algunos tienen que ver con la agresión física. La mayoría de las veces comunican que *sienten ganas de gritar, discutir, quejarse o mostrarse sarcásticos*. Algunos sienten deseos de pasar a las manos. Pero cerca de un tercio también son conscientes de sus deseos de solucionar el problema. Quieren llegar a un compromiso, tranquilizarse y deshacerse de su agresividad.

Es más probable que los pacientes con un nivel alto de agresividad-rasgo sientan deseos de manifestar abiertamente su agresividad de una forma tanto verbal como física, así como de consumir drogas ilegales. Como observamos más arriba, la agresividad de estos pacientes es más frecuente e intensa y dura más de lo que sería deseable. Las personas con una agresividad elevada también comunican más malestares físicos como, por ejemplo, tensión muscular, temblores, dolor de cabeza, sudoración, etc. Sorprendentemente, como se verá con más detalle en el capítulo 3, también *desean contener* su agresividad más que las personas con un nivel bajo de agresividad-rasgo. La descripción del paciente característico resulta un tanto complicada. Pero el informe más frecuente que más probablemente recibirá el profesional será el de una pauta intensa y persistente de experiencias de agresividad asociadas a pensamientos agresivos (“¡Me tiene loco desde hace más de un mes!”), manifestaciones de deseos (“¡Lo que me gustaría es cantarle las cuarenta de una vez por todas!”) y experiencias físicas desagradables (“¡Cada vez que pienso en lo que me hizo, me entran temblores y tengo que salir corriendo al cuarto de baño!”). Queda del lado del profesional evaluar las experiencias agresivas de cada uno de los pacientes para identificar la agresividad contenida que no haya sido comunicada, los deseos de agresión vengativa y la disposición a comprometerse a solucionar el problema.



## ESTILOS DE EXPRESIÓN

---

*La mayoría de las veces, la violencia en la voz no es más que el estertor de la muerte de la razón al nivel de la garganta.*

John F. Boyes

A su vez, la experiencia subjetiva de la agresividad suele conducir a unos estilos de expresión verbal y motriz *observables*. Estos estilos de expresión pueden consistir en palabras descriptivas (“¡Estoy de muy mala leche!”), palabras despreciativas y culpabilizadoras (“Esa mastuerza se comportó como una mema, me sacó realmente de quicio”), o expresiones dirigidas directamente a la persona-objetivo (“¡Mantén las narices fuera de mis asuntos!”). Pueden incluir conductas motrices manifiestas como, por ejemplo, dar empujones y arrojar objetos, que también pueden implicar un nivel muy alto de agresión –como en los casos de asesinato, tortura, violencia a nivel grupal y atentados con bomba por motivos políticos– y estar impulsadas por actitudes hostiles e imágenes y pensamientos agresivos. El estilo real de expresión de la agresividad que manifiesta un paciente está determinado por la combinación de (1) factores socio-culturales generales que prescriben cuáles son las formas apropiadas y aceptadas de expresar la agresividad y (2) la historia de aprendizaje social única de cada uno de los pacientes.

La historia de aprendizaje de un paciente consiste en las *conductas agresivas reforzadas directamente* así como en las *conductas agresivas modeladas por otras personas*. Las expresiones reforzadas directamente tienen su base en la conducta real del paciente. Por ejemplo, cuando un niño se pone a chillar agresivamente en respuesta a la frustración, ello puede llamar la atención de los padres. En el caso de este niño, la atención de los padres aumenta la probabilidad de que vuelva a chillar en un futuro. O bien, como suele ser frecuente en los adolescentes, gritar y decir palabrotas en el instituto suele ser reforzado por los iguales, lo que aumenta la tendencia a utilizar estas conductas cuando reaparezcan los desencadenantes de la agresividad. Los pacientes agresivos suelen proceder de familias agresivas en las que se presta mucha atención a los estilos agresivos de expresión. Los miembros de una pandilla también reciben mucho refuerzo por el hecho de expresar su agresividad.

Por contraste, el aprendizaje por modelado procede de la observación directa de la conducta agresiva exhibida por los familiares o amigos, o en la televisión y el cine; de la lectura de libros de cómics o de novelas en las que los personajes se muestran agresivos; de los libros religiosos (por ejemplo, la Biblia, el Corán o el Talmud) o de sermones que incluyen enseñanzas acerca de la función y la manifestación de la agresividad; y de los videojuegos y las anécdotas rela-

tadas por los profesores, los compañeros de trabajo o los iguales. Son muchas las posibilidades de que todos disponemos de aprender la agresividad a partir de estos medios. La agresividad aprendida se traduce después en la manifestación de una serie de normas como: "¡Me pongo furioso y empiezo a tirar cosas cuando no consigo lo que quiero!". Estas normas pueden evaluarse en las sesiones o mediante el uso de diversos instrumentos de evaluación, como veremos en el próximo capítulo.

Figura 2-4.



Las pautas más frecuentes de expresión de la agresividad incluyen:

*Agresividad contenida.* Muchos pacientes suelen contener la agresividad de forma característica. A nivel de experiencia, puede que sean muy conscientes de sus sentimientos agresivos, pero juzgan que la opción de expresarlos es inapropiada, razón por la que manifiestan escasas conductas externas. Se mantienen inexpresivos con facilidad y la agresividad suprimida puede acabar disipándose. O bien, el paciente puede manifestar la agresividad más adelante o emprender algunos esfuerzos por resolver el problema desencadenante. No hemos encontrado diferencias significativas en el *grado de contención* de la agresividad entre los sujetos con un nivel alto de agresividad-rasgo por comparación con los sujetos con un nivel bajo de agresividad-rasgo. En el caso de los sujetos observados en contextos terapéuticos, la expresión manifiesta de la agresividad es con mucho la que suele constituir la preocupación más frecuente e inmediata.

Como una observación al margen, diremos que aunque todos conocemos a personas que se guardan la agresividad para sus adentros, el estudio multinacional de Scherer y Wolbert (1994) encontró que la expresión de la agresividad era relativamente frecuente. A los autores les pareció que esto era sorprendente, dado que “suele darse por supuesto que existen unas normas socio-culturales que inhiben la expresión de la agresividad” (p. 391). Obviamente, ciertas culturas (por ejemplo, en los países asiáticos) estimulan la supresión de la agresividad más que otras, lo que sugiere que los profesionales deberían tomar en cuenta esta variable cuando trabajen en contextos multiculturales.

*Expresión indirecta de la agresividad (actitudes pasivo-agresivas y sabotaje encubierto).* Algunos pacientes pueden expresar su agresividad indirectamente. Pueden dedicarse a la destrucción y el sabotaje de la propiedad o a los ataques verbales, sin llegar jamás a enfrentarse directamente con el blanco de su agresividad. Muchas organizaciones tienen que habérselas con los anónimos agresivos que aparecen en los buzones y que proceden de este tipo de personas. Otro método muy frecuente propio de la expresión indirecta de la agresividad consiste en trastornar deliberadamente las relaciones sociales o laborales. Las murmuraciones o la difusión de información falsa pueden tener consecuencias destructivas para el blanco de la agresividad del paciente. Finalmente, los pacientes agresivos pueden resistirse pasivamente a la solicitud de funcionar al nivel esperado en el trabajo y en las relaciones sociales. Puede que no sigan las reglas, que no asuman la responsabilidad que les corresponde en los proyectos de equipo, o que ignoren intencionadamente los requerimientos de sus parejas o de otras personas importantes en sus vidas. Los profesionales pueden olvidarse de evaluar estos estilos indirectos de expresión de la agresividad. Pero nosotros hemos encontrado que este tipo de conductas se dan con bastante frecuencia entre los pacientes agresivos, sobre todo en contextos judiciales y con pacientes externos.

*Expresión manifiesta (expresiones verbales, físicas y corporales).* Lo más característico es que la agresividad se exprese de forma manifiesta mediante gritos, acusaciones, malas caras, insultos, sarcasmo, arrojando objetos, dando portazos, exigiendo, etc. Son muchos los pacientes que se sienten a sus anchas con este tipo de expresiones. La agresividad también está relacionada con el ritmo del habla y la producción de un número mayor de verbalizaciones, y más largas (Scherer & Wallcott, 1994).

Los sujetos con agresividad manifiesta puede que hayan observado esta conducta dentro de sus familias de origen y hayan acabado por considerar estas

expresiones como una forma normal de reaccionar ante la frustración, el desacuerdo, la injusticia o la decepción. La explosión de agresividad puede durar un cierto tiempo y más tarde verse seguida de algún intento de resolver el problema, sin necesidad de un tratamiento de ningún tipo. Pero obviamente, las pautas persistentes como las que acabamos de mencionar requieren un programa de intervención para el manejo de la agresividad.

Tal y como hemos venido observando, en las muestras extraídas de la población general la agresividad suele manifestarse a través de conductas verbales o motrices que no implican una confrontación directa. Esto es, la agresividad se manifiesta en su mayor parte a través de gritos, observaciones malévolas, sarcásticas u ofensivas y expresiones corporales manifiestas (por ejemplo, poner los ojos en blanco, sacudir la cabeza, cruzarse de brazos, etc.). La mayoría de los episodios de agresividad no incluyen empujar, golpear ni destruir. Los casos más llamativos llenan los periódicos y dan una imagen falsa de que la agresividad está asociada necesariamente a la agresión, como sucede en los casos de asesinato, violación o atraco (Kowalski, 2001).

Figura 2.5.



Ahora bien, lo que nos encontremos en la práctica clínica puede ser diferente. Los adultos con un nivel alto de agresividad-rasgo manifiestan conductas agresivas en una proporción tres veces mayor de lo normal en los adultos no agresivos. Los pacientes con un nivel alto de agresividad-rasgo son *más propensos* a pasar a las manos, dar golpes, patadas, empujones, romper, arrojar objetos o destruir la propiedad. Y cuando se ponen agresivos, es *más probable* que consuman alcohol y drogas, ya sea ilícitas o recetadas, lo que puede incrementar adicionalmente la propensión a agredir (Deffenbacher, 1993; Tafrate, Kassinove & Dundin, 2002). Reconocemos que los profesionales que trabajan en determinados encuadres (por ejemplo, los psicólogos de prisiones) tendrán oportunidad de ver más de estos casos. Sin embargo, *en su mayor parte* la agresividad es independiente de la agresión y las intervenciones se dirigen preferentemente a los pensamientos, las fantasías y las conductas verbales y motrices específicas de la agresividad. Al mismo tiempo, en el caso de las personas con un nivel alto de agresividad-rasgo o que ya han tenido alguna experiencia previa con el sistema de enjuiciamiento criminal, puede que sea preciso evaluar cuidadosamente la predisposición a la agresión.

A nivel superficial, la reacción de manifestar la agresividad parece positiva, dado que puede venir seguida de una solución, el paciente la ha “dejado salir” y nada ha quedado oculto. Desgraciadamente, como mostraremos más adelante, es probable que las personas con un nivel alto de agresividad manifiesta tengan que padecer una amplia variedad de consecuencias negativas, incluidas el aumento del riesgo de padecer problemas médicos graves a medida que transcurre el tiempo. Son pocos los beneficios asociados a vivir una vida de agresividad, aunque la expresemos manifiestamente.

*Control de la agresividad.* Ciertas personas emplean mucho esfuerzo en observar el curso de su agresividad y tratar de controlar su manifestación. Spielberger (1999) calificó este estilo conductual de *control de la agresividad* y observó que los esfuerzos pueden estar dirigidos a controlar la expresión manifiesta de las experiencias internas o a minimizar dichas experiencias. Cuando el énfasis recae en controlar la expresión manifiesta, es probable que estas personas recurran a la rumiación y la vigilancia permanentes para asegurarse de que la exteriorización no vaya a tener lugar. Estos esfuerzos por controlar las manifestaciones externas también pueden conducir a la pasividad, las cavilaciones obsesivas y la prolongación del resentimiento, lo que dificulta la aceptación, el perdón y la resolución de problemas. La vigilancia y la prolongación del resentimiento sientan las bases para la aparición de futuros episodios de agresividad y posiblemente de agresión física. Estos pacientes construyen unos filtros nega-

tivos a través de los cuales contemplan las acciones de los demás. Temerosos de expresar la agresividad e incapaces de resolverla, estos sujetos están sometidos a una activación cognitiva y fisiológica incesantes. La opción alternativa es que aparezcan intentos de minimizar la experiencia interna y de calmarse cuanto antes. Aunque a primera vista ello podría parecer mejor, esta minimización puede reducir el impulso a enfrentarse asertivamente con el blanco de la agresividad. Y al igual que sucede con los pacientes que dejan salir fuera su agresividad, se ha demostrado que también los pacientes con un nivel alto de control de la agresividad tienen un mayor riesgo de padecer problemas médicos graves a medida que transcurre el tiempo.

## CONSECUENCIAS

---

*Cuanto más dolorosas son las consecuencias de la agresividad que sus causas.*

Marco Aurelio

Las consecuencias o los resultados constituyen un aspecto crucial del modelo explicativo de la agresividad, dado que los conductistas han demostrado muy claramente que *la conducta futura está en función de las consecuencias pasadas* (Hill, 1985; Skinner, 1953, 1968, 1974). La conducta agresiva que de forma característica se ha visto seguida de consecuencias positivas –tales como atención, sumisión por parte de otras personas, experiencias corporales positivas, excitación sexual, comida, admiración por parte de los demás– se ve fortalecida y es más probable que reaparezca en un futuro. La conducta agresiva que de forma característica no se ha visto seguida de consecuencias positivas –como, por ejemplo, en el caso de ser ignorada– se ve debilitada y es menos probable que reaparezca. La conducta agresiva que ha sido castigada, como cuando a un niño no le dejan salir, puede ser suprimida y no volver a reaparecer *en la misma situación*. Pero continúa en el repertorio de conductas del paciente y puede reaparecer en otras circunstancias. Las consecuencias que siguen a la exteriorización de la agresividad tienen un efecto determinante a la hora de decidir si la experiencia de agresividad y la reacción expresiva acompañante se repetirán o no en situaciones similares.

Los episodios de agresividad se pueden abordar desde la perspectiva de sus consecuencias a corto y a largo plazo. Las consecuencias a corto plazo pueden aparecer durante el transcurso mismo del episodio de agresividad (como en el caso de un cónyuge que se somete de inmediato a las exigencias agresivas de su

pareja) o en un período de unas pocas horas a unos pocos días después del episodio de agresividad. Estas consecuencias a corto plazo tienen la máxima probabilidad de influir en la conducta agresiva, dado que es más probable que las consecuencias cercanas en el tiempo ejerzan un efecto controlador ya sea positivo o negativo. Las consecuencias a largo plazo no aparecen hasta transcurridas semanas o meses después de que los episodios de agresividad tuvieron lugar y, por tanto, pueden ejercer un menor efecto controlador. Pero también existe toda una serie de consecuencias negativas a largo plazo, muy claras y muy bien documentadas, asociadas a años de vivir una vida marcada por una agresividad frecuente e intensa.

Ciertamente, las manifestaciones agresivas sirvieron a una función adaptativa dentro de nuestra historia evolutiva, siempre han formado parte de nuestra existencia y tienen algunas consecuencias positivas y efectos reforzantes. Un episodio agresivo ocasional y de una intensidad, frecuencia y duración mínimas, parece formar parte de la experiencia humana normal. Por contraste, la agresividad frecuente, intensa y persistente dificulta las funciones adaptativas en la sociedad actual. Las reacciones intensas, como la rabia y la furia, las reacciones frecuentes a una amplia variedad de provocaciones menores, el enquistamiento de las fantasías de venganza y de agresión, y demás manifestaciones similares propias de una agresividad elevada son dañinas para el propio sujeto y para los demás. Aunque las consecuencias intra e interpersonales suelen ser negativas a corto y largo plazo, ciertos elementos reforzantes mantienen viva la agresividad.

Consideremos el caso de una discusión familiar. Mientras la discusión sigue su curso, es probable que los participantes formulen observaciones imprudentes, culpabilizadoras, injuriosas, sarcásticas y/o sediciosas que tienen escasas probabilidades de conducir a solucionar el problema (por ejemplo, “*Nunca cambiarás. ¿Cómo puedes ser tan estúpido? Te he dicho esto mismo una y otra vez y tú sigues sin escucharme. ¿Qué coño te pasa?*”). Ahora bien, tan pronto como se termina la discusión se produce cierta gratificación (esto es, ciertas consecuencias reforzantes) dado que los gritos pueden conducir a la sumisión conductual manifiesta por parte del receptor de la agresividad. En la relación entre padres e hijos, por ejemplo, exigir a gritos que un hijo se ponga a hacer los deberes “inmediatamente” puede tener una consecuencia reforzante: puede que el hijo se siente en la mesa de la cocina e intente hacer una parte de los deberes que le han asignado. El padre siente cierto grado de satisfacción. Desgraciadamente, la tensión y el malestar experimentados internamente por el hijo limitarán la cantidad de deberes que éste hará de hecho –y lo poco que consiga hacer lo hará mal,

dado que el hijo estará rumiando la discusión. A su vez, mientras se encuentra en esta actitud agresiva y exigente, el padre siente escasa simpatía por el hijo. Ello disminuye los lazos entre padre e hijo, al tiempo que el padre ha modelado unas habilidades deficientes de solución de problemas. El hijo ya no querrá pedirle a su padre que le ayude en los deberes, sabiendo que ello puede costarle algún comentario despectivo. La agresividad se enquistada. Si bien se ha logrado obtener cierta sumisión inmediata, el resultado general es bastante pobre.

El lector puede imaginarse otras escenas similares en el mundo de los *negocios* (un empleado es menospreciado por su supervisor), *en la carretera* (otro conductor nos grita y nos hace señas insistentemente) o *en casa* (un cónyuge le grita a su pareja diciéndole que se ha gastado “demasiado dinero”). En cada uno de estos casos, una *parte* de la manifestación de la agresividad (la consecuencia a corto plazo) tiene efectos reforzantes para la persona agresiva. El empleado puede sentarse en la mesa de despacho y ponerse a hacer el trabajo que esperaba el supervisor, el conductor al que le hicieron señas insistentemente puede retroceder y la pareja puede pedir disculpas.

Al margen de cierto grado de sumisión conductual, existen otras consecuencias reforzantes para los estallidos de agresividad que han sido debidamente documentadas. Por ejemplo, Stosny (1995) ofreció una explicación basada en el refuerzo químico. Durante los episodios de agresividad el cerebro libera epinefrina y norepinefrina. La epinefrina provoca una oleada de energía. Así, el paciente pasa de una situación en la que puede haberse sentido inicialmente humillado e impotente, a disfrutar de la sensación de poder que acompaña a la subida de adrenalina. Simultáneamente, la norepinefrina actúa como un analgésico que diluye el malestar. De este modo, ambas hormonas refuerzan la vivencia y la exteriorización de la agresividad. El paciente agresivo se siente fortalecido y capaz de afrontar las situaciones que anteriormente le parecían problemáticas, lo que refuerza la probabilidad de que vuelva a ponerse agresivo en un futuro.

Los efectos hormonales reforzantes inmediatos de la agresividad se ven seguidos de otras consecuencias que aparecen cierto tiempo después de producirse el episodio de agresividad. Estos resultados a más largo plazo aparecen después de que el episodio inmediato haya finalizado, y pueden ser positivos o negativos. Por ejemplo, en las muestras de población general y de universitarios estudiadas por Averill (1982, 1983) y Kassonov *et al.* (1997), de la mitad a los dos tercios de los entrevistados se sentían en general “satisfechos” por el resultado de sus episodios de agresividad. Los participantes en el estudio comunicaron que llegaron a comprender mejor a la otra persona, que acabaron reconociendo que existían otras formas de abordar la situación en cuestión, que se sintieron tan



cerca de la persona implicada como lo estaban antes del episodio de agresividad y que ganaron un mayor respeto hacia la otra persona. Está claro que las experiencias agresivas se ven ocasionalmente seguidas de una solución reforzante y de reacciones adaptativas. A pesar de los aspectos negativos, estos refuerzos mantienen viva la agresividad.

## CONSECUENCIAS PROBLEMÁTICAS DE LA AGRESIVIDAD

---

Los pacientes con trastornos de agresividad experimentan agresividad con *más frecuencia* y con *mayor intensidad* que el resto de nosotros. Estos pacientes se aferran a su agresividad durante mucho tiempo y se dedican a *rumiarla* hasta que acaba provocando un malestar todavía mayor del que experimentaban en un principio. Como ya observamos, los adultos con un nivel alto de agresividad-rasgo comunican más agresiones físicas, más reacciones verbales negativas, un mayor uso de drogas y más consecuencias negativas relacionadas con la agresividad. Así pues, la agresividad puede tener consecuencias clínicamente significativas que aparezcan en función de la agresividad-rasgo.

A corto plazo, y a pesar de ciertas consecuencias positivas, como la sumisión de los demás y el sentirse con más energías, la agresividad de los pacientes con una agresividad-rasgo elevada va más allá de energizar la conducta: la desorganiza. Su agresividad está al servicio de algo más que una función de comunicación: amenaza a los demás. Y también hace algo más que proporcionar una sensación de control mediante la evocación de fantasías de venganza: promueve las agresiones físicas. Por estas razones, es probable que los pacientes con reacciones agresivas frecuentes, intensas y persistentes tengan problemas relacionados con su agresividad.

A largo plazo, a pesar de ciertas consecuencias positivas como las mencionadas en el párrafo anterior, son *muchos más los aspectos negativos que los positivos asociados a la agresividad*. Algunos de los aspectos negativos aparecen durante o inmediatamente después del episodio de agresividad. Algunos emergen de entre unas pocas horas a unos pocos meses después de los acontecimientos. Otros, sin embargo, no aparecen sino al cabo de muchos años. Al igual que los efectos a más largo plazo del consumo de tabaco, la exposición al amianto o la contaminación del agua, estas consecuencias de la agresividad están en función de años de alteración, discusiones y discordias. Desgraciadamente, puede que a los ojos de los pacientes estos resultados no sean relacionados con la agresividad, dado que tardan tanto tiempo en salir a la superficie.

Las consecuencias negativas asociadas a las reacciones agresivas incluyen:

*Problemas de relación.* Los pacientes agresivos son propensos a discutir; “insisten” con virulencia y no ven la otra cara de la cuestión. Por ello, Scherer y Wolbert (1994) propusieron que la agresividad tiene un efecto distanciador. Es más probable que los pacientes agresivos culpabilicen de un conflicto interpersonal a los demás y juzguen sus acciones como “injustas” y “deliberadas”, lo que conduce al deseo de desquitarse o vengarse. Es probable que la agresividad introduzca un sesgo negativo en las percepciones y favorezca que los pacientes confíen en datos muy simples (por ejemplo, sexo, religión, color de la piel, país de origen, etc.) a la hora de interpretar las situaciones sociales y se guíen por estereotipos (como, por ejemplo, “Es tan alto y tan guapo que conseguiré todo lo que se proponga” o “Todas las mujeres mayores son así”). Cuando están agresivos, es más probable que sean sarcásticos, culpabilizadores y utilicen palabrotas. Esto es desagradable para los demás y puede provocar conflictos verbales, evitación e incluso rechazo. Dada su naturaleza beligerante, su falta de disposición a considerar la opinión de los demás y su tendencia a culpabilizar, los pacientes agresivos suelen ser juzgados negativamente en el trabajo y en las relaciones interpersonales. Acaban, pues, por ser considerados como personas poco valiosas.

*Problemas laborales.* Quedan sentadas las bases para la agresividad cada vez que los trabajadores experimentan consecuencias indeseadas e incontrolables provocadas por la conducta aversiva de sus compañeros de trabajo, sus supervisores o sus subordinados. De forma característica, el trabajador agresivo suele echarle las culpas a los demás, piensa que lo han tratado con grosería e injustamente, proyecta la responsabilidad sobre otras personas y tiene fantasías de venganza. El trabajador agresivo puede atrincherarse en un aislamiento impuesto por él mismo, disminuyendo su rendimiento dentro del equipo, o bien puede esforzarse por lograr el respaldo de los demás con el fin de llegar al acuerdo conjunto de que el trabajo es “horrible”, la empresa es “avariciosa”, etc. La agresividad puede conducir a la confrontación, la insubordinación, el menoscabo de la política de la empresa, el mal uso de las propiedades de la empresa, como los teléfonos y los ordenadores, o incluso al robo descarado. El trabajador agresivo puede ponerse alterado, irritable y volverse poco de fiar, alegando múltiples excusas para no sacar adelante el trabajo (Miller, 1999). Los observadores pueden advertir actitudes recelosas, retraimiento, cambios en el arreglo físico, oscilaciones en el estado de ánimo y preocupación obsesiva por otra persona o por la política general dentro de la empresa. Pueden darse rumiaciones

obsesivas, alteraciones del sueño, pérdida de interés por los objetivos de la empresa y aumento del uso de las prestaciones médicas o psicológicas. La disminución del rendimiento laboral conduce evidentemente a la disminución de la productividad y la rentabilidad. Así, la agresividad en el trabajo acaba siendo perjudicial tanto para el sujeto como para la empresa.

*Déficit en la capacidad de tomar decisiones y aumento de las actitudes de riesgo.* La agresividad puede hacer que los pacientes se enzarcen en acciones contraproducentes, rindan por debajo de su capacidad y sean penalizados en su intento de “ganar” a los demás. Las pautas características de la toma de decisiones racionales quedan en suspenso, disminuye la confianza, aumenta la competitividad innecesaria y las situaciones interpersonales se contemplan como “batallas” que es preciso ganar a cualquier precio. Se asumen riesgos innecesarios y contraproducentes para alcanzar unos objetivos que más adelante demuestran ser de poca monta e indignos de tales riesgos.

*Abuso de sustancias.* La agresividad está relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas y provoca la recaída de los pacientes que habían logrado superar su dependencia de las drogas o el alcohol. De hecho, el modelo característico de la prevención de recaídas (en el tratamiento de pacientes con hábitos perjudiciales como el juego patológico, la drogadicción o el alcoholismo) da por sentado que el tratamiento tiene dos fases: (1) la eliminación de los hábitos conductuales dañinos y (2) el entrenamiento de los pacientes con el fin de que puedan hacerle frente a las situaciones asociadas a un elevado estrés emocional (como la agresividad) que conducen a renovar el impulso a volver a beber, fumar o jugar (Marlatt & Gordon, 1985; Parks & Marlatt, 1999). Es en estas situaciones altamente emocionales donde es más probable que los pacientes tomen peores decisiones como, por ejemplo, “volver a probar suerte en el casino sólo por esta vez” o “volver a beber sólo por esta vez”, dado que “en vista de toda la mierda que llevo tragando esta noche, ¡bien me lo he merecido!”.

*Desorganización de la conducta motriz.* Como ya observamos en el capítulo 1, es probable que la agresividad aumente la dificultad asociada a las tareas motrices complejas, como el tocar un instrumento musical con una gran habilidad. La agresividad también está asociada a un rendimiento más bajo en actividades físicas que requieren “frialdad” ante el peligro, al margen de que podamos ser extremadamente habilidosos en estas mismas tareas cuando no estamos agresivos. Pocos serán los trabajadores de la construcción que sean capaces de aprender a manejar una grúa o a utilizar alguna otra maquinaria pesada mientras se sientan extraordinariamente agresivos.

Tal vez la conducta motriz más importante para la amplia mayoría de los pacientes consista en conducir. La relación entre la agresividad y la conducción se ha convertido en algo muy importante debido a la frustración provocada por la congestión de las vías públicas y el aumento de la duración de los trayectos. Es probable que esto ejerza un impacto sobre el estado de ánimo y la conducta, tanto en el momento de conducir como al llegar a casa. La agresividad puede deberse a una reacción frente a los conductores lentos, los conductores descorteses, el tráfico en horas punta, los gestos o los gritos de otro conductor y demás gracias del volante, y parece favorecer las infracciones de tráfico, los accidentes y demás conductas arriesgadas relacionadas con la falta de atención o la impulsividad durante la conducción. Los conductores con un nivel elevado de agresividad-rasgo confirman que tienen más conductas de riesgo, más llamadas de advertencia y más accidentes menores, y más modalidades menos controladas de expresión de la agresividad. Por lo que respecta al género, los hombres confirman que sienten una agresividad más intensa y manifiestan más conductas de agresión que las mujeres. Por lo que respecta a la edad, la agresividad está relacionada con el aumento de velocidad y la conducción arriesgada en los adolescentes que conducen. Existe igualmente una relación entre la agresividad en las situaciones al margen de la conducción y la comunicación de situaciones que estuvieron a punto de costar un accidente y en las que el propio conductor tenía la culpa. La agresividad también está relacionada con las desviaciones sociales leves y la comisión de infracciones asociadas a la conducción (Arnett *et al.*, 1997; Deffenbacher *et al.*, 1994, 2000; Underwood *et al.*, 1999). En definitiva, se sabe desde hace mucho tiempo que los conductores jóvenes –especialmente los varones– tienen un mayor riesgo de accidentes y que la agresividad puede desempeñar un papel en su forma de conducir.

*Rumiación, fantasías de venganza y desadaptación interpersonal y laboral.* La rumiación de la agresividad consiste en recuerdos insistentes acerca de un desencadenante de agresividad ya pasado y la focalización de la atención en la vivencia inmediata de agresividad, además de una serie de pensamientos distorsionados que son contrarios a lo que realmente sucedió (Sukhodolsky, Golub & Cromwell, 2001). Junto con la agresividad aparece la condenación obsesiva de los demás, el mantenimiento del rencor y el enzarzarse en pensamientos y conductas relacionados con el anhelo de venganza. De este modo, la rumiación de la agresividad mantiene por sí sola y acrecienta la experiencia agresiva original, en ausencia de nuevas transgresiones por parte del ofensor. Los pensamientos rumiativos conducen a una mayor infelicidad, erosionan las relaciones inter-

personales, disminuyen la productividad laboral y decrecen la probabilidad de obtener logros profesionales y académicos.

*Sentimientos negativos adicionales.* Los sujetos con un nivel elevado de agresividad-rasgo confirman que experimentan más sentimientos negativos tales como depresión, rechazo, ridículo y culpa/vergüenza de resultados de sus episodios de agresividad (Tafrate, Kassinove & Dundin, 2002). De forma regular hemos tratado a pacientes y también hemos estudiado a sujetos que, bajo los efectos de la agresividad, habían actuado de una forma que más adelante lamentaban. Por ejemplo, un paciente de 40 años se enzarzó en una discusión con un dependiente de un supermercado. Se puso cada vez más ofensivo con el dependiente, que era mucho más joven. Éste optó finalmente por llamar a la policía, que consiguió reducir al hombre y se lo llevó esposado. El paciente sentía un embarazo y una vergüenza enormes de resultados del incidente y desde entonces no volvió a pisar jamás el supermercado. Así, entre los pacientes que solicitan tratamiento para la agresividad, es probable que muchos de ellos padezcan otras consecuencias emocionales negativas que requieran atención por parte del profesional.

*Agresión.* Aunque algunos pacientes y profesionales piensan que la agresividad y la agresión constituyen un único problema, ya hemos expuesto anteriormente las razones por las que deben ser diferenciadas. La agresión es una de las consecuencias negativas que *pueden* aparecer de resultados de la activación general y de la agresividad. La agresividad puede sentar las bases para la ocurrencia de muchos tipos de agresión, desde atentados a la propiedad y ataques físicos de carácter menor a delitos mayores tales como los asesinatos “pasionales”. La violencia interpersonal continúa siendo una de las principales causas de muerte entre los norteamericanos y la agresividad nos predispone a la acción focalizada e interviene en las conductas de agresión. Los sujetos con una agresividad problemática llevan a cabo más conductas de agresión, en comparación con los sujetos que no son propensos a la agresividad (Tafrate, Kassinove & Dundin, 2002; Tsytarev & Grodnitzky, 1995).

La predisposición a la agresión está en función del aumento del nivel general de activación. La agresividad actúa como un filtro que aumenta el nivel de “suspiciencia”. Esto es, nos sentimos incómodos e irritables (suspicientes) a medida que nos activamos. Es más probable que acabemos convirtiendo las bromas, los insultos menores y las creencias relativas a que nos han faltado al respeto, en cuestiones de la mayor importancia. Nuestro conocimiento de que esta suspiciencia extravagante es un hecho se refleja en observaciones como “¡No lo transfor-

mes en una cuestión de vida o muerte!” o “¡No hagas una montaña de un grano de arena!”. Una vez que los acontecimientos son interpretados como cuestiones de la mayor importancia, dependiendo de la historia de aprendizaje y del guión social del paciente, pueden desencadenar la venganza bajo la forma de una agresión. Este modelo explicativo ha sido propuesto por algunos teóricos, como Berkowitz (1984, teoría de la neoasociación cognitiva), Zillman (1983, teoría de la transferencia de excitación) y Anderson *et al.* (2000, modelo explicativo general de la agresión emocional).

El impulso al desquite y la venganza es sólo una de las razones por la que las personas pueden recurrir a la agresión cuando se sienten agresivas. Implica un sentido de la justicia retributiva bajo la forma de “si tú me ofendes, yo te ofenderé”. Pero existen otras razones. La agresividad es un estado subjetivo negativo; es incómoda y molesta. Pocas personas se despiertan por la mañana diciéndose a sí mismas algo por el estilo de: “En el día de hoy espero de todo corazón tener la oportunidad de sentirme muy agresivo. Me gustaría pasarme el día entero con un cabreo enorme”. Así, dado que la agresividad es molesta y su evitación es deseable, una posibilidad es que los pacientes recurran a la agresión para neutralizar su estado de ánimo agresivo. Desgraciadamente, la hipótesis de la catarsis es falsa. Empezarla a puñetazos con un saco de boxeo, con nuestra pareja o con la pared no desvanece el impulso a la agresión. Después de pasar a la agresión, la gente no suele experimentar menos disposición a agredir, sino *más* (véase, por ejemplo, Bushman, Baumeister & Stack, 1999; Bushman, Baumeister & Phillips, 2001; Geen & Quanty, 1977; Kassino, 1995).

Después de pasar a la agresión, las personas confirman que experimentan cierto grado de placer. Pueden decir, por ejemplo: “¡Me hizo sentirme muy bien liarme a golpes con la pared!”. Esto puede deberse a los efectos de la epinefrina y la norepinefrina mencionados anteriormente. ¡Pero existe un efecto secundario más potente! La gente que afirma que le gusta golpear cosas y que esto les hace sentirse bien, es la misma que en lo sucesivo suele pasar con más frecuencia a la agresión. La conclusión que se desprende de ello es que cuando las personas tienen que enfrentarse a acontecimientos negativos en sus vidas y se sienten agresivos, puede que *quieran* pasar a la agresión y puede que *realmente* lo hagan. Después de agredir pueden incluso sentirse mejor. Pero dado que la agresión hace que se sientan bien, se reforzará la probabilidad de pasar a la agresión en un futuro (Bandura, 1969). Se trata claramente de un estilo contraproducente.

*Problemas médicos.* La agresividad, junto con la ansiedad, es “peligrosa para la salud” (Suinn, 2001, p. 27). Dado que la agresividad está directamente relacionada con la activación del sistema nervioso autónomo y con el funciona-

miento del sistema inmunológico, es probable que aumente la *vulnerabilidad general a padecer enfermedades*. Por ejemplo, en 1993 Kiecolt-Glaser *et al.* grabaron en vídeo a 90 parejas de recién casados mientras se dedicaban durante 30 minutos a tratar de resolver sus problemas matrimoniales. Los resultados fueron muy interesantes en el sentido de que las parejas con niveles elevados de agresividad mostraron una disminución de los macrófagos (que inician la actividad inmunológica) y de la actividad neutrófila (que reviste una importancia significativa en la lucha contra las bacterias), además de un debilitamiento de la respuesta a los virus latentes. Estas reacciones pueden conducir a padecer una serie de problemas médicos diferentes. A largo plazo parece, pues, que la salud se debilita a consecuencia de la agresividad elevada. Por contraste, si la experiencia de una agresividad elevada no ocupa un primer plano, o si se expresa asertivamente la agresividad cuando aparece de hecho, ello puede disminuir los efectos negativos.

Presentaremos a continuación algunas de las relaciones más conocidas entre la agresividad y los problemas de salud, acompañadas de la oportuna documentación para el lector interesado en profundizar:

*Colesterol.* Los niveles de colesterol son indicadores de muchas de enfermedades importantes y existe cierta evidencia de que la agresividad está relacionada con el nivel de colesterol en la sangre. Waldstein *et al.* (1990) investigaron esta relación en 29 varones blancos sanos. Utilizando el STAXI de Spielberger (1988, véase capítulo 3), encontraron que tanto la agresividad-rasgo como la agresividad manifiesta elevadas estaban relacionadas con niveles altos de colesterol ( $r = .44$  y  $r = .46$  respectivamente). En 1992, Johnson *et al.* analizaron esta relación en 39 varones negros norteamericanos sanos que no padecían de hipertensión ni del corazón. Aunque no encontraron relaciones significativas entre la agresividad y los niveles de colesterol, la agresividad-rasgo sí estaba relacionada significativamente con la razón LDL-HDL (baja y alta densidad respectivamente,  $r = .46$ ).

*Enfermedades coronarias.* Williams *et al.* (2000) realizaron un estudio prospectivo a gran escala sobre la relación entre la agresividad-rasgo y los problemas cardiovasculares. Un grupo ( $n = 12,986$ ) de hombres y mujeres de mediana edad fue sometido a un seguimiento durante un promedio de 53 meses. Inicialmente no padecían ningún problema cardiovascular y su presión sanguínea era normal. La agresividad-rasgo se evaluó con el STAXI de Spielberger (1988) y se evaluaron igualmente otros factores de riesgo conocidos como el peso, la presencia de diabetes, el consumo de alcohol y tabaco

y el nivel de educación. El estudio analizó específicamente la relación de la agresividad-rasgo con una combinación de problemas cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, problemas cardiovasculares con un desenlace fatal, infarto larvado de miocardio y procedimientos de revascularización cardíaca) y con incidentes “graves” únicamente (infarto agudo de miocardio y problemas cardiovasculares con un desenlace fatal). Los resultados indicaron que entre los adultos normotensos, “el riesgo de padecer problemas cardiovasculares combinados e incidentes ‘graves’ aumentaba de forma gradual con el aumento de los niveles de agresividad-rasgo” (p. 2.034). Además, en el caso de los problemas cardiovasculares combinados... los sujetos con valores elevados de agresividad tenían 2.61 veces más probabilidades de padecer un incidente que los sujetos con valores inferiores de agresividad” y “el riesgo de padecer incidentes ‘graves’ entre los sujetos normotensos con una agresividad elevada... era casi 3 veces más que el de sus equivalentes de baja agresividad” (p. 2.036). Se concluyó que el riesgo planteado por la agresividad-rasgo elevada era independiente de otros factores biológicos de riesgo conocidos. Este estudio reviste una importancia singular dado que tenía un diseño prospectivo y los sujetos no padecían ninguna enfermedad del corazón al comienzo de la evaluación. Los autores concluyeron que “además de las consecuencias personales y sociales adversas que puedan derivarse de experimentar una agresividad frecuente e intensa, también pueden darse resultados cardiovasculares desfavorables. La predisposición a la agresividad como un rasgo de personalidad, en el caso de hombres y mujeres normotensos de mediana edad, puede suponer un riesgo significativo de morbilidad y de muerte cardiovascular independiente de los factores biológicos de riesgo conocidos” (p. 2.038).

Un estudio similar sobre la hostilidad fue dirigido por Iribarren (2000). Conocido como el “estudio sobre el desarrollo del riesgo arterial coronario en adultos jóvenes”, los participantes fueron 374 hombres y mujeres, negros y blancos procedentes de cuatro de las principales ciudades de Alabama, Illinois, Minnesota y California. Al cabo de 10 años, se evaluó la calcificación de la arteria coronaria mediante la utilización del haz de electrones. Los resultados procedentes de la Escala de Hostilidad de Cook-Medley pusieron de manifiesto la existencia de una relación clara y directa entre la hostilidad y la obstrucción de la arteria coronaria.

Muchos otros estudios de investigación han encontrado que la agresividad y la hostilidad están asociadas a la muerte por enfermedad cardiovascular. Por ejemplo, Barefoot y sus colaboradores (Barefoot *et al.*, 1989; Barefoot, Dahlstrom & William, 1983; Barefoot, Larsen von der Lieth & Schroll, 1995;



Barefoot *et al.*, 1987) demostraron la existencia de una asociación significativa entre las puntuaciones en la Escala de Hostilidad de Cook-Medley y los incidentes y muertes por enfermedad cardiovascular en estudiantes de derecho (con un seguimiento de casi 30 años), estudiantes de medicina (con un seguimiento de 25 años), adultos mayores (con un seguimiento de 15 años) y adultos mayores daneses (con un seguimiento de 27 años). Algunos de los datos mostraron que estos mismos resultados se mantenían aun cuando se controlaron la edad, el estado de salud y los factores tradicionales de riesgo como el consumo de tabaco, los niveles de lípidos y la presión sanguínea.

Finalmente, existe evidencia de que los ataques de agresividad (por contraste con la agresividad-rasgo) pueden desencadenar infartos de miocardio. En un estudio se entrevistaron a 1623 pacientes al cabo de un promedio de unos cuatro días después de haber tenido un ataque al corazón y se les pasó una escala para valorar los ataques de agresividad y la escala de agresividad-estado del STAXI. Sobre la base de la escala para valorar los ataques de agresividad, se concluyó que “el riesgo relativo de infarto de miocardio a las dos horas después de haber tenido un ataque de agresividad fue de 2.3” y “la escala de agresividad-estado corroboró estos mismos hallazgos arrojando un riesgo relativo de 1.9” (Mittleman *et al.*, 1995, p. 1.720).

*Apoplejía.* La apoplejía es otro de los problemas que ha sido relacionado con la agresividad. En un estudio epidemiológico prospectivo, Everson *et al.* (1999) evaluaron el estilo de expresión de la agresividad en 2.074 varones finlandeses con la ayuda de la Escala de Expresión de la Agresividad de Spielberger (1985). Como parte de un estudio isquémico, siguieron a estos hombres durante un promedio de 8.3 años con el fin de evaluar su probabilidad de padecer una apoplejía. Después de controlar la edad, la presión sanguínea, la presencia de diabetes, el consumo de tabaco y alcohol, el colesterol y demás factores de riesgo conocidos, encontraron la presencia de una relación significativa entre los incidentes apopléjicos y los niveles elevados de agresividad manifiesta. De acuerdo con Everson, “los hombres que con frecuencia manifestaban su agresividad abiertamente cuando se sentían provocados tenían dos veces más probabilidad de sufrir una apoplejía durante los 8 años siguientes que los hombres que mostraban un temperamento más moderado... La agresividad contenida y el control de la agresividad no aparecieron asociadas al aumento del riesgo de apoplejía...” (p. 526). Esto supone una fuerte evidencia en *contra* de la antigua idea de la catarsis, de que dejar salir fuera la agresividad es sano.

*Cáncer.* En 1994, Eysenck concluyó que existe un tipo de personalidad con una predisposición al cáncer (el Tipo C), caracterizado por una tendencia a suprimir las emociones como, por ejemplo, la agresividad y la ansiedad. Eysenck postuló que la relación entre la agresividad y el cáncer está en función de los cambios corporales que tienen lugar al cabo de años y años de tener problemas con la agresividad, y de los cambios en el sistema inmunológico. Al margen de otras causas conocidas de cáncer tales como la contaminación, el tabaco y los peligros químicos, parece importante reconocer el papel que la agresividad puede desempeñar en este grupo de enfermedades.

Butow *et al.* (2000) revisaron la evidencia disponible acerca de los diferentes factores epidemiológicos y el cáncer de mama. Los autores concluyeron que “siete estudios presentan la represión de la agresividad o ‘alexitimia’ como predictores, y la evidencia más fuerte sugiere que las mujeres más jóvenes son las que tienen mayor riesgo” (p. 169). Por contraste, no encontraron ninguna evidencia de que la falta de apoyo social, la ansiedad crónica o la depresión afectaran al desarrollo del cáncer de mama. La enfermedad en general, y el cáncer en particular, puede ser el resultado de ciertos problemas de exteriorización y/o represión en la manifestación de la agresividad (Hiller, 1989).

Xu *et al.* (1995) compararon a 30 pacientes adultos, varones y mujeres, que padecían cáncer de estómago, con 50 adultos normales (cuyas edades oscilaban entre los 40 y los 65 años). Entre otros factores, los autores encontraron la presencia de una relación entre la agresividad contenida y este tipo de cáncer, que atribuyeron a una disminución en el funcionamiento del sistema inmunológico.

Kune *et al.* (1991) evaluaron los autoinformes de agresividad en 637 nuevos casos de cáncer colonorectal. Después de tener en cuenta otros factores de riesgo conocidos, tales como la dieta, el consumo de cerveza y la historia familiar, encontraron la presencia de una asociación entre este tipo de cáncer y cierto tipo de personalidad que incluía la negación y la represión de la agresividad. Los autores concluyeron que “los pacientes con cáncer colonorectal presentan un perfil de personalidad que incluye elementos como la negación y la represión de la agresividad, la ansiedad y otras emociones negativas... la evitación de los conflictos y la supresión de las reacciones que puedan ofender a los demás...” (p. 39). Estos pacientes se esforzaban por dar una buena impresión (esto es, por mantener la apariencia de ser unas personas “buenas” o “agradables”), lo que Kune y sus colaboradores interpretaron que podía contribuir a la manifestación clínica del cáncer colonorectal.

*Dolor.* La evidencia disponible sugiere que la agresividad manifiesta está relacionada negativamente con el dolor y la capacidad de levantar objetos en los pacientes que padecen dolor crónico (Burns *et al.*, 1996, 1998). Kerns, Rosenberg y Jacob (1994) estudiaron la expresión de la agresividad y los informes del dolor en 142 pacientes con dolor crónico. La edad promedio era de 50 años y venían padeciendo de dolor crónico (en su mayoría de dolor lumbar) desde hacía aproximadamente unos 12 años. Casi la mitad habían recurrido al quirófano para aliviar el dolor, casi la mitad tenían una incapacidad laboral permanente y más del 60% estaban tomando medicación para el dolor bajo supervisión médica. Los resultados mostraron que los pacientes que tendían a internalizar los sentimientos de agresividad y a evitar de esta forma los conflictos interpersonales, comunicaban niveles subjetivos de dolor más elevados y más manifestaciones conductuales de dolor. La supresión de la agresividad también interfería con otras actividades vitales. Kern *et al.* (1994) sugieren dos posibles mecanismos para explicar la relación entre la supresión de la agresividad y el dolor. Primero, como ya había sido observado anteriormente por Beutler y colaboradores (1986), la supresión de la agresividad puede debilitar la capacidad del sistema opiáceo central (esto es, las endorfinas y derivados de la enkafalina) para moderar la percepción del dolor. Segundo, la relación entre la agresividad y el dolor podría estar mediatizada por el sistema nervioso periférico. La falta de expresión de la agresividad puede contribuir al dolor mediatizado por la tensión muscular (véase Schwartz *et al.*, 1981).

Wade *et al.* (1990) estudiaron a 143 pacientes adultos con dolor crónico (media de edad = 47 años) y también comunicaron que la agresividad es un concomitante fundamental del dolor. Utilizaron instrumentos de evaluación psicológica como el MMPI y el Inventario de Depresión de Beck, y concluyeron que la agresividad y la frustración son aspectos cruciales de la experiencia del dolor. Fernández y Turk (1995) comunicaron que “la prevalencia de la agresividad entre los pacientes con dolor crónico tiene consecuencias negativas para el bienestar físico y psicológico del paciente” (p. 165). Por supuesto, no todos los expertos concuerdan en que el estado de ánimo ejerza una influencia sobre la experiencia del dolor. Dado que mucha de la evidencia disponible se limita a identificar la presencia de una correlación, algunos autores creen más bien que el aumento del dolor afecta negativamente al estado de ánimo (Gaskin, Greene, Robinson & Geisser, 1992).

En resumen, los pacientes con un nivel singularmente elevado de agresividad como rasgo de personalidad experimentan episodios de agresividad más frecuentes e intensos, además de padecer más consecuencias negativas a largo plazo. Cuanto más se experimenta la agresividad, más se la contiene forzosamente y se la mantiene enquistada y sin resolver, y cuanto más se la expresa de forma violenta, mayor es la probabilidad de padecer problemas de comportamiento y problemas médicos. La agresividad provoca una serie de daños y pérdidas que derivan a su vez en otras emociones negativas como depresión, culpa y vergüenza. Por contraste, si no se experimenta frecuentemente una agresividad intensa, o si la agresividad se expresa asertivamente y de una forma sana cuando se la experimenta, o si se reduce su intensidad mediante algunas de las técnicas que proponemos en capítulos posteriores, los efectos negativos pueden reducirse en gran medida.

Los pacientes pueden resistirse a estos conocimientos, dado que muchas de las consecuencias negativas aparecen únicamente a más largo plazo y no es fácil relacionarlas con la agresividad actual. A nivel interpersonal, todos podemos perdonar fácilmente un ataque de agresividad, o dos, o tres. Pero, ¿cuántos más antes de que la relación resulte dañada de forma permanente? A nivel médico, todos podemos tolerar algunos episodios de elevación de la presión arterial o disminución de la reacción inmunológica. ¿Cuántos más, sin embargo, antes de que dichos episodios deriven en consecuencias graves?

El modelo en el que se basa nuestro programa de tratamiento postula que los episodios de agresividad se inician con unos desencadenantes individualmente significativos que conducen a una activación fisiológica general. Sobre la base de la historia de aprendizaje del paciente, el desencadenante inicial y la activación subsiguiente se interpretan de una forma que conduce a aumentar todavía más los niveles de activación y alteración —que se califican de agresividad o tal vez de ira. Estas emociones más intensas pueden ser suprimidas y controladas a la fuerza, lo que conduce a rumiar la rabia. O, por el contrario, pueden ser expresadas abiertamente bajo la forma de una acción verbal o motriz. Estas acciones tienen consecuencias, algunas de las cuales son bastante negativas a más largo plazo. ¡La agresividad frecuente, intensa y persistente puede incluso ser mortal!

## *Hoja de Información para el Paciente*

### ***Modelo Explicativo del Episodio de Agresividad***

Son muchas las personas que piensan que la agresividad “aparece” así sin más. No comprenden por qué se ponen agresivos y alterados, a veces por cosas insignificantes. De hecho, cuando se les pregunta por las razones de su agresividad, las personas que se ponen agresivas suelen decir: “No lo sé. Lo llevo dentro. Siempre reacciono de esta misma forma. No tiene nada que ver contigo, me pasa lo mismo con todo el mundo”. Al no comprender cómo se genera la agresividad, es fácil que nos sintamos desbordados y pesimistas ante la posibilidad de llegar a dominarla. El modelo explicativo de la agresividad consta de cinco elementos y se aplica a todo el mundo sin excepción. Sería conveniente que le pidiésemos a nuestro profesional de la salud mental que nos ayude a comprender cuáles son los mecanismos en base a los cuales se desarrolla nuestra agresividad:

#### ***Desencadenantes + Valoraciones***

El desencadenante constituye el primer elemento de la secuencia. Puede ser algo que otra persona dice (“Eres un vago”) o hace o deja de hacer, como cuando un padre descubre que su hijo no hizo los deberes. Puede tratarse de un pequeño incidente, como cuando inesperadamente un jefe le pide a un empleado que se quede hasta más tarde. O puede tratarse de un incidente importante, como en el caso de los malos tratos. El desencadenante no tiene por qué ser un acontecimiento externo. Puede ser un recuerdo del pasado, como en el caso de recordar un día maravilloso con nuestra pareja que ahora se ha vuelto indiferente, o bien un acontecimiento de primera magnitud dentro de la historia, como la esclavitud o el holocausto.

Cada uno de los desencadenantes es sometido a una valoración o evaluación. No es frecuente que alguien se limite a “pensar” sin más en el desencadenante. Por ejemplo, cuando se descubre que un hijo suspendió un examen o ayudó a un vecino en las labores de jardinería, el desencadenante es clasificado en la categoría de “bueno” o “malo”. Cuando descubrimos que un amigo está diciéndole a los demás que somos “de fiar” o que “hay que desconfiar” de nosotros, el incidente también es clasificado. Desgraciadamente, los desencadenantes suelen ser sobrevalorados y magnificados más allá de toda proporción. La agresividad suele estar provocada por estas sobrevaloraciones. Consideremos el caso, por ejemplo, de que un amigo nos prometió que pasaría a recogernos a las siete de la tarde para ir al cine. Son las ocho menos cuarto y todavía no ha llegado. De hecho, no aparece. Cuando lo llamamos, nos dice que se le había olvidado por completo. La acción llevada a cabo por el amigo puede ser calificada de excelente, buena, agradable, mala, absolutamente repugnante o catastrófica. La mayoría de las personas estarían de acuerdo en que “mala” sería la valoración más racional. Ahora bien, todos conocemos a personas que magnifican los hechos y dicen algo así como: “Fue algo extremadamente desagradable, no logro asumirlo. Mi amigo debería haberse acordado. ¡Qué estupidez por su parte!”. Valoraciones como éstas suelen ser una causa frecuente de agresividad.

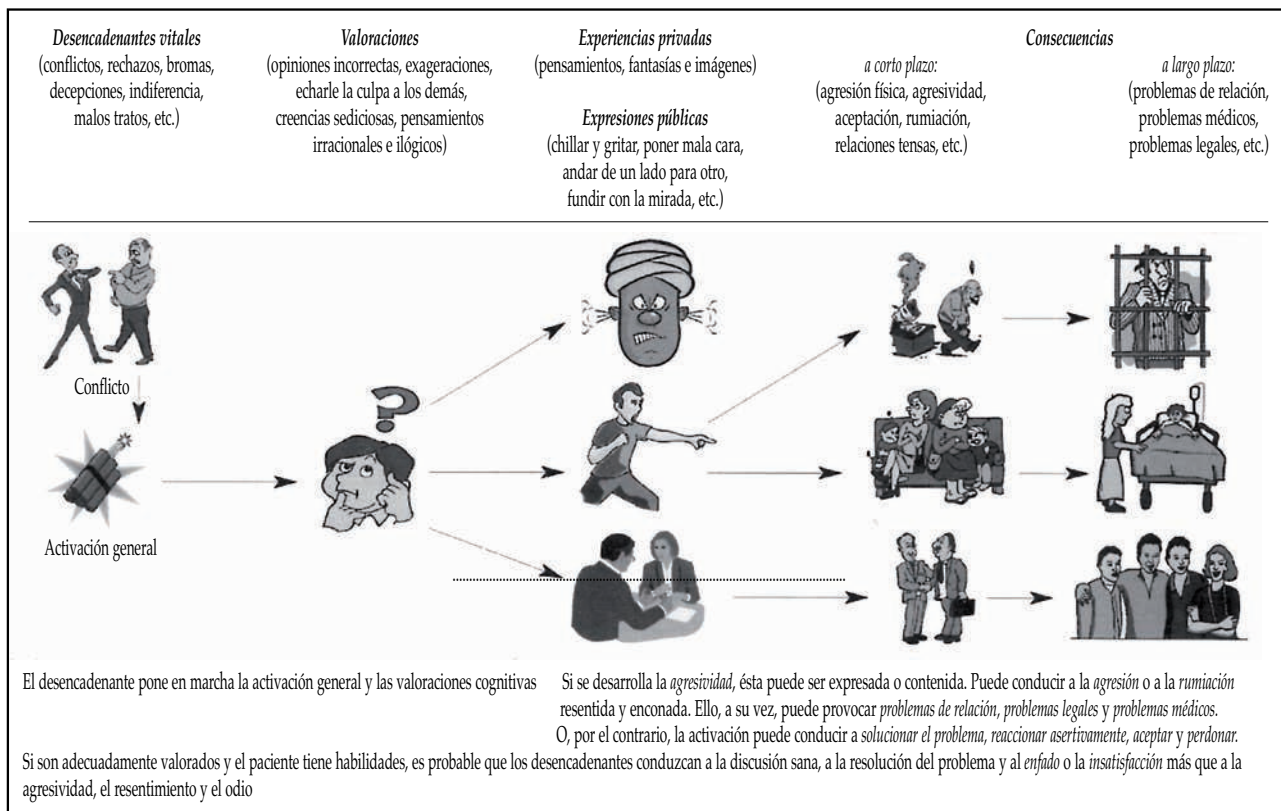
### ***Experiencias + Estilos de expresión***

La experiencia de la agresividad constituye el elemento personal de la secuencia. Consiste en nuestros pensamientos e imágenes privados, subjetivos, así como en nuestros objetivos de cara a la resolución del problema. Nadie conoce esta “conversación con nosotros mismos”, salvo nosotros. Nuestra agresividad subjetiva puede ser de leve a muy intensa y puede que nos sintamos agresivos rara vez o con mucha frecuencia. Además, cada persona tiene una pauta o estilo único de expresar la agresividad. Unos chillan, gritan y sueltan todo tipo de despropósitos. Otros se sienten abatidos o ponen mala cara. A veces la agresividad desaparece en un plazo relativamente breve. Algunas personas, sin embargo, se dedican a darle vueltas al incidente durante horas, días, meses o incluso años. Suelen decir con cierto orgullo: “Soy como los elefantes, que jamás olvidan”. Analicemos con nuestro psicólogo cuál podría ser nuestro propio estilo, dado que estos estilos tienen unos costes reales.

### ***Consecuencias***

Nuestro psicólogo nos pedirá que analicemos los efectos de nuestra agresividad. A corto plazo, puede que nuestros familiares o nuestros compañeros de trabajo se decidan a hacer lo que les pedimos cuando actuamos de una forma agresiva. A largo plazo, puede que perdamos el respeto de las personas a las que hemos hecho blanco de nuestra agresividad. Y puede que también suframos de otra forma como, por ejemplo, padeciendo problemas médicos. Preguntémonos qué es lo que pretendemos lograr con nuestra agresividad y si no habría una forma mejor de alcanzar nuestros objetivos. Y recordemos que nuestro profesional de la salud mental es un experto.

Figura 2-6. El Modelo Explicativo del Episodio de Agresividad



[Howard Kassnové y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

# La evaluación y el diagnóstico

## 3

*El hombre agresivo está lleno de veneno*

Confucio

Un buen análisis de la experiencia privada y la expresión pública de la agresividad se basa en la escucha, la observación y la administración de tests. Este análisis comienza con la escucha de los *informes verbales* del paciente, que revelan una porción de la experiencia interna. Hablamos de una “porción” dado que los pacientes filtran sus informes y rara vez nos dicen todo lo que están pensando o imaginando. Además, también pueden decir más de lo que verdaderamente han experimentado. Las preguntas del profesional, en sí mismas y por sí mismas, pueden alentar al paciente a embellecer algunos aspectos de su experiencia. Así pues, cuando ello sea posible es útil disponer de *informes de terceras personas*, con el fin de complementar los informes de los pacientes. Estos informes de terceras personas brindan ciertos datos fiables sobre las manifestaciones agresivas que pueden haber tenido lugar realmente. La *observación* del paciente, y en especial de sus expresiones faciales, se suma a los informes verbales y permite que el profesional llegue a sus propias conclusiones acerca de la intensidad de la agresividad experimentada. Por contraste, los *autorregistros* ayudan a los pacientes a prestar atención a los distintos elementos de su agresividad entre sesiones. Finalmente, la administración de *tests psicométricos* completa el proceso y permite comparar la agresividad del paciente con la de un grupo normativo de iguales. No disponemos de espacio para revisar estos diferentes elementos de evaluación en profundidad. No obstante, sí queremos exponer algunos de los aspectos más importantes para que los profesionales puedan tomarlos en consideración.

*Informes verbales (orales)*. Preguntemos a los pacientes qué sienten durante los incidentes interpersonales aversivos, y especialmente en aquellas situaciones que con más frecuencia suscitan agresividad en la mayoría de la gente. Si la



agresividad es reconocida, la discusión sana puede ayudar al paciente y al profesional a desentrañar sus diferentes aspectos (esto es, intensidad, duración, atribuciones, etc.). Si la presencia de la agresividad en dichos incidentes es negada (por ejemplo, “Me trae sin cuidado lo que me hizo”, o “No me importa”, o “No me siento enfadado para nada”), examinaremos la disposición del paciente a admitir los sentimientos de agresividad. Suele ser útil utilizar la imaginación y pedirle al paciente que cierre los ojos y, por ejemplo, “imagine que está en el supermercado en cuestión. Puede ver los distintos pasillos llenos de productos de alimentación. Dirija ahora la vista al dependiente del que estaba hablando. Recuerde que le está pidiendo que le ayude a encontrar los productos de limpieza y el dependiente le responde con un seco: ‘¡Mire al otro extremo de la tienda!’ Preste atención a la cara y la vestimenta del dependiente. ¿Cómo se sentía entonces, en ese preciso momento?”.

No nos hacemos ninguna ilusión acerca de que los meros informes verbales nos conduzcan siempre a la “verdad”. Aparecen distorsiones por multitud de razones. Los pacientes pueden negar la agresividad por miedo a que ello pueda tomarse como un indicador de debilidad o de falta de control. También pueden estar predispuestos a negar la agresividad si les obligaron a entrar en tratamiento. Y además, obviamente, también puede que no “sepan” cuán agresivos estaban en una situación dada.

Por otro lado, también puede suponer un problema que el paciente admita demasiado fácilmente la agresividad y se muestre excesivamente dispuesto a analizar sus sentimientos en profundidad. Hace años se demostró que a veces la gente “dice más de lo que sabe” (Nisbett & Wilson, 1977). Es decir, si les preguntan cosas del tipo de “¿Cómo de agresivo se sintió usted cuando su mujer le dijo eso?”, casi todos los pacientes darán *alguna* respuesta y muchos de ellos *embellecerán* sus emociones pretenciosamente. En definitiva, creen que lo “correcto” en esta situación es sentirse agresivos. A las personas se les ha enseñado a responder a las preguntas y son muchos los pacientes que piensan que “deberían saber” cómo se sienten. Así pues, inventan historias acerca de su agresividad que al oyente le parecen bastante “reales”. Ello no implica que estén mintiendo. Antes bien, se trata simplemente de que están diciendo más de lo realmente saben, con el propósito de satisfacer los requerimientos del profesional.

¿Por qué, entonces, dado que los pacientes pueden decir más o menos de lo que verdaderamente saben, recomendamos que se discutan y se preste atención a los informes verbales del paciente? Primero, porque ello permite mejorar la relación terapéutica. Los profesionales tienen la oportunidad de demostrar empatía cada vez que los pacientes hablan de sus problemas personales, lo que

fortalece la relación terapéutica y acrecienta la adaptación del paciente al programa de intervención. Además, ello permite evaluar el lenguaje y las habilidades lógicas del paciente, lo que también puede utilizarse para planificar el tratamiento. Por ejemplo, gran parte de la intervención consiste en una serie de técnicas cognitivas que dan por supuesta la presencia de cierta capacidad de razonamiento abstracto. Esta capacidad puede no estar presente en los pacientes de inteligencia más baja o con disfunciones cerebrales de origen traumático. Finalmente, los informes verbales permiten que el paciente hable de su agresividad sin que sea reforzado por los demás, lo que posibilita que tenga lugar cierto grado de extinción. Esto es, por contraste con los amigos o los familiares del paciente, los profesionales están mucho más lejos de reaccionar con un “¡Válgame Dios! ¡Lo que dices es espantoso! ¡Debes estar furioso! ¡No seas gilipollas! ¡Mándalo al infierno!”. Estos tipos de declaraciones, a menudo bienintencionadas, lo que de hecho suelen hacer es intensificar y agrandar la agresividad del paciente.

La razón última por la que los profesionales confían en los informes verbales es que, como analizamos en el capítulo 1, la agresividad es una experiencia interna. Aunque los informes del paciente tienen sus desventajas y a veces pueden ser poco fiables, no por ello dejan de ser la mejor forma de acceder a la información acerca de los pensamientos y las vivencias personales. El simple hecho de interrogar a los pacientes sobre sus experiencias internas constituye el método más eficaz e instructivo de obtener información sobre su agresividad.

Por supuesto, es preciso ser precavidos cuando el informe verbal se utiliza como un instrumento de evaluación. Aunque el paciente niegue la agresividad, y de hecho puede que no exista ninguna en absoluto, es fácil que el profesional infiera que un paciente es agresivo. *La proyección se da*, incluso entre los profesionales más experimentados, y ello puede conducir a suponer *erróneamente* que un paciente dado está sintiendo la agresividad que el profesional piensa que la mayoría de nosotros sentiríamos al exponernos a una situación aversiva. Pero algunos pacientes no sienten verdaderamente ninguna agresividad, ni siquiera en la más molesta de las situaciones. Puede que sean más capaces de aceptar la adversidad de lo que lo sería el profesional en el caso de encontrarse en una situación similar. Por otro lado, ¡a veces el profesional puede tener razón al suponer la existencia de una agresividad latente! En estos casos, sí podría ser aconsejable que el profesional le propusiera al paciente algún tipo de entrenamiento en asertividad y ejercicios para intensificar la toma de conciencia. En última instancia, no existe mejor método que el buen juicio clínico y el haber aprendido bajo supervisión a comprender las ventajas y los peligros de los informes orales.

*Informes de terceras personas.* Los informes de terceras personas que conocen bien al paciente, tales como su mejor amigo o su pareja, pueden ser muy útiles. Por ejemplo, nosotros siempre hemos sido muy respetuosos con los informes de los padres, que parecen ser capaces de “leer” las emociones de sus hijos. Los niños suelen negar sus emociones, dado que aún no han aprendido a identificarlas y expresarlas. Pero, mediante la observación atenta de lo que hacen sus hijos (por ejemplo, caras largas, falta de atención en las conversaciones en familia, comentarios que revelan cierta oposición por parte de niños que de ordinario suelen ser muy obedientes, etc.), los padres suelen saber que éstos se sienten agresivos. Los informes de terceras personas son ciertamente útiles en las terapias de familia y en las terapias de grupo y pueden utilizarse como una técnica de evaluación convenientemente planificada. Por ejemplo, el paciente y el profesional pueden acordar llamar por teléfono a la novia entre sesiones para evaluar el número de experiencias agresivas que han tenido lugar durante la semana. O bien, se le puede pedir al cónyuge o a los padres que rellenen una hoja de evaluación en la sala de espera, con anterioridad a que tenga lugar la sesión de tratamiento. Con el auge de la tecnología y la accesibilidad de los ordenadores, cabe esperar que estas formas de evaluación puedan rellenarse y enviarse por ordenador al profesional. Como siempre, estas técnicas para ayudar al paciente deben ser acordadas conjuntamente por el paciente y el profesional.

*Observación por parte del profesional.* Como señaló Plutchik (1980, capítulo 1), *la agresividad es una emoción humana fundamental* que varía en frecuencia, intensidad y duración. La creencia habitual es que por lo general los adultos son conscientes de sus estados emocionales internos tales como la agresividad y pueden brindar informes verbales a los profesionales, si así lo quieren. Ciertamente, es un hecho reconocido que en determinadas situaciones los pacientes pueden “ocultar información”. Pero la creencia fundamental continúa siendo la de que somos criaturas pensantes capaces de comunicar nuestras experiencias internas a través del lenguaje.

No negamos este modelo explicativo. *Somos* de hecho animales verbales-cognitivos que representamos el mundo y nuestras reacciones internas a través del lenguaje. Así, la evaluación a través de los informes verbales es importante. Pero existen igualmente sistemas de evaluación alternativos basados en la observación, que los profesionales pueden tomar en consideración. Algunos son sencillos, como cuando vemos chillar, dar voces o empujones, o decir palabrotas. Estos son indicadores de agresividad obvios y frecuentes.

Pero la agresividad, y esto es muy importante, también aparece bajo la forma de una *expresión facial reconocible* que puede ser observada por los profesionales

en la consulta o en los estudios de campo. Ekman (1992) ha demostrado que las emociones básicas pueden verse en la cara y por esta razón es importante observar al paciente. Examinemos la Figura 3-1 y calificuemos las emociones en juego. En realidad es bastante fácil.

**Figura 3-1. Observar a los pacientes**

¿Cuál de estas imágenes representa la agresividad?  
¿Qué emociones expresan las otras imágenes?



SOLUCIÓN:  
Arriba: Asombro, Asco, Tristeza. Abajo: Felicidad, Agresividad, Miedo.

Aunque parece obvio, recomendamos que los profesionales le dediquen un tiempo durante las sesiones a observar a sus pacientes mientras éstos hablan de situaciones que suscitarían agresividad en la mayoría de las personas. Dadas las exigencias de las empresas, los seguros médicos y demás compañías aseguradoras, es fácil que nos distraigamos tomando notas y nos olvidemos de utilizar la expresión facial y demás indicadores no verbales como parte del proceso de evaluación.

Llegados a este punto, el lector puede preguntarse si las expresiones faciales son de hecho tan importantes como estamos sugiriendo. ¡Pues estamos convencidos! Ciertamente, una cara agresiva inhibirá la empatía de los demás e interferirá en el desarrollo de la relación. Es poco probable que los demás se acerquen a las personas que parecen agresivas, por lo que puede que éstas pierdan oportunidades personales, sociales y económicas. Pero existe una evidencia mucho más importante para comprender las expresiones faciales. Rosenberg *et*

al. (2001) estudiaron las expresiones faciales de 115 varones que padecían problemas coronarios. Los autores encontraron que durante las entrevistas estresantes, los sujetos que mostraban isquemia (irregularidad en el movimiento de las paredes y la eyección ventricular izquierda) manifestaron más expresiones agresivas que los sujetos que no daban síntomas de isquemia. Este fue el primer estudio en demostrar, con la ayuda del análisis por ordenador, que *las expresiones faciales agresivas son predictivas de los incidentes coronarios*.

La psicoterapia del futuro será ciertamente más sofisticada de lo que lo es actualmente. Con respecto a las emociones como la agresividad, puede que al lector le sorprenda saber que ya existen programas de ordenador que analizan los movimientos musculares que tienen lugar durante las expresiones faciales. Las pautas que siguen los movimientos musculares faciales se utilizan después para determinar qué están sintiendo las personas. Un ejemplo lo constituye la Base de Datos para la Interpretación de los Afectos de Ekman (1992). Llegará el día en que los datos extraídos de estos programas de análisis de los movimientos faciales se sumarán al análisis de otros movimientos corporales y de las expresiones verbales para configurar una visión general de las experiencias agresivas y de los estilos de expresión de la agresividad por parte del paciente. Mientras tanto, seguiremos confiando en los juicios que emitan los clínicos experimentados acerca de los afectos. El elemento importante a recordar es *observar al paciente*, dado que es mucho lo que podemos aprender a partir de la expresión facial.

Aunque la identificación de las expresiones faciales es una tarea relativamente fácil, algunos pacientes son verdaderos expertos en mantener la famosa “cara de póker”. Así pues, es posible que nos engañemos en algunos casos en los que el paciente quiera ocultar conscientemente su reacción agresiva. Hace poco un estudiante nos dijo que se esfuerza enormemente por inhibir la expresión de todas sus emociones. Había sido educado en una familia procedente de la antigua Unión Soviética en la que la expresión de las emociones se consideraba algo peligroso y el rostro inexpresivo era la reacción preferente en las relaciones interpersonales. Al cabo de años practicando el esfuerzo por suprimir la manifestación externa de sus emociones, ahora insiste en que su respuesta consciente inicial a los acontecimientos negativos está siempre exenta de emoción. La conciencia de sus emociones le viene horas o días después. Sí reconoce experimentar un amplio espectro de reacciones cognitivas, lo que le permite hablar sin ninguna emoción con otras personas acerca de acontecimientos muy cargados negativamente. Pero su objetivo consiste en mantener una “cara de póker” y se esfuerza enormemente por lograrlo. Obviamente, a veces sus emociones se dibujan en su rostro. Hemos podido observar que en momentos de desacuerdo

y de tensión, la cara se le enrojece visiblemente aunque verbalmente insista en negar cualquier reacción emocional. La forma de reaccionar de este estudiante arroja luz sobre la importancia de observar a los pacientes. Con frecuencia, las reacciones emocionales como la agresividad pueden detectarse en la cara, aun en el caso de los pacientes más estoicos.

*Autorregistros por parte del paciente.* Es probable que la mera discusión con los pacientes brinde informes verbales sobre experiencias agresivas pasadas y estilos de expresión de la agresividad que pueden estar distorsionados por el recuerdo. Por contraste, los autorregistros del paciente posibilitan el registro más preciso y más constante de las experiencias agresivas actuales que tienen lugar entre sesiones. Presentamos una hoja de autorregistro (*Registro de los Episodios de Agresividad*) al final de este capítulo para ayudar a los pacientes a que centren su atención en los episodios individuales de agresividad. El hecho de pedirle a los pacientes que rellenen esta hoja les ayudará a prestar atención a muchas de las facetas de su agresividad de las que pueden no ser conscientes. El *Registro de los Episodios de Agresividad* se ocupa de los componentes esbozados en el modelo explicativo del episodio de agresividad presentado en el capítulo 2. Una de las ventajas de que los pacientes rellenen una hoja de registro como esta entre sesiones es que puede que sus respuestas sean más exactas cuando rellenan la hoja inmediatamente después de que haya tenido lugar el episodio de agresividad, por contraste con el intento de recordar detalles de la experiencia pasado un tiempo. También puede que el paciente esté más dispuesto a “admitir” ciertas conductas relacionadas con la agresividad cuando se trata de hacerlo por escrito que cuando se le pregunta cara a cara.

Otra de las ventajas de pedirle a los pacientes que no pierdan de vista sus episodios de agresividad es que proporciona una indicación de los progresos del tratamiento. Por ejemplo, dado que a los pacientes se les instruye para que rellenen un registro de cada uno de los episodios de agresividad que experimentan, el número de episodios que los pacientes comunicaron al principio del tratamiento puede servir como una línea de base desde la que poder evaluar la mejoría. Otros aspectos de la agresividad también pueden servir como indicadores de progreso, dependiendo de las áreas que el profesional desee elegir como objetivo. Por ejemplo, podría incluirse la intensidad promedio de los episodios de agresividad, su duración, el número de episodios que contengan verbalizaciones aversivas o conductas agresoras y el número de episodios que contengan consecuencias negativas. Incluimos, pues, también un *Registro de los Progresos del Paciente* al final de este capítulo, con el fin de ayudar a los profesionales a llevar un mejor seguimiento del curso del tratamiento.

Se recomienda que el primer *Registro de los Episodios de Agresividad* se rellene con el paciente, de modo que el profesional esté al alcance para responder a las posibles preguntas. A los pacientes se les puede pedir después que rellenen un registro como tarea para casa y las respuestas se pueden discutir en la sesión siguiente. Por lo que se refiere al *Registro de los Progresos*, el profesional registrará durante el transcurso de cada una de las sesiones los aspectos de la agresividad que están siendo investigados y compartirá el *feedback* con el paciente.

*Instrumentos estandarizados para la evaluación de la agresividad.* Se espera que los tests de papel y lápiz tengan cuatro características. Tienen que estar basados en una buena teoría sobre la agresividad, ser fiables, ser válidos, y disponer de los datos normativos adecuados que apoyen su utilización. La fiabilidad sugiere que las puntuaciones serán muy similares si la misma persona hace el test por segunda vez. La validez sugiere que las respuestas plasmadas en el papel son predictivas de la frecuencia, intensidad o duración de la agresividad en el mundo real. Los tests que son fiables tienen “normas” establecidas. Esto es, el test se ha pasado a un grupo representativo y razonablemente amplio de sujetos, de manera que las puntuaciones de los pacientes pueden ser comparadas con un grupo de referencia y apreciadas debidamente. Comenzamos con una revisión de estas características dado que son muchos los “tests” de agresividad que pueden encontrarse en internet y en las revistas de divulgación. No podemos recomendarlos dado que no satisfacen los criterios psicométricos elementales y es probable que brinden una información engañosa. Las interpretaciones a partir de instrumentos que carezcan de una fiabilidad y validez establecidas pueden ser perjudiciales para los pacientes, dado que pueden señalar la presencia de un problema allí donde no existe ninguno o bien pueden pasar por alto la existencia de un problema real de agresividad. Este es un ejemplo de *caveat emptor* –¡de advertencia al profesional!

Por contraste, existen de hecho instrumentos que son aceptables para su uso clínico. Algunas escalas de agresividad están incorporadas a instrumentos diseñados para evaluar el espectro completo de la psicopatología, tales como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). Dentro de estas medidas psicopatológicas generales, la agresividad se contempla como una dimensión o subescala dentro de un cuadro más amplio. Preferimos las escalas especializadas específicamente diseñadas para medir aspectos de las experiencias de agresividad del paciente. El instrumento de evaluación más completo y mejor validado del que los profesionales disponen actualmente es el *Inventario de Expresión de la Agresividad-Estado y la Agresividad-Rasgo 2* (STAXI-2, *State-Trait Anger Expression Inventory 2*) de Spielberger (1999).

Las puntuaciones del STAXI-2 brindan una información muy útil acerca de los pacientes individuales. El instrumento se basa en un modelo muy claro que guarda consonancia con nuestro propio modelo del episodio de agresividad. En primer lugar, la agresividad es conceptualizada y medida como un *rasgo*, definido como la *probabilidad de experimentar agresividad a lo largo del tiempo*. Las puntuaciones elevadas en la sección “rasgo” de la escala predicen una sensación constante de frustración y una agresividad constante, a menos que la intervención terapéutica logre tener éxito. Adicionalmente, la agresividad-rasgo es contemplada como un temperamento muy generalizado, o como un estilo de reacción. Los sujetos con puntuaciones elevadas en agresividad-rasgo como temperamento tienden a cambiar repentinamente de humor y son impulsivos y propensos a ponerse agresivos en ausencia de ninguna provocación específica y dentro de una gama muy amplia de situaciones. Pero no necesariamente son perversos o crueles y en realidad puede que utilicen su agresividad simplemente para intimidar o controlar conscientemente a los demás. Por contraste, los sujetos con puntuaciones elevadas en agresividad-rasgo como estilo de reacción son sumamente sensibles y se ponen agresivos en respuesta a lo que perciben como provocaciones específicas asociadas a críticas, insultos o evaluaciones negativas. Así, en el caso de los pacientes con agresividad-rasgo elevada como estilo de reacción es probable que los desencadenantes sean más fáciles de identificar y que sean mejores candidatos para programas de intervención más concretos. Dado que los sujetos con agresividad-rasgo elevada como temperamento se ponen agresivos fácilmente ante la práctica ausencia de una provocación clara, es probable que sean mejores candidatos para programas de intervención más abstractos y sobre una base filosófica.

En segundo lugar, la agresividad también es concebida y medida como *un estado de activación en un momento dado*. Los pacientes con puntuaciones elevadas en la sección “estado” de la escala están experimentando una agresividad intensa en el momento mismo de pasar el test y ello puede constituir una señal de advertencia para el profesional. La agresión puede ser inminente. Además, es menos probable que el programa de intervención que pretenda cambiar los puntos de vista del paciente acerca de su familia, su trabajo o sus amigos, por ejemplo, tenga éxito cuando el nivel de activación asociado a la agresividad (el estado de agresividad) es demasiado alto. Adicionalmente, la agresividad-estado puede consistir simplemente en una activación indiferenciada o puede estar asociada a un impulso a manifestar la activación agresiva verbalmente (por ejemplo, dar voces o gritar) o físicamente (por ejemplo, romper o arrojar objetos). Cada uno de estos factores es evaluado por el STAXI-2. Cuando la agresi-



vidad-estado elevada se combina con una agresividad-rasgo leve, ello sugiere que la agresividad es infrecuente y transitoria. Ahora bien, cuando los pacientes obtienen puntuaciones elevadas tanto en agresividad-estado como en agresividad-rasgo, es probable que la agresividad sea crónica y esté asociada a consecuencias desadaptativas a nivel interpersonal y para la salud.

Además de examinar la agresividad como rasgo y como estado, el STAXI-2 evalúa el estilo que tiene el paciente de *expresar la agresividad*. En concordancia con la distinción entre experiencia-vivencia y expresión-manifestación propuesta por nuestro modelo, la teoría del STAXI sugiere que cuando se experimenta la agresividad, ésta puede expresarse o no. Cuando los pacientes obtienen puntuaciones elevadas en *expresión manifiesta de la agresividad (anger-out)*, es probable que griten, den portazos y utilicen palabrotas muy graves, insultos, sarcasmos y/o amenazas. También es más probable que pasen a la agresión y reaccionen a su experiencia interna mediante acciones motrices. Por contraste, los pacientes que obtienen puntuaciones elevadas en *expresión contenida (internalizada) de la agresividad (anger-in)*, de forma característica experimentan su agresividad muy conscientemente, pero no la expresan. Para estos pacientes, la supresión consciente constituye la norma y pueden mostrarse en desacuerdo con la idea de aprender habilidades para expresar “adecuadamente” incluso el enfado. El *control de la agresividad* lleva el concepto de expresión contenida de la agresividad todavía más lejos. El control implica no solamente la creencia de que es mejor contener la agresividad, sino que se requiere igualmente una vigilancia y un esfuerzo continuados. Los pacientes con puntuaciones elevadas en *control de la agresividad manifiesta* están vigilando frecuentemente su propia agresividad y esforzándose por evitar su expresión. Ello supone un gasto enorme de energía y estos esfuerzos de control pueden conducir a la pasividad y al aislamiento, cuando la expresión asertiva podría ser mucho más conveniente. Por contraste, los pacientes con puntuaciones elevadas en *control de la agresividad contenida* se esfuerzan por calmarse y reducir la agresividad experimentada internamente.

El STAXI-2 tiene normas para adolescentes, adultos y pacientes psiquiátricos de ambos sexos. Es una escala fiable y sus puntuaciones son predictivas de conductas importantes y de cambios fisiológicos importantes en el cuerpo. Los valores del STAXI-2 pueden utilizarse para complementar los juicios clínicos basados en los informes verbales del paciente, los informes de terceras personas y los autorregistros. Los datos normativos permiten que el profesional pueda comparar las respuestas del paciente con las de otros miles de sujetos, minimizando así las conclusiones subjetivas del profesional.

## EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE AGRESIVIDAD

---

*Cualquiera puede ponerse agresivo –es muy fácil. Pero ponerse agresivo con la persona adecuada, con la intensidad adecuada, en el momento adecuado, con el propósito adecuado y de la forma adecuada –eso no es fácil.*

Aristóteles

Dadas las muchas consecuencias negativas asociadas a la agresividad frecuente, intensa y/o persistente, es muy importante que los pacientes agresivos reciban un diagnóstico reconocido y sean elegidos para tratamiento por profesionales experimentados. Por lo general, el diagnóstico sigue a la evaluación y aquí es donde aparecen los problemas. El tan a menudo utilizado *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, APA, 1994/2000)* no contiene de hecho ningún diagnóstico oficial para la agresividad, como tampoco lo incluye la *Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD 10, OMS, 1999)*. En su lugar, la agresividad es tratada como un aspecto marginal dentro de otras categorías diagnósticas tales como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno antisocial de la personalidad, el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno explosivo intermitente, la esquizofrenia, el trastorno de conducta, el síndrome de la Tourette, etc. Los profesionales que trabajan con pacientes que experimentan una agresividad excesiva y desorganizadora no disponen de diagnósticos específicos para la agresividad.

Ahora bien, la falta de una categoría diagnóstica oficial para la agresividad es problemática dado que ello supone que a la agresividad se le ha concedido únicamente una atención limitada como un problema humano independiente. De resultas de esta falta de reconocimiento, son pocos los investigadores que se han decidido a estudiar las causas, los procesos y las consecuencias de la agresividad. Esto es particularmente cierto en el caso de los científicos dedicados a la investigación que dependen de las ayudas federales, dado que ciertas agencias sólo financiarán proyectos que estudien los padecimientos individuales asociados a problemas oficialmente diagnosticados.

Aquellos de nosotros que trabajamos con pacientes agresivos confiamos en que llegará el día en que la agresividad sea reconocida oficialmente como un trastorno emocional, junto con la ansiedad y la depresión. Cada uno de estos tres problemas humanos tiene componentes subjetivos, biofísicos y conductuales y, por lo que sabemos hasta ahora, existen pocas razones para ignorar la agresividad. Adicionalmente, y desde un punto de vista pragmático, los profesionales que trabajan diariamente con pacientes conocen perfectamente la enorme prevalencia de la agresividad.

Afortunadamente, algunos investigadores han reconocido los problemas asociados a esta ausencia de un diagnóstico oficial y han lanzado algunas propuestas iniciales. Por ejemplo, en reconocimiento del evidente déficit diagnóstico, Eckhardt y Deffenbacher (1995) propusieron cinco diagnósticos para la agresividad. Estos son:

1. Trastorno Adaptativo *con* Estado de Ánimo Agresivo
2. Trastorno Agresivo Situacional *sin* Agresión.
3. Trastorno Agresivo Situacional *con* Agresión.
4. Trastorno Agresivo Generalizado *sin* Agresión.
5. Trastorno Agresivo Generalizado *con* Agresión.

En tres de estas categorías la conducta motriz manifiesta no es necesaria para hacer el diagnóstico. Por contraste, el diagnóstico de “con agresión” requeriría que el profesional tuviera conocimiento de la presencia de una conducta agresora significativa. Los autores consideran que esta conducta agresora puede ser verbal o física indistintamente y puede incluir: (a) explosiones verbales, chillidos y gritos; (b) amenazas verbales, insultos e intimidación u observaciones en un tono evidente de disputa; (c) sarcasmo reiterado, interrupción brusca de las observaciones verbales de los demás o humor hostil; (d) actuar de una forma físicamente amenazante o intimidatoria; (e) conductas físicamente agresoras hacia otras personas (por ejemplo, golpear, pegar, dar patadas, bofetadas, puñetazos, agarrar, empujar, arrojar objetos); (f) conductas físicamente agresoras o destructivas contra la propiedad (por ejemplo, arrojar, golpear, aporrear, romper); (g) buscar activamente o provocar una confrontación verbalmente agresiva; (h) rechazo beligerante u obstinado a cooperar con las peticiones razonables de dejar a un lado las provocaciones; e (i) retraerse en una actitud hosca o resentida (por ejemplo, malas caras, miradas gélidas). A continuación viene una breve descripción de las cinco categorías propuestas.

(Ya expresamos en el capítulo 1 nuestra preocupación acerca de la inclusión de conductas verbales y conductas motrices en la misma categoría y pensamos que el criterio para poder hablar de agresión es la conducta motriz. No obstante, presentamos la propuesta de Eckhardt y Deffenbacher (1995) como un posible modelo de diagnóstico).

*Trastorno adaptativo con estado de ánimo agresivo.* Los trastornos adaptativos son reacciones desadaptativas a desencadenantes psicosociales identificables. El trastorno tiene lugar dentro del plazo de tres meses a contar desde la aparición del estresor y se prolonga durante un período no superior a los seis meses. En el DSM-IV se recogen tres trastornos desadaptativos caracterizados por sus

componentes emocionales (a saber, el trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso, el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo y el trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos), pero ninguno de ellos aparece caracterizado por la agresividad. También se recogen otros dos trastornos adaptativos, sin mención alguna del elemento emocional. Uno de ellos está caracterizado por la alteración de la conducta y el otro por la inhibición del rendimiento. Así, para que la agresividad pueda incluirse en un diagnóstico de trastorno adaptativo, siempre debe aparecer mezclada con otras emociones (aunque no haya evidencia de ansiedad o depresión problemática), con problemas de conducta (aunque la conducta motriz problemática sea mínima) o con una inhibición significativa del rendimiento laboral o académico normal (aunque el paciente esté rindiendo adecuadamente).

Eckhardt y Deffenbacher sugieren, pues, que se añada el trastorno adaptativo con estado de ánimo agresivo al sistema diagnóstico para reflejar un problema de adaptación con base en la agresividad sin más –como ya existe de hecho en el caso de la depresión y la ansiedad. Las características definitorias consistirían en períodos de afecto agresivo, irritabilidad, hosquedad, ataques de agresividad y/o manifestaciones conductuales que no alcancen a cumplir los requisitos para los problemas de conducta. Éstas podrían incluir las actitudes quejumbrosas e irritadas, las actitudes “melindrosas” y “criticonas”, el “estar a la que salta”, las amenazas verbales o físicas (sin llegar a pasar a la acción), golpear objetos o arrojar cosas. Los sujetos que se encuentran en mitad de un proceso de divorcio pueden manifestar estas características, al igual que un niño al que sus padres le comunican que han decidido trasladarse a otra ciudad.

El diagnóstico diferencial debería hacerse sobre la base de cierto número de factores. Así, el trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos sería más apropiado cuando la agresividad aparece junto con otros excesos emocionales, pero sin llegar a constituir la reacción primaria. El trastorno adaptativo con estado de ánimo agresivo debería distinguirse también del trastorno adaptativo con alteración de la conducta y con alteración mixta de las emociones y de la conducta, si el deterioro del rendimiento laboral o académico fuera el problema principal. Pero cuando la agresividad sea la reacción problemática principal a un estresor psicosocial identificable, el trastorno adaptativo con estado de ánimo agresivo constituiría el mejor diagnóstico.

Los sujetos que encajen en este diagnóstico pueden haber estado muy bien adaptados antes de la aparición del desencadenante. En su condición de tales, se dejarán caer a menudo por las consultas privadas, las clínicas y las organizaciones religiosas o comunitarias y pueden tener un pronóstico bastante favorable.

*Trastorno agresivo situacional sin agresión.* Este diagnóstico describe una reacción agresiva intensa y persistente (seis meses o más) a un desencadenante o situación claramente circunscrito (por ejemplo, en respuesta a las críticas de los padres o a los conductores descorteses) o a un conjunto de situaciones que comparten un elemento en común (por ejemplo, burlas o desafíos a la propia autoridad). La agresividad no es experimentada como un estado de ánimo crónico y siempre presente (esto es, agresividad-rasgo como temperamento) o como un estilo de respuesta generalizado a muchos y diferentes estímulos (esto es, agresividad-rasgo como estilo de reacción). Aunque el paciente experimenta la agresividad, la conducta agresora (motriz) manifiesta es mínima. Un paciente que se pone agresivo principalmente cuando conduce, incluso en respuesta a infracciones relativamente menores, pero que se limita a maldecir internamente al ofensor además de tener fantasías de venganza, encajaría en este diagnóstico; como también lo haría un padre que se pone físicamente muy alterado y se enzarza en una conversación agresiva consigo mismo cuando el hijo no ha hecho los deberes, pero no le grita ni actúa agresivamente contra el hijo. Al mismo tiempo, la reacción agresiva situacional puede conducir a la rumiación, la activación y el malestar subjetivo, así como a un deterioro de las actividades sociales, laborales o académicas. Los pacientes que encajan en este diagnóstico pueden estar absolutamente en desacuerdo con la afirmación de que ni tan siquiera tengan un problema, dado que la reacción está limitada a un(os) desencadenante(s) específico(s) y aparece poca o ninguna agresión.

*Trastorno agresivo situacional con agresión.* Este diagnóstico implica una agresividad elevada y conducta motriz agresora en respuesta a desencadenantes claramente circunscritos. Por ejemplo, el paciente puede no limitarse a sentirse agresivo mientras conduce, sino que también puede conducir de forma amenazante muy cerca de otros coches y proferir maldiciones en voz alta y hacer gestos obscenos a sus conductores. Otros ejemplos podrían incluir al empleado agresivo que, después de haber sido llamado insistentemente por el busca, se pone extraordinariamente alterado y además arroja el busca contra la pared; o al padre que se pone agresivo internamente y además profiere gritos despectivos cuando descubre que su hijo no ha hecho los deberes, y también puede empujar o golpear al niño o arrojar objetos al suelo o contra la pared. Para poder hacer este diagnóstico debería demostrarse que el paciente responde habitualmente sintiéndose agresivo y con conductas motrices agresoras cada vez que se encuentra con una situación provocadora específica y recurrente. Tal vez sea más probable que los pacientes que encajan en este diagnóstico reconozcan que tienen un problema, dado que su reacción implica cierto grado de

agresión, aunque sus desencadenantes son limitados y pueden conocer períodos en los que experimenten poca o ninguna agresividad perjudicial.

*Trastorno agresivo generalizado sin agresión.* Este diagnóstico describe al paciente con una agresividad-rasgo elevada, que experimenta una agresividad crónica y generalizada en respuesta a una amplia gama de desencadenantes o situaciones, pero que no suele ser manifiestamente agresor (esto es, a nivel motriz). La agresividad es experimentada como un estado de ánimo bastante crónico y/o en respuesta a una amplia gama de desencadenantes. La experiencia de la agresividad puede estar desencadenada por tres factores: situaciones externas que no parecen girar en torno a un tema concreto; estados psicológicos internos (por ejemplo, fantasías de decepción, ideas de sentirse menospreciado, rumiaciones acerca de pasados malos tratos, injusticias o fracasos previos); y/o estados psicológicos aversivos tales como fatiga física, dolor o falta de sueño. Aunque parecen estar perpetuamente agresivos y así pueden reconocerlo, estos pacientes sólo ocasionalmente pasan a la agresión motriz. Al igual que en el caso de los trastornos agresivos situacionales, la experiencia de la agresividad conduce a una sensación de malestar personal que interfiere las rutinas habituales, las actividades sociales, las relaciones y el funcionamiento académico o laboral. Los pacientes con este diagnóstico se dejarán caer a menudo por las clínicas y las organizaciones comunitarias o por las consultas privadas. Puede incluso que vengan por propia iniciativa, dado que sus experiencias agresivas son desagradables a nivel personal. Muchos de estos pacientes, sin embargo, vendrán derivados por otras personas que puede que acepten de mejor grado la existencia del problema.

*Trastorno agresivo generalizado con agresión.* Este diagnóstico implica la presencia de períodos frecuentes de experiencias de agresividad y conductas motrices agresoras. Los pacientes con este diagnóstico se encuentran frecuentemente en un estado de ánimo agresivo, son sarcásticos y verbalmente amenazantes o exigentes con los demás y/o llevan las discusiones a los gritos. El paciente puede retraerse en una hosquedad agresiva y también presentar una tendencia a arrojar o golpear objetos, o bien puede empujar, agarrar o pegar a los demás con frecuencia, o puede incluso utilizar modalidades graves de agresión física, como liarse a puñetazos o a brazo partido. Estos pacientes manifiestan un estilo habitual y específico de conducta agresora que ejerce un impacto muy perjudicial sobre sus vidas. Es probable que los psicólogos de prisiones o de los departamentos de libertad condicional vean con más frecuencia a pacientes con este diagnóstico, aunque también pueden ser tratados en contextos comunitarios. Muchos, desgraciadamente, habrán sido obligados a entrar en tratamiento a causa de su disposición a la agresión, y es evidente que estos casos pueden ser muy problemáticos.

Aplaudimos la labor de expertos como Eckhardt y Deffenbacher. Su trabajo ha contribuido a clarificar el terreno. También confiamos en que proseguirán los esfuerzos de otras personas por reconocer oficialmente la agresividad como una enfermedad.

En resumen, los profesionales tienen a su alcance toda una amplia variedad de opciones de evaluación con el fin de comprender mejor las experiencias agresivas del paciente. Estas opciones incluyen los meros informes verbales de los pacientes, los informes verbales de otras personas, la observación de las reacciones del paciente, los autorregistros por parte del paciente y las escalas de agresividad estandarizadas. Dado que la agresividad problemática puede ser experimentada en una variedad de formas diferentes y los pacientes agresivos pueden presentar estilos diferentes de expresión, la consideración de diferentes categorías diagnósticas puede ser útil de cara a confeccionar las estrategias de intervención. Así, una buena evaluación y un diagnóstico bien documentado y reconocido pueden ser un prelude de utilidad para un tratamiento eficaz.





**Estilos de expresión**

(Coloque una señal junto a cada una de las conductas que llevó a cabo durante este episodio de agresividad)

- Verbalizaciones aversivas* (v. g., chillar, gritar, discutir, amenazar, hacer observaciones sarcásticas, malévolas, groseras, ofensivas o injuriosas)
- Manifestaciones corporales* (v. g., poner los ojos en blanco, cruzar los brazos, fundir con la mirada, fruncir el entrecejo, lanzar una mirada cruel y de castigo)
- Agresión física* (v. g., pasar a las manos, golpear, dar patadas o empujar a alguien; romper, arrojar, aporrear o destruir un objeto)
- Venganza pasiva* (v. g., decir alguna maldad o hacer algo secretamente en perjuicio de la otra persona; decidir deliberadamente no cumplir las normas)
- Agresividad contenida* (v. g., guardarse las cosas para sus adentros y hervir internamente; abrigar resentimiento sin decírselo a nadie)
- Evitación* (v. g., huir o retirarse de la situación: distraerse uno mismo leyendo, viendo la televisión u oyendo música, etc.)
- Intento de resolver el problema* (v. g., buscar una solución de compromiso, discutir sanamente, llegar a un acuerdo con la otra persona)
- Uso de sustancias* (v. g., beber cerveza o alcohol; tomar medicación; aspirinas, valium, etc.; recurrir a otras drogas –marihuana, cocaína, etc.)
- Otras expresiones:* \_\_\_\_\_

**Consecuencias**

¿Cómo se sintió después de que se le pasara la agresividad? (señale todo lo que corresponda)

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Irritado/Enojado | <input type="checkbox"/> Aliviado             | <input type="checkbox"/> Deprimido  |
| <input type="checkbox"/> Satisfecho       | <input type="checkbox"/> Asqueado             | <input type="checkbox"/> Feliz      |
| <input type="checkbox"/> Triste           | <input type="checkbox"/> Triunfante           | <input type="checkbox"/> Preocupado |
| <input type="checkbox"/> Alegre           | <input type="checkbox"/> Culpable/Avergonzado |                                     |
| <input type="checkbox"/> Estúpido         | <input type="checkbox"/> Ansioso/Temeroso     |                                     |

¿Qué otros sentimientos experimentó después de que se le pasara la agresividad?

Haga una lista de las consecuencias positivas a corto plazo del episodio de agresividad:

\_\_\_\_\_

Haga una lista de las consecuencias positivas a largo plazo del episodio de agresividad:

\_\_\_\_\_

¿Qué efecto tuvo este episodio de agresividad sobre su(s) relación(es) con los demás?

- Este episodio tuvo un impacto (señale uno)  negativo  positivo  
sobre una:  relación laboral/profesional
- relación social/amistosa
- relación sentimental
- relación familiar
- Otra relación:

Haga una lista de las consecuencias negativas a corto plazo del episodio de agresividad:

\_\_\_\_\_

Haga una lista de las consecuencias negativas a largo plazo del episodio de agresividad:

\_\_\_\_\_

## Registro de los Progresos del Paciente:

Aspecto de la agresividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nº de episodios de agresividad:																				
Intensidad promedio de los episodios de agresividad: <i>(0 = ninguna activación emocional, 100 = activación máxima)</i>																				
Duración promedio de los episodios de agresividad <i>(en minutos)</i> :																				
Nº de episodios que contenían verbalizaciones aversivas:																				
Nº de episodios que contenían conductas motrices agresoras:																				
Nº de episodios que tuvieron consecuencias negativas:																				
Otros aspectos:																				

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]



# Una visión de conjunto del programa para el manejo de la agresividad

## 4

*Es muchísimo más fácil hacer la guerra que hacer la paz*

George Clemenceau

La mejor forma de tratar a los pacientes con trastornos agresivos es probablemente a través de un programa formal que permita a los profesionales planificar por adelantado la utilización de determinadas intervenciones clínicas específicas y comprobadas para reducir la agresividad. De hecho, los programas formalmente planificados son probablemente el mejor recurso para tratar la mayoría de los problemas (por ejemplo, Hope, Heimberg, Juster & Turk, 2000; Wilson, 1998; Beckfield, 1998; Daley & Marlatt, 1997). El programa presentado en este manual nos ayudará a: (a) preparar a los pacientes para trabajar su problema de agresividad; (b) enseñarles estrategias para facilitar el cambio (cómo reducir el nivel de activación, desarrollar habilidades sociales y adaptarse a los estímulos desencadenantes de la agresividad); (c) desarrollar sus habilidades cognitivas de afrontamiento (aceptar, reaccionar racionalmente, perdonar); y (d) enseñarles a evitar que recaigan en la agresividad desadaptativa.

Al mismo tiempo, reconocemos que no existe ningún programa ideal para *todos* los pacientes agresivos. Dada la amplia variedad de desencadenantes que provocan reacciones agresivas en los niños, adolescentes y adultos, y dada igualmente la amplia variedad de experiencias previas de aprendizaje que los pacientes han podido tener en sus diferentes culturas de procedencia antes de acudir al profesional, un programa “de diseño único que le venga bien a todo el mundo” es ciertamente desaconsejable. Por todas estas razones, hemos decidido no proponer un tratamiento sesión por sesión. Antes bien, nuestro programa para el manejo de la agresividad se organiza en cuatro secciones *basadas en un menú*. Dentro de cada sección presentamos una serie de intervenciones clínicas para que los profesionales pueden elegir y servirse de ellas en la medida en que

parezcan apropiadas para alcanzar los objetivos específicos acordados por el paciente y el profesional. Reconocemos que los pacientes son diferentes, que las limitaciones propias de los distintos encuadres profesionales son diferentes y que cada profesional se sentirá más cómodo con determinadas técnicas por comparación con otras.

Así, aunque es importante seguir un modelo de tratamiento cuidadosamente planificado, abogamos por una planificación lo suficientemente flexible como para reconocer la individualidad de cada paciente. Un plan de tratamiento eficaz sólo puede ser concebido después de haber *evaluado exhaustivamente al paciente único* que ha venido a tratamiento. Las diferencias en las características de los pacientes (por ejemplo, edad, educación, estado civil, núcleo familiar de procedencia, nivel socioeconómico y cultural, etc.), así como en la amplitud y gravedad de los desencadenantes y las consecuencias de la conducta agresiva, aconsejan la introducción de ciertas modificaciones con el fin de aumentar la eficacia del plan de tratamiento.

El *encuadre* también es muy importante. Los psicólogos de los colegios e institutos están constreñidos por las políticas institucionales y las limitaciones de tiempo de los horarios de clases, a diferencia de los terapeutas que trabajan en la práctica privada. Los psicólogos de hospitales pueden verse requeridos a llevar los registros de una forma diferente a como lo hacen los psicólogos que trabajan en clínicas de salud mental para pacientes externos. Con el fin de subrayar el poderoso efecto que ejerce el encuadre, mencionaremos que conocemos a un psicólogo de prisiones que se vio requerido a trabajar con los pacientes ¡esposados! Cuando el psicólogo se quejó, se acordó como una concesión que podría ver a los pacientes esposados por delante, en lugar de por la espalda.

(Merece la pena volver a señalar, a propósito de esta disgresión acerca de los encuadres, que la persona para la cual se diseñan las intervenciones terapéuticas puede venir derivada con distintos calificativos de acuerdo con los encuadres. Los principios generales son igualmente aplicables, al margen de las etiquetas que pongamos para satisfacer a aquellas personas para las que trabajamos).

Finalmente, después de llevar muchos años trabajando con otros profesionales, ha acabado por resultarnos evidente que todos los terapeutas tienen sus *preferencias personales* respecto de determinadas intervenciones clínicas, preferencias que a veces suplantán a la evidencia científica. Por ejemplo, hemos tenido ocasión de trabajar con un psicólogo extraordinario y muy respetado que se había formado en la aplicación de la técnica conductual de la *inundación* (*flooding*) para el tratamiento de la ansiedad. Sirviéndose de sesiones de tratamien-

to más largas de lo habitual, la inundación aumenta la ansiedad del paciente hasta límites muy altos. Es una técnica que dispone de mucha evidencia empírica a favor de su eficacia. No obstante, nosotros evitamos la inundación por sistema; nos sentimos más cómodos con los enfoques más graduales para el tratamiento de la ansiedad. Se trata en nuestro caso de una preferencia personal, dado que existen ciertamente otras alternativas. Estos ejemplos señalan la importancia de respetar al paciente, el encuadre y al profesional cuando se planifica un programa de tratamiento.

Hemos comprobado que las intervenciones que proponemos son de utilidad para muchos pacientes con trastornos de agresividad. Así pues, le pedimos al lector que examine cuidadosamente y con la mente abierta las intervenciones clínicas propuestas en cada una de las secciones. Seleccione aquellas que le parezcan más razonables para alcanzar los objetivos de su plan de tratamiento y que encajen además con sus preferencias personales. La mayoría de las técnicas propuestas pueden utilizarse a nivel individual o grupal. Muchas de ellas pueden utilizarse en terapia de familia.

Como adelantamos en la Introducción, el programa para el manejo de la agresividad consta de 12 componentes organizados en cuatro secciones. En la sección correspondiente a la *preparación para el cambio* tomamos en consideración la motivación del paciente, el establecimiento de una firme alianza terapéutica y el aumento de la conciencia de los episodios de agresividad por parte del paciente. En la siguiente sección el centro de atención se desplaza al proceso de *cambio*. Se enseña a los pacientes a reaccionar de una forma diferente, con menos agresividad, ante las provocaciones de la vida real con las que se enfrentan y es probable que sigan enfrentándose. Adicionalmente es de esperar, en base al desarrollo de una mejora en los estilos de reacción del paciente, que algunos de los desencadenantes cambiarán (por ejemplo, tal vez el paciente aprenda a ser menos exigente con su pareja), lo que conducirá a disminuir la agresividad. Por contraste, en la siguiente sección se reconoce el hecho de que a veces el cambio es improbable o imposible. En tales casos, el objetivo consiste en *aceptar, adaptarse o ajustarse* a las realidades desagradables de la vida. Finalmente, la atención se dirige hacia el *mantenimiento del cambio mediante el entrenamiento en la prevención de recaídas*. El objetivo de esta sección consiste en ayudar al paciente a reconocer que la agresividad puede experimentar altibajos, aumentar o disminuir de acuerdo con el momento y el lugar, y ello por muchas razones. Tomar conciencia de este proceso natural y aceptarlo ayudará a los profesionales a enseñar a los pacientes a volver al rumbo marcado cuando aparezcan los altibajos.

En lo que resta de capítulo ofreceremos una visión de conjunto de cada uno de estos elementos de nuestro programa para el manejo de la agresividad. Más adelante, en los siguientes capítulos, analizaremos cada uno de los elementos con mucho más detalle.

## LA PREPARACIÓN PARA EL CAMBIO

---

*Evaluar y aumentar la motivación para el cambio.* Este constituye el primer paso, y muy importante, a la hora de trabajar con pacientes con trastornos agresivos. Algunos pacientes acuden a tratamiento con una conciencia muy clara del problema y una gran motivación, y están dispuestos a empezar a trabajar. Son conscientes de los problemas que sus explosiones de cólera están provocando y quieren cambiar.

Desgraciadamente, estos casos constituyen una minoría. Cuando la agresividad está en juego, son muchos los pacientes que niegan, justifican o parecen estar ciegos en relación con sus problemas. No ven ninguna falta en ellos mismos y no alcanzan a percibir las consecuencias negativas de su agresividad. Sus protestas consisten en verbalizaciones como: “¡Déjelo estar! No me interesa en absoluto” o “Es mi madre la que se cabrea” o “Lo que está diciendo no me sirve. ¿Acaso no se pondría usted también agresivo si eso mismo le sucediera a usted?”. En estos casos muy comunes, puede que sea la pareja del paciente o su socio, o su compañero de trabajo quien se queja y quiere que el paciente cambie. El paciente, sin embargo, puede estar perfectamente satisfecho de ser “como es”, sin asumir ninguna responsabilidad o culpabilidad personal acerca de la agresividad. Así, el primer paso consiste en evaluar y, si ello fuera necesario, aumentar la conciencia del problema y la motivación para el cambio por parte del paciente. (Véase capítulo 5).

*Desarrollar una firme alianza terapéutica.* Es importante que el profesional muestre empatía por la situación de los pacientes, aunque el profesional vea la causa de la agresividad desde una perspectiva diferente. También es importante que los profesionales y los pacientes se pongan de acuerdo en el plan de actuación para reducir la agresividad y en cómo va a llevarse a cabo. La empatía y este tipo de acuerdo fortalecerán la alianza terapéutica, garantizando que el paciente y el profesional estén “en la misma onda”. Una firme alianza terapéutica aumenta las posibilidades de éxito, dado que el paciente estará más dispuesto a cooperar una vez mostrado su acuerdo con los objetivos a alcanzar y los métodos a utilizar. (Véase capítulo 6).

*Aumentar la conciencia de las experiencias agresivas.* Son muchos los pacientes que no son conscientes de las situaciones o los desencadenantes que ponen en marcha sus episodios de agresividad. También pueden no ser conscientes de cómo actúan cuando están agresivos y/o de cómo los demás perciben sus acciones. Finalmente, puede que no relacionen otras conductas, como el comprar en exceso, jugar, beber o aplazar las obligaciones, con su agresividad. Así, un buen programa para reducir la agresividad también empieza con una conciencia del problema con la agresividad. (Véase capítulo 7).

## EL CAMBIO PROPIAMENTE DICHO

---

*Evitación y huida adaptativas.* En ocasiones, es mejor “desaparecer sin más”. Esto es, no estar presentes en las situaciones que probablemente saquen a relucir la agresividad. Ciertamente, el hecho de estar en presencia de un desencadenante que ha provocado repetidas veces la agresividad (un primo alcohólico, un vecino desagradable) no es más que una forma de buscarse problemas. Los profesionales pueden trabajar con los pacientes a fin de evitar que queden atrapados en las situaciones problemáticas que inducen la agresividad. A esta evitación o estrategia de prevención de las crisis se la conoce también con el nombre de “control de estímulos”. Obviamente, a veces es imposible evitar las situaciones que provocan la agresividad. En estos casos suele ser útil sugerirle al paciente algunas estrategias de huida. Estas estrategias enseñan a los pacientes la forma de abandonar una situación una vez que ha salido a relucir la agresividad. (Véase capítulo 8).

*Aprender a manejar el nivel de activación física.* Los cambios fisiológicos constituyen un aspecto central de la experiencia de agresividad. La agresividad está asociada al aumento de la tasa cardíaca, la presión sanguínea, la sudoración, etc. Consecuentemente, cuando la agresividad ha estado presente durante mucho tiempo también se ha desarrollado una reactividad duradera de los músculos y las glándulas. A su vez, estas reacciones tienen consecuencias médicas sumamente negativas. Así, suele ser muy útil prácticamente desde el inicio del tratamiento, enseñar a los pacientes algunas técnicas de relajación a utilizar antes o durante los episodios de agresividad. Esta es una habilidad crucial y fácil de enseñar, y la mayoría de los pacientes aprenden fácilmente a relajarse. El entrenamiento en relajación aumenta de forma inmediata la credibilidad del profesional, dado que el paciente ha aprendido de él algo que tiene una utilidad igualmente inmediata de cara a reducir la agresividad. (Véase capítulo 9).



*Desarrollar las habilidades vitales.* A veces la agresividad puede ser reducida mediante el aumento de la eficacia real en el trabajo, la crianza de los hijos, el matrimonio u otras relaciones. Dicha eficacia incluye disponer de habilidades para realizar con éxito las obligaciones de la vida y reconocer también cuándo se carece de las habilidades necesarias: a veces la evitación o la huida de un problema constituye la reacción más apropiada. La probabilidad de aparición de conflictos interpersonales, sensaciones de inadecuación y sentimientos de vergüenza es menor cuando se es competente.

Adicionalmente se puede enseñar a los pacientes a desarrollar toda una variedad de respuestas verbales útiles en situaciones aversivas, reduciendo así el conflicto y la tensión. Una larga historia de investigación y experiencia profesional ha puesto de relieve que el hecho de responder asertivamente y de expresar constructivamente los sentimientos y las opiniones disminuye la tensión interpersonal. Desgraciadamente, los pacientes suelen hacer verbalizaciones que “humillan” a la otra persona y aumentan la tensión. Así, el fortalecimiento de las habilidades motrices y el desarrollo de las habilidades verbales forman parte integrante del plan para el manejo de la agresividad con el fin de disminuir la frecuencia de los conflictos interpersonales y de reducir los pensamientos de inadecuación y los sentimientos agresivos. Sencillamente, existe menos probabilidad de que aparezca la agresividad en una persona competente que actúa bien y que es consciente de sus sentimientos y los expresa adecuadamente. Los profesionales prestan un importante servicio al enseñar a los pacientes a ser más asertivos verbalmente con sus compañeros de trabajo, sus familiares y sus amigos. (Véase capítulo 10).

*Aprender a solucionar los problemas sociales.* Con frecuencia, los pacientes no tienen un concepto claro de sus problemas. Y lo que es más importante, no piensan en las muchas y diferentes opciones que pueden estar a su alcance de cara a la solución del conflicto o el logro de otros objetivos. En vez de ello, se quedan inmovilizados contemplando solamente una única alternativa –la mayoría de las veces ineficaz.

Las habilidades de solución de problemas ayudan a los pacientes a desarrollar modelos alternativos de respuesta a las situaciones aversivas e imaginar las consecuencias de diferentes tipos de respuestas. Ello les anima igualmente a poner a prueba otras conductas alternativas –algunas de las cuales pueden parecer extrañas al principio– de cara a mejorar las consecuencias de sus actos. Adicionalmente esto contribuye a aumentar la sensación de responsabilidad personal, dado que el paciente ha participado concienzudamente en el problema que tenía entre manos. (Véase capítulo 11).

*Exposición.* En última instancia, todos nos vemos abocados a situaciones que son aversivas y/o están cargadas de conflictos y de decepciones. Dado que son inevitables, los profesionales pueden ayudar a los pacientes a través del uso de técnicas de exposición (tanto en el despacho del profesional como en el medio natural) con el fin de que alcancen a estar mejor preparados para las realidades de la vida cotidiana. La exposición a estímulos provocadores de agresividad puede llevarse a cabo gradualmente o bien puede ser de una intensidad elevada desde la sesión inicial. En ambos casos, el objetivo consiste en aumentar el umbral de activación del paciente, con el fin de disminuir la reactividad a los estímulos que desencadenan la agresividad. (Véase capítulo 12).

## ACEPTACIÓN, ADAPTACIONES Y AJUSTES

---

*Fomentar el cambio cognitivo I: una visión más realista del mundo.* Por mucho que lo intentemos y por muy buenas que sean nuestras habilidades reales, la vida suele continuar sorprendiéndonos con nuevas fuentes de estrés, conflictos y desencadenantes aversivos. Por ejemplo, las empresas se van a pique repentinamente y se pierden puestos de trabajo. De forma inesperada, una enfermedad nos afecta a nosotros o a personas a las que queremos. La gente nos malinterpreta y murmura de nosotros. Los conductores actúan de una forma agresiva y con frecuencia peligrosa. Los políticos toman decisiones que no nos gustan. Unos fanfarrones amenazan a nuestros hijos.

Muchas de estas situaciones contienen elementos ambiguos y es fácil malinterpretar lo que sucedió realmente o los motivos que movían a los demás. Los pacientes suelen ver las cosas “en blanco y negro” y hay que enseñarles a distinguir “la paleta de grises”. Las intervenciones cognitivas de Aaron Beck y colaboradores (Beck, 1976; Beck, Freeman *et al.*, 1990) pretenden enseñar a los pacientes a valorar adecuadamente los desencadenantes, comprender la realidad y ver las situaciones con tanta claridad como los hechos lo permitan. Esta modalidad de cambio cognitivo tiene, pues, por objetivo enseñar a los pacientes a ver el mundo tal y como realmente es y con la mínima distorsión, y a reconocer que buena parte de la agresividad está provocada por la malinterpretación de la conducta neutra o incluso positiva de los demás. (Véase capítulo 13).

*Fomentar el cambio cognitivo II: una filosofía de vida más flexible.* Los pacientes agresivos parecen tomárselo todo *muy* en serio, como si el mundo entero dependiera de ellos. Esta perspectiva les ha llevado a convertirse en unas víctimas que piensan que cualquier acontecimiento negativo supone una catástrofe (como el

descubrimiento de que nuestro supuesto “amigo” nos arañó el coche y no nos dijo nada), y que les es totalmente imposible afrontar los acontecimientos de la vida.

El modelo de cambio cognitivo propuesto por Albert Ellis y colaboradores (Ellis & MacLaren, 1998; Ellis & Tafrate, 1997) pone menos énfasis en comprender la “verdad” acerca del desencadenante. En su lugar, el objetivo consiste en generar una visión filosófica que aumente la capacidad del paciente para aceptar, adaptarse, ajustarse y afrontar, aunque el desencadenante *sea* negativo y malintencionado, y pudiera haber sido evitado. De forma característica, los pacientes *catastrofizan* cada vez que las cosas van mal, además de estar convencidos de que son incapaces de tolerar los desencadenantes aversivos de la vida. La solución propuesta consiste en revisar su concepto de los estímulos desencadenantes aversivos y alcanzar a verlos como lo que son –inconvenientes problemáticos y sumamente desagradables. Esta modalidad de cambio cognitivo tiene, pues, por objetivo enseñar a los pacientes a aceptar el mundo tal y como es percibido. Se pone menos énfasis en lo que es “cierto” o lo que es “justo”. En su lugar, el objetivo consiste en enseñar los eficaces métodos de la aceptación, en ayudar a los pacientes a reconocer que no van a desmoronarse en el caso de que sucedan cosas malas –dado que las cosas malas *van a* suceder de todas formas. (Véase capítulo 14).

*Perdonar.* Solía haber un dicho muy frecuente que venía a decir algo así como: “La vida es horrible y encima te mueres”. Aunque algunos aspectos de la vida son verdaderamente maravillosos, la frase es realmente muy cierta. La vida *es* difícil. Personas de todas las edades y condiciones se pasan media vida luchando y muchos son víctimas de las malas acciones de otras personas. A largo plazo es mejor perdonar las transgresiones de los demás, aceptar la realidad de que todos somos criaturas falibles enfrentados a unas dificultades omnipresentes, de que algunos ofensores cometen ciertamente actos crueles y malvados, y aceptar las disculpas de los demás cuando terminen por darse cuenta de sus errores. Aunque a veces parece difícil, o incluso imposible, esta modalidad de intervención se concentra en la función que desempeña el “dejar pasar” y fortalece adicionalmente la vía de la aceptación desarrollada en el capítulo anterior.

La rumiación de la agresividad y el anhelo de venganza están orientados al pasado y perjudican tanto a la persona que anhela venganza como al blanco de la agresividad. El perdón nos conduce a orientarnos al futuro, a crecer y, en última instancia, a llevar una vida más feliz. Obviamente, son pocas las verdaderas “catástrofes” en comparación con el malestar pasajero real que todos sin excepción debemos afrontar. Incluso en estos casos, sin embargo, es importante enseñar a los pacientes a ver el mundo desde la perspectiva más amplia posible y a

reírse de sí mismos y de los demás tanto como les sea posible. Lo cierto es que, dentro del marco inmenso de la totalidad, no importamos demasiado. Muchas cosas en la vida son impredecibles y será mucho mejor que nos tomemos a nosotros mismos con “una pizca de sal”. (Véase capítulo 15).

## EL MANTENIMIENTO DEL CAMBIO

---

*La prevención de recaídas.* Aun en el mejor de los casos, en que el paciente haya hecho progresos reales, lo cierto es que la agresividad puede reaparecer. Los pacientes y los profesionales por igual continuarán experimentando acontecimientos aversivos y, en especial cuando aparezcan nuevos desencadenantes problemáticos, es probable que salgan nuevamente a relucir las viejas pautas agresivas. Los profesionales experimentados saben esto de antemano y toman sus medidas. Ayudar a los pacientes a prevenir las recaídas en las “viejas formas” constituye, pues, el último paso de un buen programa para el manejo de la agresividad.

La experiencia profesional, así como la teoría del aprendizaje, nos han demostrado que la vuelta espontánea a las pautas anteriores de conducta agresiva sencillamente forma parte del proceso. Así pues, al final del programa para el tratamiento de la agresividad es importante preparar a los pacientes para esta eventualidad. El objetivo consiste en que reconozcan que es probable que reaparezcan las viejas pautas. Esta recurrencia no es indicativa de un fracaso terapéutico ni de una reincidencia interminable en los viejos hábitos agresivos; antes bien, con la ayuda de un poco más de práctica es probable que logren manejar mejor las reacciones agresivas. (Véase capítulo 16).

¡El cambio duradero es una posibilidad real!



# Segunda Parte

## LA PREPARACIÓN PARA EL CAMBIO



# Evaluar y aumentar la motivación para el cambio

## 5

*El punto de partida de cualquier logro es el deseo. No perdamos esto de vista.  
Los deseos pobres brindan unos pobres resultados, al igual que una pequeña  
cantidad de fuego produce una cantidad pequeña de calor*

Napoleon Hill

A menos que los pacientes estén *dispuestos* a cambiar, es improbable que colaboren en dirección al objetivo común de reducir la agresividad. Desgraciadamente, ¡no todos los pacientes quieren cambiar! El primer paso consiste, pues, en evaluar la motivación a cambiar y acrecentarla si ello fuera necesario. Las más de las veces al paciente hay que mostrarle que, aunque la agresividad brinda ciertos beneficios, las reacciones agresivas frecuentes e intensas tienen unos costes personales significativos.

Son muchos los pacientes que sencillamente no comprenden que *su* problema radica en *su* agresividad. Vienen a que les ayudemos en su deseo de que cambien los *demás*, ya sea su mujer, su hijo, su madre o su jefe. Esta es una situación tan frecuente para los profesionales que el primerísimo objetivo consiste en que los pacientes reconozcan que el problema de agresividad es suyo y suya es la tarea de resolverlo. Asumir la *responsabilidad* del problema constituye el primer paso para aumentar la motivación a cambiar.

Obviamente, es frecuente que los profesionales vean los problemas clínicos de forma diferente a como los ven sus pacientes. Pero esta diferencia se ve intensificada en el caso de la agresividad, dado que los pacientes culpan una y otra vez a los demás de su malestar. El profesional advierte que es el paciente quien tiene que aprender a “hacerse cargo del problema” y que es el paciente quien en última instancia tiene que cambiar. Esta diferencia de puntos de vista suele provocar enfado (y tal vez incluso frustración y agresividad) en el profesional,



lo que limita su capacidad para la empatía. Por nuestra parte, recomendamos encarecidamente a los profesionales que mantengan la empatía, que acepten la realidad de la importancia de ver el problema desde la perspectiva del paciente, que reconozcan el “sufrimiento subjetivo” que el paciente padece y que no dejen de mostrarse comprensivos en las etapas iniciales de la intervención terapéutica. Esta modalidad de vínculo empático contribuirá significativamente a elevar las posibilidades de alcanzar un éxito terapéutico en las sesiones sucesivas. El objetivo de esta fase inicial de preparación consiste en *reducir las resistencias e intensificar la alianza de trabajo* entre el paciente y el profesional con el fin de mejorar la probabilidad de hacer progresos.

## LAS DISTINTAS ETAPAS DEL CAMBIO

---

Las *Etapas del Modelo de Cambio* desarrolladas por Prochaska, DiClemente y colaboradores (1982, 1983, 1992) brindan un marco de trabajo para comprender por qué algunos pacientes aceptan las estrategias de cambio que les sugerimos, trabajan con ahínco y hacen progresos, mientras que otros no. En su lugar, estos pacientes difíciles replican, discuten, insisten en prolongar un debate interminable, evitan hacer las prácticas conductuales y hacen escasos progresos. De acuerdo con las etapas del modelo de cambio, los pacientes no se resisten a cambiar a causa de alguna fuerza o conflicto interno mágicos. Antes bien, el modelo reconoce que los problemas humanos evolucionan con el tiempo y que los pacientes aparecen por las consultas en diferentes momentos dentro de la evolución de un problema en particular (por ejemplo, la agresividad).

Dado que las características personales del paciente difieren a lo largo de estas distintas etapas, las intervenciones específicas requeridas dependerán del nivel de evolución alcanzado por el paciente en el momento de iniciar el tratamiento. No todos los pacientes vienen con el mismo grado de comprensión, interés, motivación o disposición a cambiar. Trabajar partiendo de un modelo de evolución por etapas aumenta la comprensión de las características del paciente en las diferentes etapas o fases, lo que le permite al profesional planificar la línea de acción que tenga más probabilidades de ser eficaz.

Según el modelo original son cinco las etapas fundamentales en la evolución del paciente. Sobre la base de la experiencia clínica, otros autores (por ejemplo, Freeman & Dolan, 2001) han propuesto algunos añadidos al modelo, y estos conceptos adicionales también pueden ser de utilidad para los profesionales.

Presentamos a continuación las cinco etapas de Prochaska y DiClemente (1983):

a) *Precontemplación*. Al paciente que se encuentra en este nivel ni tan siquiera se le ha pasado por la cabeza la idea de cambiar. No existe la más mínima intención de cambiar (esto es, de reducir la agresividad) dado que el paciente no advierte que exista un problema. Las explosiones de agresividad le parecen simplemente de lo más “normal” y “natural”, sin tener ninguna conciencia, o muy poca, de que otras personas actúan de forma diferente. Por ejemplo, hemos tenido ocasión de ver casos de parejas jóvenes que discuten con frecuencia y consideran esto como algo absolutamente normal, sin tener la más mínima conciencia de que existen otras opciones. Por contraste, puede que los amigos y los familiares sean mucho más conscientes del problema de agresividad y hablen de ello en ausencia del paciente (o los pacientes).

Freeman y Dolan (2001) sugieren la inclusión de dos subetapas adicionales que pueden preceder, aparecer concurrentemente o formar parte de la precontemplación. Estas serían la *acontemplación* y la *anticontemplación*. En la *acontemplación* existe un desconocimiento total y el paciente parece no ser consciente en absoluto de la importancia de cambiar. No existe conocimiento alguno del efecto de su agresividad sobre los demás o sobre ellos mismos, ni de la probabilidad de que su nivel general de funcionamiento pudiera mejorar en el caso de reducir la agresividad. Estos pacientes no dan muestras de ninguna evitación ni oposición activa real al cambio; sencillamente no se les pasa por la cabeza, no son conscientes, no tienen ninguna información y desconocen todo lo relativo a esta cuestión. Esto es muy similar a la precontemplación. En la *anticontemplación*, sin embargo, el paciente da muestras de un proceso activo real de oposición al cambio. Estos pacientes se resisten y evitan, y se dedican en gran medida a culpabilizar a los demás. Tal vez piensen algo así como: “¡No me pasa absolutamente nada! No tengo nada que cambiar. ¿Para qué? ¡No pienso tomar parte en la estupidez esta de la psicoterapia y usted no es quién para obligarme!”.

Los pacientes que se encuentran en esta etapa no acuden a consulta por su propia voluntad y se resistirán a las estrategias de cambio, por muy bienintencionadas y científicamente comprobadas que puedan ser. En estos casos conviene, pues, aplazar el tratamiento propiamente dicho a la espera de aumentar la disposición y la motivación.

b) *Contemplación*. El paciente que se encuentre en esta etapa estará considerando los pros y los contras de reducir su agresividad, pero todavía no se ha decidido formalmente a hacer algo para cambiar. Tal vez haya recibido algún

folleto informativo sobre la agresividad, o bien algún impreso procedente del centro de enseñanza, o del personal de la prisión, o de una organización de asistencia al empleado, o puede que haya visto algún programa de televisión sobre el control de la agresividad. El paciente que se encuentra en esta etapa está considerando activamente la supuesta importancia de cambiar, pero sin comprometerse formalmente. Quizás piense algo así como: “Bueno, tal vez sería mejor que fuese menos agresivo. Pero no estoy seguro. Y tampoco estoy seguro de que sea capaz”. La resistencia activa es escasa o inexistente. Antes bien, la contemplación consiste en una fase de cuestionamiento personal.

Una vez más, recomendamos que en estos casos el tratamiento formal de la agresividad sea aplazado hasta esperar a fortalecer la disposición y la motivación. Afortunadamente es mucho más fácil sacar adelante a los pacientes contemplativos, dado que son más conscientes de su problema de agresividad y del efecto que éste ejerce sobre los demás que los pacientes que se encuentran en la etapa precontemplativa.

c) *Preparación*. El paciente que se encuentra en esta etapa ha tomado una decisión a favor del cambio y está desarrollando los preparativos convenientes para pasar a la acción. Existe una intención clara de cambiar, las más de las veces dentro de un plazo breve como, por ejemplo, un mes, y el paciente está tomando en consideración las medidas necesarias para poner en marcha el proceso de cambio. Tal vez haya intentado cambiar anteriormente, aunque sin éxito, lo que permite informarle de lo que realmente se requiere para que el cambio pueda tener lugar.

Freeman y Dolan la llaman la *etapa de planificación de la acción*. Los pacientes que se encuentran en esta etapa piensan algo así como: “Tengo el firme propósito de ponerme a trabajar mi agresividad ya mismo”. Están dispuestos a trabajar, escuchar y planificar estrategias en colaboración con el profesional. Están dispuestos a cambiar y puede incluso que soliciten activamente algunos consejos para cambiar. Estos son los casos ideales.

d) *Acción*. El paciente que se encuentra en esta etapa ya ha empezado a llevar a cabo algunas estrategias para cambiar y le está dedicando tiempo y energías al proceso de cambio. Freeman y Dolan mencionan que uno de sus pacientes consideraba el paso de la preparación y la planificación de la acción propiamente dicha como algo similar a pasar de punto muerto a circular de hecho. Cuando un coche está en punto muerto podemos revisar los espejos, inspeccionar el nivel de gasolina y el cierre de las puertas, ponernos o quitarnos los guantes, etc. Pero ninguna de estas cosas tiene que ver propiamente con la conduc-

ción. La acción comienza únicamente cuando ponemos el coche en marcha y lo hacemos “circular”. Las más de las veces, el paciente que se encuentra en la etapa de la acción está en una situación excelente. Puede haber leído algunos libros o probado algunas técnicas y haber obtenido ya algún éxito.

Pero, obviamente, a veces esto también puede suponer un problema. Por ejemplo, el paciente puede haber leído libros que exponen técnicas que el profesional no comparte. O puede haber trabajado anteriormente con otro profesional y haber aprendido incorrectamente una técnica. Cabe, pues, la posibilidad de que haya concluido erróneamente que la relajación o la asertividad o la reestructuración cognitiva no son de utilidad, cuando lo cierto es que puede darse el caso de que se las hayan enseñado de una forma incorrecta. Una entrevista a fondo servirá para responder a muchos de estos posibles interrogantes del profesional y proporcionará algunas indicaciones acerca de qué dirección (o direcciones) podría ser más prometedora.

Existe una serie de problemas recurrentes que aparecen cuando los pacientes se esfuerzan por cambiar. A fin de cuentas, cambiar no es fácil y el trabajo realizado conjuntamente es juzgado y evaluado por los pacientes después de abandonar la consulta del profesional. Así, en la subetapa denominada *prelapso* Freeman y Dolan señalan que los pacientes pueden pensar algo así como: “Joder, todo esto parece demasiado difícil. ¿Y por qué razón no puedo desahogarme un poco cada cierto tiempo? ¿Acaso mi agresividad es verdaderamente tan nefasta? Estoy empezando a cansarme de toda esta tontería. ¡Lo único que en realidad quiero es ser yo mismo!”. En el *lapso* el paciente continúa trabajando en el cambio con el profesional, pero algunas de las habilidades conductuales necesarias para seguir adelante son ignoradas o pasadas por alto. Estos pacientes no se están resistiendo. Más bien se están volviendo *descuidados* en relación con el esfuerzo conductual que se requiere para proseguir el cambio. Al igual que los negociantes que tienen éxito no pueden dormirse en los laureles, los pacientes que están empezando a cambiar no pueden permitirse demasiadas libertades si no quieren que el cambio acabe por detenerse bruscamente. Obviamente, si el paciente entra en un período de *relapso* en el que durante una semana o más ha vuelto a reaparecer gran parte de la agresividad, se precisa una acción inmediata. El *prelapso*, el *lapso* y el *relapso* requieren una *reconducción terapéutica* en la que urge encontrar una respuesta a una pregunta fundamental: “¿Cómo podemos volver a recuperar el rumbo?”. Esto requiere un debate y una toma de perspectiva, además de ayudar al paciente a ser consciente de la facilidad con que pueden evaporarse los progresos. Las más de las veces, la motivación nece-

saría para seguir adelante se desarrollará a través de una serie de debates que ayuden al paciente a ver la “luz al final del túnel”. Por supuesto, como dice el chiste, los debates tienen que ayudar al paciente a ver esa luz como una vida nueva, mejor y más agradable –y no como otro tren a punto de colisionar de frente con el paciente en mitad del túnel y empeorarle la vida. La perspectiva correcta sólo puede desarrollarse mediante el debate terapéutico.

e) *Mantenimiento*. Los pacientes que se encuentran en esta etapa ya han cambiado (esto es, ya han reducido su agresividad) y quieren consolidar los cambios ya efectuados. En la mayoría de los casos estos pacientes vuelven con una actitud muy positiva. A este nivel resulta relativamente fácil lograr más cambios adicionales, consolidar las ganancias del tratamiento y afinar con precisión las conductas modificadas. Uno de los objetivos de esta etapa consiste en hacer que el paciente sea su propio terapeuta. Esto es, disminuir la dependencia respecto del profesional y aumentar el autocontrol.

En el mundo de la educación se espera que los niños aprendan a sumar, restar, multiplicar y dividir con la ayuda de sus profesores y de sus libros de texto. Ahora bien, una vez dominadas se espera que estas habilidades sean útiles de por vida sin necesidad de volver a repetir la formación con el maestro de primaria que las enseñó. De alguna forma este es también el objetivo del mantenimiento. Una vez que hemos enseñado las habilidades para reducir la agresividad, el aumento del autocontrol promoverá el desarrollo de unos adultos independientes capaces de manejar mejor sus propias vidas sin necesidad de recurrir a ninguna intervención clínica.

## EL AUMENTO DE LA MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

---

Existen varias formas de ayudar a los pacientes a pasar de las etapas precontemplativa o contemplativa a las etapas de la preparación y la acción. Presentaremos cuatro posibilidades: (1) revisar los hechos; (2) reconocer la diferencia entre las consecuencias a corto y a largo plazo; (3) comprender el papel negativo que desempeña la catarsis; y (4) aplicar algunos métodos para disminuir la resistencia del paciente.

*La revisión de los hechos*. Ciertamente, es útil revisar con los pacientes los “hechos” relacionados con la agresividad y que cuentan con un apoyo científico. Ello supone, al igual que hicimos en la sección relativa a las consecuencias de la agresividad en el capítulo 2, señalar lo siguiente:

1. La agresividad está asociada a *conflictos interpersonales* con los familiares, compañeros de trabajo, empleados de comercio, etc. La agresividad tiene dos efectos: provoca nuevos conflictos y exacerba los conflictos ya existentes.
2. Mucha de la evidencia disponible indica que en las personas agresivas suelen darse con más frecuencia *problemas médicos* tales como enfermedades cardiovasculares, apoplejía y cáncer. Los estudios a largo plazo muestran un claro aumento de la *mortalidad* en las personas que se sienten agresivas con frecuencia.
3. La agresividad provoca *valoraciones negativas* por parte de los demás (caer mal), lo que afecta a las amistades, la colaboración social, la felicidad familiar, los ascensos laborales, la oportunidad de obtener la libertad condicional o pases de día como parte de las medidas de rehabilitación, etc.
4. Las personas agresivas *caen mal* a los demás, lo que conduce a que los *eviten* y finalmente se queden *solos*. Las personas agresivas tienen menos probabilidad de ser invitadas a los actos sociales, debido a la preocupación de que puedan aparecer conflictos interpersonales sobre la base de la agresividad.
5. La agresividad puede contribuir a la *autominusvaloración*, una vez que las consecuencias negativas de la agresividad han sido finalmente reconocidas por la persona agresiva.
6. Los sentimientos agresivos suelen conducir a *atacar* verbalmente y (con menor frecuencia) físicamente a los demás, incluidas las personas a las que supuestamente queremos y respetamos.
7. La agresividad está asociada a la infracción de las normas de tráfico y otros tipos de conducta irregular, lo que puede desembocar en *altercados con la ley*.
8. La agresividad puede contribuir a *destruir la propiedad*, lo que puede tener lugar de forma "automática" en un ataque de agresividad.
9. La agresividad contribuye a la *insatisfacción y la desadaptación laboral*, lo que conduce a tener problemas con los compañeros de trabajo así como a disminuir la productividad y aumentar la probabilidad de perder el trabajo.
10. Existe cierta evidencia de que la agresividad está asociada a la disminución del umbral del dolor y a una *menor tolerancia al dolor*.
11. La agresividad conduce a *asumir riesgos inapropiados*, tales como tomar decisiones arriesgadas e innecesarias que tienen menos probabilidad de tener éxito a largo plazo y pueden ser bastante contraproducentes. La agresividad también contribuye a tomar peores decisiones en situaciones sociales.

12. Las personas agresivas se sienten tentadas con más frecuencia y más facilidad a utilizar el *alcohol* u otras *drogas* como una forma de sobrellevar los sentimientos negativos.
13. La agresividad muy intensa puede ser muy perjudicial, ofuscar la claridad de pensamiento, conducirnos a violar nuestras propias normas morales e incluso a cometer *delitos graves* como el asesinato o los crímenes pasionales.

El efecto que esperamos obtener mediante la exposición de estos hechos es el claro reconocimiento de que *los costes de aferrarse a la agresividad superan con mucho a los beneficios*.

Una forma de comunicar estos hechos puede ser a través de una “Hoja de Información para el Paciente”. Esta hoja puede dejarse en la sala de espera del profesional o bien enviarla a casa para que sea revisada en privado.

*Las consecuencias de la agresividad - las diferencias en el tiempo*. Es importante ayudar a los pacientes a comprender la diferencia entre las consecuencias *a corto plazo* y *a largo plazo* de la agresividad. Las reacciones agresivas suelen ser reforzantes a corto plazo y conducir a los pacientes a lograr lo que desean. Chillarle agresivamente a nuestro hijo, a nuestra pareja o a un empleado, “funciona” –si consideramos únicamente los resultados inmediatos. La agresividad conduce con frecuencia a la sumisión y a una percepción distorsionada del poder y del respeto. Desgraciadamente, éstos se logran a través de la intimidación del blanco de la agresividad. La persona objeto de la agresividad se somete únicamente para evitar un posible castigo (por ejemplo, un ataque físico, el ridículo, o la pérdida del trabajo). En semejante situación la agresividad es verdaderamente gravosa a largo plazo para las relaciones interpersonales, y es probable que conduzca a la deshonestidad entre los amigos, los esposos, los socios, los jefes y los empleados.

Son muchos los pacientes agresivos que no piensan en términos de distinción entre largo plazo y corto plazo. Recomendamos, pues, la *proyección en el tiempo* como una posible técnica. Preguntémosle a los pacientes qué es lo que probablemente dirá su hijo pequeño después de vivir durante diez o quince años con un padre agresivo y que suele chillar con frecuencia. Preguntémosle si los empleados tienen más probabilidades de permanecer en un puesto de trabajo si los despreciamos o maltratamos con frecuencia. Preguntémosle a los hombres si piensan que sus mujeres disfrutaban cuando les chillamos, y pidámosle que predigan lo que sus mujeres se dirán a sí mismas y a sus amigos acer-

ca de sus maridos después de cinco o diez años de relaciones agresivas. Preguntémosle a los pacientes si han sido los *receptores* de una agresividad reiterada. ¿Qué es lo que sentían y qué piensan de las influencias que ello puede tener en un futuro? También es muy útil emplear algún tiempo en educar a los pacientes acerca de los efectos médicos a largo plazo de la agresividad. Como apuntamos en el capítulo 2, existe una clara evidencia de que la agresividad conduce a aumentar el riesgo de padecer una enfermedad del corazón, una apoplejía, etc. Dado que estas consecuencias tardan muchos años en desarrollarse, la gente no suele relacionarlas con la agresividad. No son lo bastante conocidas por el público en general.

*La catarsis.* Enseñémosle a los pacientes que la *catarsis* o el “dejar salir fuera” no es una técnica que favorezca la salud emocional sino que, antes bien, es probable que conduzca a aumentar adicionalmente los sentimientos y las conductas agresivas. Esto suele sorprender a los pacientes, dado que la sabiduría convencional y la cultura popular animan a descargar los sentimientos agresivos. Décadas de investigación científica, sin embargo, contradicen esta opinión popular.

Figura 5-1.





## Hoja de Información para el Paciente

### **Es Importante que Reduzca su Agresividad**

Son muchas las personas que vienen para que les ayuden a hacer algo con su agresividad. Puede que tengamos problemas con nuestro jefe, o nuestra pareja o nuestros hijos, o nuestros amigos, etc., y puede que nuestras relaciones con ellos nos conduzcan con frecuencia a sentirnos agresivos. O puede que sólo nos sintamos agresivos mientras conducimos o pensamos en algún problema del pasado o estamos esperando en una cola. Por supuesto, todos nos sentimos enojados y agresivos en ocasiones. ¡Pero la agresividad frecuente e intensa constituye un problema real! La agresividad es dañina y provoca muchos más problemas de los que resuelve. Sin embargo, es cierto que cuando nos ponemos agresivos la gente parece escucharnos e incluso puede que hagan lo que nosotros queremos –a corto plazo. La agresividad, pues, parece valer la pena y reportar beneficios. Ahora bien, los efectos a largo plazo de la agresividad son muy negativos y superan con mucho cualquiera de los beneficios a corto plazo.

Nuestro interés en reducir nuestra agresividad supone un paso muy positivo. Merced a la reducción de nuestra tendencia a ponernos agresivos, es mucho más probable que vivamos una vida feliz y plena, y con menos problemas médicos a largo plazo. Así pues, enhorabuena por su interés y su disposición a hacer algo para solucionar este problema.

### **Problemas Asociados a la Agresividad**

1. La agresividad conduce a tener conflictos con los demás y también aumenta los conflictos que ya existían previamente.
2. La agresividad conduce a que otras personas nos valoren negativamente y nos rechacen. Ello afecta a la felicidad familiar, los ascensos laborales y las oportunidades de relacionarse. Dado que las personas agresivas no caen bien, es menos probable que las inviten a los actos sociales dado que los anfitriones pueden temer los conflictos asociados a la agresividad que probablemente aparecerán. La agresividad conduce a que nos eviten y a que nos quedemos solos.

3. Problemas médicos graves tales como enfermedades cardiovasculares, apoplejía y cáncer, se dan con más frecuencia en las personas agresivas. Los estudios a largo plazo muestran un aumento del índice de mortalidad en las personas que se sienten agresivas con frecuencia. ¡Las personas agresivas viven menos!
4. Una vez que se reconocen sus consecuencias sociales negativas, la agresividad conduce a la autominusvaloración. Al final resulta desagradable descubrir que hemos sido la causa de tantos problemas familiares e interpersonales.
5. La agresividad conduce a los ataques verbales o físicos, la mayoría de las veces dirigidos contra las personas a las que supuestamente queremos y respetamos. Las personas agresivas dicen y hacen cosas que más adelante lamentan, incluidos los insultos y los gestos fuera de lugar.
6. La agresividad está asociada a infringir las normas de tráfico, lo que puede conducir a tener altercados con la ley.
7. La agresividad puede conducir a destruir la propiedad, bajo los efectos de estar “fuera de control” en medio de un explosión de cólera.
8. La agresividad contribuye a generar insatisfacción y desadaptación laboral, problemas con los compañeros de trabajo, disminuir la productividad y aumentar la probabilidad de que nos echen del trabajo.
9. La agresividad conduce a tomar peores decisiones y asumir riesgos inapropiados. A largo plazo estas decisiones y riesgos demuestran ser contraproducentes.
10. La agresividad muy intensa puede ser muy perjudicial, ofuscar la claridad de ideas y conducir a (o convertirse en una justificación de) crímenes pasionales, cometidos en un acceso de “locura”. También puede hacer que nos creamos que necesitamos beber, consumir drogas ilegales, jugar o enzarzarnos en otros malos hábitos.

*¿Su agresividad le coloca en el riesgo de tener alguno de estos problemas?*

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

Por ejemplo, en uno de los primeros estudios de campo, Ebbesen y colaboradores (1975) entrevistaron a 100 ingenieros aeroespaciales que habían sido despedidos temporalmente por su jefe debido a la falta de trabajo. Sobre la base del modelo de la catarsis, a algunos de ellos les hicieron una serie de preguntas con el fin de generar agresividad y resentimiento, tales como: “¿Qué otros ejemplos puede recordar en los que la empresa no haya sido justa con usted?”. El modelo de la catarsis predecía que estos hombres manifestarían *menos* agresividad en lo sucesivo, dado que se les había dado la oportunidad de descargar su agresividad durante la entrevista. Pero lo que se descubrió fue exactamente lo contrario. Los ingenieros que habían descargado su agresividad manifestaron en realidad *más* agresividad por comparación con los que no habían descargado su agresividad. Por poner otro ejemplo, Bushman, Baumeister y Stack (1999) encontraron que las personas que golpearon un saco de arena como una forma de catarsis, después se mostraron realmente *más* agresivos. De hecho, era más probable que volvieran a golpear el saco de arena y que tuvieran un arrebato verbal aversivo con sus compañeros si se les había concedido la oportunidad de “desahogarse” previamente.

El “desahogarse”, “descargarse”, “sacar fuera” o “darle al otro lo que se merece” puede parecer algo bueno transitoriamente. Es probable que sea reforzante, como señalamos más arriba. Los blancos de la descarga, como los hijos, las parejas y los empleados, se someterán con frecuencia a lo que se esperaba. De este modo, la persona agresiva consigue lo que quería y es *más* probable que actúe agresivamente la próxima vez.

¡Enseñémosle a los pacientes la realidad de la cuestión! *Cuando los pacientes reaccionan con agresividad o actúan de una forma agresiva, en realidad están practicando las reacciones agresivas.* Esto aumenta la probabilidad de que se pongan agresivos en la próxima ocasión, cuando se enfrenten con un problema similar. Dado que la agresividad parece haber “funcionado”, resulta más fácil repetir nuevamente el estilo practicado. Pero de hecho no facilita una relación duradera, abierta y de cooperación en la que pueda encontrarse la solución al auténtico problema.

Al mismo tiempo, es importante decirle a los pacientes que les enseñaremos *habilidades alternativas de respuesta asertiva* y *habilidades de relajación* y *habilidades de reestructuración cognitiva*, de forma que no tengan que “tragarse” la agresividad. La alternativa a la catarsis no consiste en suprimir la agresividad. Se trata más bien de aprender a reducir la agresividad a un nivel más leve de enfado, y a expresar el enfado de una forma que tenga probabilidad de ser aceptado por el receptor.

*Disminuir la resistencia del paciente.* Una exposición de los hechos, incluidas las diferencias entre las consecuencias a corto y largo plazo y el papel negativo que desempeña la catarsis, puede no ser suficiente para persuadir a algunos pacientes a que deseen disminuir su agresividad. De hecho, los esfuerzos enérgicos por argumentar y persuadir pueden provocar el efecto contrario y aumentar la resistencia del paciente. Esto se debe a que son muchos los pacientes que acuden a tratamiento en la etapa contemplativa, con una actitud ambivalente acerca de su agresividad.

La *ambivalencia* hace referencia al hecho de tener varias actitudes contradictorias respecto de algo. Por ejemplo, los pacientes pueden conocer los problemas que su agresividad ha ocasionado, pero al mismo tiempo pueden creer que su agresividad es apropiada y está justificada. Así, la exposición de los hechos acerca de la agresividad moverá a algunos pacientes a aceptar lo que les exponemos. Pero otros se rebelarán –por muy sabio que nuestro mensaje pueda ser.

El que los mensajes presentados en el tratamiento sean o no aceptados por los pacientes suele estar relacionado con la *forma* en que los exponemos. Por ejemplo, supongamos que un profesional dice: “¡Decididamente usted necesita trabajar su agresividad! Obviamente, y en vista de lo que usted acaba de decir, la agresividad está ejerciendo un efecto muy dañino sobre su relación sentimental. Está clarísimo, y estoy seguro de que usted también tiene que verlo así”. Con una declaración semejante, el paciente puede sentirse atacado y malinterpretado, y acusar al profesional de ponerse del lado de su pareja. La declaración puede ser percibida como una limitación de la libertad y de la elección individual del paciente. Así, en un intento de defender su punto de vista, es probable que el paciente contraataque exponiendo a su vez las razones por las que la agresividad era apropiada y estaba justificada –y será justificada en un futuro– y por las que existen pocos motivos para cambiar. Los pacientes pueden ponerse rígidos con facilidad y “parapetarse contra la pared”. En lugar de aumentar la convicción de que lo mejor es reducir la agresividad, el paciente se aferra todavía más a su posición original. Así pues, ¿cómo podríamos presentar el caso de una forma convincente, sin aumentar la resistencia del paciente?

Nosotros pensamos que la respuesta reside en el *método de presentación*. La resistencia tiene lugar en respuesta a una declaración unilateral e inaceptablemente cruda por parte del profesional, que ordena cambiar. El remedio consiste en exponer el mensaje de una forma aceptable que estimule al paciente a considerar las dos caras de la situación en el contexto de un diálogo que no se convierta en una confrontación. En un contexto de estas características, los pacien-

tes pueden resolver la ambivalencia y desplazarse en dirección a un compromiso con el proceso de cambio (Miller & Rollnick, 1991).

Para lograr esto, recordemos que aunque es probable que el paciente respete la base de conocimientos del profesional, también quiere *libertad* y *elección*. Así, el profesional podría transmitir el mensaje de una forma que alentara a hablar del lado negativo de la agresividad, pero sin decirle jamás directamente al paciente que renuncie a la agresividad. Por ejemplo:

- Tanteo inicial: *“Suena como si la discusión con tu novia hubiera sido muy seria. Háblame un poco más de eso”.*
- Intervención complementaria: *“¿Cómo crees que podría afectarle esto a vuestra relación?”.*
- Intervención complementaria: *“Aunque pienses que tenías razón, ¿había algún motivo para chillar?”.*
- Intervención complementaria: *“¿Crees que tu novia podría estar empezando a verte de una forma diferente?”.*
- Intervención complementaria: *“¿Crees que vuestra relación tiene visos de durar?”.*

Otro ejemplo:

- Tanteo inicial: *“Suena como si te sintieras agresiva por la forma en que te trató tu jefe. Háblame de eso”.*
- Intervención complementaria: *“¿Le das muchas vueltas a eso?”.*
- Intervención complementaria: *“¿Cómo crees que ha podido afectar esto a tu rendimiento en el trabajo?”.*
- Intervención complementaria: *“En vista de tu agresividad, ¿cómo ves tus perspectivas laborales en un futuro?”.*

Recordemos que el objetivo consiste en mover al paciente a la etapa de la disposición a actuar y a cambiar. Estos mensajes, en sí mismos y por sí mismos, no pretenden producir ningún cambio. Antes bien, el objetivo consiste en aumentar sutilmente la conciencia de los costes negativos de la agresividad al tiempo que sin aumentar la resistencia del paciente. Como señalan Miller y Rollnick (1991, 1995) en su técnica de la *entrevista motivacional*: *cuantos más argumentos pueda ver el paciente acerca de lo valioso de cambiar y del coste de no cambiar, más probabilidades habrá de que considere la posibilidad de cambiar.*

Finalmente, algunos pacientes responderán mejor al enfoque conocido con el nombre de *unirse a la resistencia* o *intención paradójica*. Como señaló Reibel (1985), esta técnica ha venido formando parte integrante de casi todos los modelos terapéuticos. En la intención paradójica el profesional prescribe el sín-

toma y adopta la posición de que la agresividad es buena –y de que, tal vez, el paciente no está sintiendo verdaderamente la suficiente agresividad. Así, el profesional podría decir:

“Me estás diciendo que te sulfuras cuando piensas en lo mal que te trataron en el taller de reparación. Pero puede que en realidad no te estés sulfurando lo bastante. Creo que podrías esforzarse por sentirte todavía más agresivo, lograr que la cara se te congestione y sentirte verdaderamente desquiciado. A fin de cuentas, ¿acaso no *fue* una injusticia? De modo que deberías darle todavía más vueltas a lo que pasó. ¿Por qué razón vas a olvidarlo, aunque hayan transcurrido meses? ¡Piensa en ello todos los días y a todas horas! ¡No se te ocurra dejar de pensar en ello bajo ningún concepto!”.

El objetivo consiste en lograr que el paciente vea lo estúpidos que son ciertos aspectos de la agresividad y adopte la posición de que realmente podría ser mejor que consiguiera ser menos agresivo. La mayoría de las veces, si se hace correctamente, los pacientes se echarán a reír cuando comiencen a entender lo que el profesional está haciendo.

La intención paradójica es una técnica que debe utilizarse con precaución. Es importante que el profesional le prescriba al paciente una *experiencia subjetiva* de agresividad excesiva y constante –y *no* una agresión o una hostilidad vengativa. La prescripción de la agresividad debe ser para que el sujeto experimente más emociones que podría identificar, más respuestas fisiológicas, como la sudoración, y más pensamientos rumiativos permanentes acerca del hecho que motivó la agresividad. No demos lugar a que los pacientes se imaginen una venganza o una agresión en respuesta. Unirse a la resistencia es una posible alternativa a la persuasión directa y a la entrevista motivacional, y podemos tomarla en consideración cuando los anteriores enfoques no hayan logrado convencer al paciente de los costes de la agresividad.

En resumen, hemos ofrecido cuatro sugerencias para ayudar a mover a los pacientes hacia la etapa de la disposición a actuar y a cambiar:

1. presentarles a los pacientes agresivos los hechos de que disponemos acerca de las experiencias agresivas frecuentes, intensas y persistentes;
2. enseñarle a los pacientes agresivos a discriminar entre las consecuencias a corto y a largo plazo;
3. enseñarle a los pacientes agresivos que es probable que la descarga continuada de la agresividad aumente el malestar personal e interpersonal; y
4. disminuir la resistencia del paciente mediante el desarrollo de un estilo de presentación menos directo, o incluso paradójico.

En la página siguiente aparece una hoja de información para el paciente con el encabezamiento de “¿Podría beneficiarme de un programa para reducir la agresividad?”. Usada conjuntamente con otros materiales, también puede ayudar a los pacientes a tomar conciencia de que su agresividad constituye un problema a resolver.

## Hoja de Información para el Paciente

### ¿Podría Beneficiarme de un Programa para Reducir la Agresividad?

Puede que se pregunte si su agresividad constituye realmente un problema. Para responder a esto, considere su respuesta a las preguntas que vienen a continuación. No existen respuestas correctas o equivocadas. Ahora bien, sus respuestas sinceras le brindarán una guía acerca de si podría beneficiarse de un programa para reducir la agresividad.

1. Llevo experimentando episodios de agresividad durante seis meses o más:  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  
2. Me pongo agresivo:  
 Con más frecuencia que la mayoría de la gente    
  Con menos frecuencia que la mayoría de la gente    
  Con la misma frecuencia que la mayoría de la gente
  
3. Cuando me pongo agresivo, la agresividad que experimento parece ser de un nivel de intensidad o fuerza que es:  
 Mayor que el de la mayoría de la gente    
  Menor que el de la mayoría de la gente    
  El mismo que el de la mayoría de la gente
  
4. Cuando me pongo agresivo, la agresividad parece durarme:  
 Más que a la mayoría de la gente    
  Menos que a la mayoría de la gente    
  Lo mismo que a la mayoría de la gente
  
5. Como resultado de mi agresividad, he padecido las siguientes de entre las consecuencias negativas que se citan más abajo:  
 Deterioro de las relaciones personales (v.g., con la pareja, los hijos, los amigos, etc.)  
 Dificultades en el trabajo (v.g., con los compañeros, los jefes, las personas que trabajan para mí, etc.)  
 Disminución de la capacidad para afrontar situaciones difíciles  
 Incidentes con el sistema de enjuiciamiento criminal (v.g., multas de tráfico, encarcelamiento, etc.)  
 Problemas de salud (v.g., palpitaciones, sudoración, trastornos del sueño, etc.)  
 Malestar personal y emocional (v.g., preocupación, darle vueltas a los problemas, vergüenza, etc.)
  
6. Ha habido veces en que mi agresividad me ha supuesto un obstáculo para la consecución de objetivos importantes en la vida:  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  
7. Probablemente tendría más éxito en la vida si dispusiera de un mayor control sobre mi agresividad:  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]





# Desarrollar una firme alianza terapéutica

## 6

*Probablemente no sea el amor lo que hace girar el mundo, sino más bien las alianzas de apoyo mutuo mediante las cuales las diferentes partes implicadas reconocen su dependencia mutua de cara al logro de los objetivos tanto comunes como individuales*

Fred Allen

En el intento de reducir la agresividad es importante trabajar la cuestión de la *motivación* del paciente y la cuestión de la *técnica* terapéutica. De hecho, éstos son probablemente los dos factores más importantes que llevan a los pacientes a cambiar. A fin de cuentas, son muchas las personas motivadas que cambian su forma de actuar sin haber consultado jamás a un profesional. En su lugar, leen libros y revistas con avidez, ven los informes televisivos más recientes, asisten a conferencias abiertas al público, leen la Biblia o el Corán, o escuchan sermones religiosos. Después seleccionan una técnica que piensan que podría ser útil y la utilizan para cambiar su forma de actuar –todo ello sin la ayuda de un profesional.

Un ejemplo personal puede ayudar a ilustrar este aspecto. Hace ya más de 35 años, uno de los autores de este manual decidió que sería bueno dejar de fumar. Después de leer la correspondiente bibliografía psicológica, seleccionó y puso en práctica una modalidad de sobrepráctica o saciación de estímulos. Cuando llegó el que supuestamente iba a ser el último día de fumar, consumió cinco paquetes de cigarrillos en lo que parecía ser una corriente de humo que no tenía fin. El objetivo consistía en producir náuseas y dar fin al hábito de fumar. ¡La técnica funcionó y el hábito fue eliminado por completo! Lo importante es que no tuvo que intervenir ningún terapeuta profesional. El cambio se produjo por el fuerte deseo de modificar la conducta (esto es, por la motivación) y por la autoselección de un procedimiento que parecía tener probabilidades de ser útil.

Figura 6-1.



No obstante, la ayuda suele tener lugar dentro del marco de una relación formal paciente-terapeuta en los centros de salud mental, colegios, hospitales, prisiones, consultas privadas, etc. Es importante, pues, que analicemos el papel que desempeña la *relación terapéutica* (también conocida como *alianza terapéutica*, *alianza de trabajo* o *vínculo terapéutico*) en la generación de un aumento de la motivación y un cambio en la conducta.

Prosiguen los debates en torno a cuáles son los componentes que intervienen en el proceso psicoterapéutico. De hecho, el análisis de la influencia de la relación paciente-terapeuta en los resultados de la psicoterapia constituye una de las preocupaciones más antiguas dentro de la investigación terapéutica. A principios de 1900, Freud exploró las diferencias entre los aspectos neuróticos (o *transferenciales*) del vínculo entre paciente y terapeuta, y los sentimientos normales, amistosos y positivos que los pacientes suelen desarrollar hacia sus terapeutas. Aunque la bibliografía psicoanalítica siempre ha puesto el acento principalmente en los aspectos distorsionados de la transferencia, Freud pensaba que el componente positivo y realista de la relación favorecía una asociación terapéutica que demostraba ser de utilidad en la resolución de la neurosis del paciente (Freud, 1912, 1913, 1958). En realidad, la expresión “alianza de trabajo” se utilizó por primera vez sobre la base de los escritos psicoanalíticos. Greenson (1967) consideraba la colaboración y los sentimientos positivos entre el paciente y el profesional como uno de los componentes esenciales del éxito del tratamiento y lo denominó *alianza terapéutica*.

Con el paso del tiempo, sin embargo, se desarrollaron otras muchas formas diferentes de intervención al margen del psicoanálisis que demostraron ser de utilidad aplicadas a una amplia variedad de problemas. Así fue como surgió la investigación sobre los *factores comunes* que promueven el éxito de la psicoterapia.

Los factores más comunes que parecían conducir al cambio eran los vínculos afectivos y de colaboración que se desarrollan entre los profesionales y los pacientes. Esta línea de pensamiento prosiguió con la obra de Carl Rogers (1957), cuya psicoterapia no directiva o centrada en el cliente sirvió para dar fe de la importancia de la relación entre el paciente y el profesional. Rogers se concentró en el papel desempeñado por la *empatía* y la *atención positiva incondicional*, a las que consideró como necesarias y suficientes para que el cambio tuviera lugar. De acuerdo con su propuesta, a menos que la *relación* entre el paciente y el profesional sea positiva, es improbable que se alcancen los objetivos terapéuticos (por ejemplo, la reducción de la agresividad). Cuanto más firme sea el vínculo, mayor es la probabilidad de que los resultados sean un éxito.

La alianza, sin embargo, es una fuerza cambiante. Puede ser firme en determinados momentos, y también puede romperse en otros y restablecerse posteriormente. Dado que los defensores de la importancia del vínculo terapéutico lo consideran como un factor crucial para el cambio, son de la opinión de que su debilitamiento o su ruptura interferirá con el cumplimiento de las tareas requeridas por los programas de tratamiento.

Desgraciadamente, ningún estudio ha analizado los efectos de la *fuerza* del vínculo terapéutico en el éxito de los programas para reducir la agresividad. Ahora bien, existen cuanto menos dos revisiones metaanalíticas que han servido para apoyar la importancia en términos generales de la alianza terapéutica. Horvath y Symonds (1991) analizaron los resultados de 24 estudios sobre la alianza terapéutica en los que los pacientes habían recibido de entre diez a más de cincuenta sesiones de tratamiento. Los autores encontraron una “asociación moderada, pero fiable” (p. 139) entre la alianza paciente-terapeuta y los resultados positivos del tratamiento. Señalaron además que la importancia del vínculo terapéutico no estaba en función del tipo de terapia practicada, ni de la longitud del tratamiento, ni de si el estudio había sido o no publicado. El vínculo constituía más bien un factor independiente que predecía el éxito de la psicoterapia. En el 2000, Martin, Garske y Davis revisaron los datos procedentes de 79 estudios a través de un segundo metaanálisis. Sus resultados indicaron nuevamente que la relación en términos generales entre la alianza tera-

péutica y los resultados del tratamiento es “moderada, pero consistente, al margen de otras muchas de las variables que se ha postulado que pueden influir en esta relación” (p. 438). Al igual que en el estudio anterior, la relación positiva entre la alianza terapéutica y los resultados terapéuticos parecía ser independiente y no estar influenciada por otras variables mediadoras tales como el tipo de tratamiento ofrecido, el nivel de difusión del estudio, el instrumento empleado para medir los resultados, los criterios empleados para la valoración de los resultados o de la alianza terapéutica, o el tiempo dedicado a evaluar la alianza de trabajo.

El interés por la investigación de la alianza terapéutica entre el profesional y el paciente no ha hecho sino aumentar durante los últimos 25 años. Ello se ha debido en parte a que los investigadores no han sido capaces de encontrar diferencias consistentes en la eficacia de las distintas orientaciones psicoterapéuticas. Algunos autores han concluido que en general las distintas psicoterapias son igualmente eficaces (por ejemplo, Lambert & Bergin, 1994; Smith, Glass & Miller, 1980; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986) y están convencidos de que los factores comunes, como el vínculo terapéutico, pueden explicar los resultados. De acuerdo con Martin y colaboradores (2000), “Algunos han llegado incluso a argumentar que la calidad de la alianza terapéutica es más importante que la modalidad de tratamiento a la hora de predecir los resultados terapéuticos positivos (por ejemplo, Safran & Muran, 1995)”. Adicionalmente, muchas de las teorías actuales sobre el cambio de conducta también enfatizan la importancia de la alianza paciente-terapeuta (Wolfe & Goldfried, 1988, p. 449).

Es esta una cuestión difícil, pero importante, para los profesionales que trabajan en el ámbito del tratamiento de la agresividad. Verdaderamente es cierto que son muchas y diferentes las modalidades de intervención útiles. También es cierto que son muchos los pacientes que afirman haber sido ayudados por profesionales que nos pueden parecer desagradables, ineficaces o incluso incompetentes. Así pues, los profesionales suelen tratar casos en los que el paciente afirma algo así como: “Verdaderamente me gustó mucho el terapeuta que tuve anteriormente. Esta persona (que pudo ser hombre o mujer, mayor o más joven, blanco o negro, gordo o delgado, psicoanalista o conductista) me enseñó muchísimo”. Estas afirmaciones apoyan la importancia de los factores comunes tales como la percepción que el paciente tiene del vínculo con el terapeuta.

Desgraciadamente, son muchos los pacientes agresivos que serán tratados en circunstancias o en contextos que tienden a obstaculizar el desarrollo de una alianza de trabajo. Por ejemplo, puede que los sujetos obligados a participar en

los programas de tratamiento por mediación del sistema de enjuiciamiento criminal o de las organizaciones de ayuda al empleado, estén menos dispuestos de buen grado a desarrollar una relación de colaboración con ningún profesional. Las cuestiones relacionadas con la alianza terapéutica deben ser cuidadosamente examinadas en el caso de que los pacientes entren en tratamiento coaccionados externamente. Determinados contextos como, por ejemplo, las instituciones carcelarias, plantean serios problemas para el desarrollo de la alianza de trabajo. Dado que la custodia y la seguridad son los principales objetivos de la mayoría de las prisiones, las cuestiones relacionadas con las terapias suelen relegarse a un segundo plano. Es muy probable que los internos desconfíen de cualquier persona a la que puedan ver como alguien perteneciente a la institución. Aunque es posible llegar a establecer una alianza de trabajo dentro de un encuadre carcelario, las cuestiones relacionadas con la custodia pueden interferir con el tratamiento. Por ejemplo, las sesiones pueden ser interrumpidas o canceladas debido a preocupaciones por la seguridad en un área o un edificio determinado dentro de la institución. Los internos pueden ser trasladados de una institución a otra, con escaso conocimiento o consideración de su relación con un terapeuta dado. Problemas similares pueden aparecer en los colegios, donde los adolescentes en particular pueden ser muy desconfiados en su relación con los profesionales. Los psicólogos escolares trabajan para la escuela y no pueden garantizar la confidencialidad, lo que también puede malograr adicionalmente la confianza. Cuando los programas para el manejo de la agresividad se desarrollan en contextos carcelarios, escolares o similares, tal vez sea necesario dedicar un tiempo adicional a desarrollar la alianza de trabajo.

Aunque la alianza de trabajo parece ser importante, todavía puede llevarse a cabo un tratamiento eficaz aunque el entorno no sea propicio al desarrollo de una relación de colaboración. La alianza puede ser importante, pero, de acuerdo con las últimas investigaciones, no reviste una importancia *crucial*. En el metaanálisis más amplio de que disponemos, Martin, Garske y Davis (2000) encontraron que “La correlación ponderada general entre la alianza de trabajo y los resultados terapéuticos fue de .22” (p. 445). Esto representa únicamente una relación de pequeña a moderada entre las dos variables. Los autores reanalizaron después los datos, reconociendo que la correlación encontrada era baja. A continuación concluyeron que su nuevo análisis “indica que la correlación general de .22 entre la alianza y los resultados no es una estimación abiertamente cautelosa y por tanto describe adecuadamente la relación entre la alianza de trabajo y los resultados terapéuticos” (p. 446).

Finalmente, volvemos a nuestro comentario inicial de que son muchas las personas que cambian en total ausencia de una relación terapéutica, de resultas de leer libros, o la Biblia, o de ver programas de televisión. En nuestra era moderna, incluso pueden cambiar de resultas de unos cursos a domicilio –sobre la ansiedad, la agresividad, o sobre la educación de los hijos o sobre el tabaco. Pueden haber comprado el curso en formato de vídeo o de disco de ordenador, o pueden haberse inscrito a unas clases a través de internet. Podemos concluir únicamente que la alianza terapéutica es *un factor importante a considerar* cuando trabajamos con pacientes con trastornos de agresividad. Ahora bien, el establecimiento de una buena alianza no es probablemente *ni necesario ni suficiente* para que el cambio tenga lugar. Antes bien, la mayor probabilidad de éxito en el logro de los objetivos terapéuticos (esto es, de la reducción de la agresividad) corresponde a cierta combinación entre una elevada motivación por parte del paciente y una técnica eficaz, combinada a su vez con una buena relación entre el paciente y el profesional.

## FORTALECER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

---

Hasta el momento nos hemos venido refiriendo a la alianza terapéutica como si se tratara de un concepto simple. Bordin (1979) y Luborsky (1976), sin embargo, señalaron que la alianza terapéutica se basa realmente en múltiples elementos. Aunque existen diferencias en las distintas conceptualizaciones de la alianza de trabajo, la mayoría incluyen la naturaleza colaboradora de la relación entre el paciente y el profesional, en la que (a) los *objetivos* del tratamiento y (b) los *métodos* son acordados conjuntamente, y (c) existe un *vínculo afectivo positivo* entre paciente y profesional (Bordin, 1979; Gaston, 1990; Horvat & Symonds, 1991; Saunders, Howard & Orlinsky, 1989).

*Definición de los elementos.* Para que se desarrolle una firme alianza terapéutica es importante, en primer lugar, que exista un *acuerdo sobre los objetivos del programa de intervención*. ¿Qué es lo que se pretende lograr? ¿El paciente está de acuerdo en que es él quien tiene que cambiar? O, como suele ser el caso, ¿quiere más bien que cambie otra persona, a la que percibe como el causante de la agresividad? Con demasiada frecuencia hemos tratado a pacientes que venían a consulta culpabilizando a los demás, etiquetándolos de “instigadores” de la agresividad dentro de la relación. Lo que pretenden obtener estos pacientes son habilidades que les permitan cambiar a otras personas o bien la confirmación de que estas personas son ciertamente malvadas o maliciosas. Suelen decir algo

así como: “Tan solo con que mi mujer (o mi madre, mi marido, mi hijo, mi socio) dejara de hacer eso, ya no me pondría tan cabreado”.

A fin de lograr algún progreso, los profesionales tienen que mostrarle a estos pacientes que, aunque lo que afirman puede ser realmente cierto, no es probable que los demás vayan a cambiar mucho, dado que la otra persona no ha venido a pedir ayuda. De hecho, estos pacientes tienen que aprender que la mayoría de las veces las restantes personas de su vida *continuarán* actuando de una forma cuestionable (según los deseos del paciente), *continuarán* desatendiéndonos a pesar de que puedan insistir en que les caemos bien o en que nos quieren, *continuarán* actuando con lentitud cuando queremos que lo hagan con rapidez y *continuarán* faltando a nuestros intereses. ¡Esa es la realidad! Y esto nos sucede a todos sin excepción. Puede que al paciente no le *guste* la forma de comportarse de los demás y, con el tiempo, puede que incluso logre que cambien de algún modo. Pero es crucial que el paciente y el profesional estén de acuerdo en que *el objetivo principal de un programa de tratamiento para la agresividad es cambiar al paciente*. Esto es, disminuir las reacciones agresivas *del paciente* –al margen de lo que hagan los demás.

Concedemos que es útil dar *feedback* a los demás acerca de su conducta y tratar *amablemente* de generar algún cambio en ellos. Sería ciertamente *deseable* que pudiésemos cambiar algunas de las conductas aversivas de nuestros hijos (v. g., eructar en la mesa), de nuestra pareja (v. g., interrumpirnos cuando estamos hablando) o de nuestros amigos (v. g., no cumplir sus promesas). Pero, al mismo tiempo, alentamos a los pacientes a *aceptar la realidad* y a reconocer que sería juicioso intentar ajustarse a un mundo imperfecto (v. g., a las parejas desatentas, a los compañeros que no trabajan tanto como nosotros, a los hijos que se portan mal). El *objetivo* a acordar consiste, pues, en *cambiar uno mismo*, tal vez como complemento a que cambien los demás.

Consideremos el caso de Ray, propietario de una pequeña tienda de material informático. A sus 52 años, Ray tiene un largo historial de explosiones de cólera en el trabajo y en casa. A menudo piensa que sus esfuerzos por sacar adelante su negocio no son apreciados por sus empleados y suele desahogar sus frustraciones en casa con su mujer y sus hijos. Ray tiene exceso de peso y la tensión alta, y sus dos padres murieron jóvenes a consecuencia de enfermedades cardíacas. Discute mucho con su mujer, de la que piensa que no parece dispuesta a escuchar sus historias sobre sus problemas con los empleados. Después de que su mujer se lo rogara repetidas veces, Ray se decidió a solicitar ayuda en el centro de salud mental de su localidad.



Profesional: *“Qué tal, Ray. Me alegro de conocerte. Tengo entendido que estás buscando ayuda en relación con tu agresividad”.*

Ray: *“Pues sí. Parece que va a peor. Pero en realidad no es culpa mía. Me estoy esforzando todo lo que puedo por sacar adelante mi tienda de material informático. Pero nadie parece valorar lo mucho que estoy trabajando y la enorme competencia que nos hacen las grandes firmas. Y eso es lo que me está sacando de quicio. Tengo la impresión de estar perdiendo los estribos prácticamente a diario y me siento muy tenso por dentro. Es como si estuviese alterado constantemente. Y creo que mi mujer está disgustada. Yo intento hablarle de los problemas, pero ella ya no me escucha. A veces también me pongo de muy mala leche con ella”.*

Profesional: *“Háblame un poco más de eso. Me gustaría llegar a comprender cómo ves tú lo que está sucediendo”.*

Ray: *“Pues bien, como le dije, tengo una pequeña tienda de material informático. Y cada vez me resulta más difícil sacar adelante el negocio con toda la competencia que tenemos de las tiendas más grandes. Ellos tienen mucho dinero y se pueden permitir el lujo de tener muchas existencias. Y también se pueden permitir el lujo de tener abierto desde las siete de la mañana hasta las doce de la noche porque tienen muchos empleados. Yo sólo tengo a tres personas que trabajan para mí y ni uno solo de ellos está dispuesto a quedarse a trabajar hasta más tarde o empezar a trabajar más temprano. No se dan cuenta del embolado en el que estamos metidos. Una tienda pequeña como la mía sobrevive gracias a brindar un servicio personalizado a los clientes. Tenemos que abrir más temprano y cerrar más tarde. Tenemos que asesorar a los clientes con la mayor atención. Tenemos que escuchar pacientemente sus historias cuando rompen algún artículo y tratan de devolverlo. Esa es la única forma de sobrevivir”.*

Profesional: *“Me parece que ya voy comprendiendo. De hecho, estos **son** tiempos difíciles para los pequeños comercios de venta al por menor. Pero me gustaría que me dijeras, Ray, cómo podría ayudarte con **tu** agresividad”.*

Ray: *“Pues bien, esos tipos que trabajan para mí me ponen de muy mala leche. Se quejan y protestan de que tienen poco tiempo para almorzar y pocos descansos, y también se quejan de los clientes que reclaman y de que no tenemos vacaciones ni por Navidades ni en Semana Santa. Me gustaría aprender a saber llevarlos mejor. Ya me entiende, cómo tendría que reaccionar cuando me replican más de la cuenta. Sencillamente, tengo que hacerles comprender de qué va todo este asunto”.*

Profesional: *“De acuerdo, así que lo que me estás diciendo es que te gustaría aprender algunas habilidades para que tus empleados cambien de actitud y se den cuenta de la seriedad de la situación. Yo podría efectivamente ayudarte a revisar tus conversaciones con ellos y podemos tratar de encontrar formas de comunicación más eficaces. Pero ¿qué pasa contigo? ¿Qué es lo que te gustaría cambiar en ti?”.*

Ray: *“No comprendo”.*

Profesional: *“Bueno, parece que te pones agresivo con mucha frecuencia. Probablemente sería mejor que pudieras aprender a reaccionar menos intensamente ante ellos –incluso aunque sigan actuando como lo están haciendo”.*

Ray: *“Sigo sin cogerlo”. (Parece incómodo).*

Profesional: *“Ray, me gustaría proponerte un programa para el tratamiento de la agresividad que consta de dos partes. Una parte consistiría en revisar tus procedimientos a la hora de hacerle algunas observaciones correctivas a los empleados, de establecer normas de trabajo y demás cosas por el estilo. Podemos analizar qué es lo que haces y podemos escenificar algunas situaciones características. Como ya sabes, hay estilos de comunicación mejores y peores, y yo puedo serte de ayuda en este sentido. Pero también me gustaría que llegáramos a un acuerdo respecto de que otro de los objetivos sería cambiar tu forma excesiva de reaccionar ante tus empleados”.*

*“Supongamos, por ejemplo, que uno de ellos pide tomarse tres días libres durante la semana de Navidad. Esa es una semana muy ajetreada para tu negocio, ¿verdad?”.*

Ray: *“¡Exacto!”.*

Profesional: *“Muy bien. Ahora supongamos que tú ya le has dicho que no a su petición. Pero él vuelve a pedirte. Ese es el tipo de situación en la que habitualmente explotas o te cueces para tus adentros. ¿Correcto?”.*

Ray: *“Correcto otra vez”.*

Profesional: *“Pues bien, supongamos que este empleado conoce la respuesta. Sabe que tú no puedes darle vacaciones durante la semana de Navidad. Pero te lo vuelve a pedir por segunda vez de todas formas. En ese caso, podrías reaccionar con una agresividad enorme y decirle “no” a gritos y de una forma ofensiva. O bien, podrías reaccionar con una agresividad mínima y decirle ‘no’ de una forma asertiva”.*

*“Como uno de los objetivos de nuestro programa, me gustaría ayudarte a reaccionar con menos agresividad –al margen de lo que el empleado te*

*pida y al margen de cuántas veces te lo pida. Me gustaría ayudarte a conseguir que tuvieras alguna **influencia**, algún **control sobre tus propias reacciones** al margen de lo que hagan los demás”.*

*“Me gustaría que llegáramos al acuerdo de que **tú puedes cambiar**, de que tú estás al cargo de tu propia vida y de que podemos trabajar para ayudarte a lograr esa fuerza y esa libertad emocional. ¿Cómo lo ves?”.*

Ray: *“Merece la pena intentarlo”.*

En segundo lugar, es importante *llegar a un acuerdo acerca de los métodos* que se van a utilizar en el programa de intervención. Esto puede ser problemático si el paciente tiene ideas muy firmes respecto de qué hay que hacer para cambiar. Estas ideas pueden proceder de aprendizajes previos (por ejemplo, “Como mis padres me enseñaron, yo educo a mis hijos de acuerdo con la norma de “quien bien te quiere te hará llorar”), de la televisión, de observar cómo se comportan los amigos, etc. Por ejemplo, si el paciente espera que el profesional estimule la catarsis liándose a golpes con una almohada o tomando lecciones de boxeo o gritando en medio del campo, y si el profesional sabe que la catarsis tiene escasas probabilidades de reducir la agresividad, en ese caso no va ser posible hacer demasiados progresos.

Sugerimos que se confeccione un *plan de intervención por escrito* específico para cada paciente y en el que éste participe abiertamente. Hablemos brevemente de los beneficios de la relajación, de desarrollar habilidades y de trabajar en la consulta las nuevas conductas, en colaboración y sin correr ningún riesgo, antes de pasar a generalizarlas al mundo real. Las discusiones preparatorias y abiertas acerca de los métodos a emplear y un documento por escrito que podamos ofrecerle al paciente, aumentarán la confianza en el profesional. Ofrecemos una muestra de ello al final de este mismo capítulo.

Las particularidades que aconsejen introducir algunas modificaciones en el plan de intervención irán apareciendo a medida que avanza el tratamiento. Por ejemplo, puede que el paciente haya probado ya el entrenamiento en asertividad y encontrara que le fue de mucha utilidad o, por el contrario, que no le funcionó. En ese caso el plan de tratamiento podría modificarse consecuentemente.

Volvamos nuevamente al caso de Ray:

Profesional: *“Muy bien, Ray. Creo que ahora comprendo mejor el problema. Sugiero que nuestro plan de tratamiento para reducir tu agresividad conste de dos partes. En primer lugar, podemos desarrollar algunas habilidades para ayudarte a reaccionar con menos intensidad. En segundo lugar, podemos desarrollar algunas habilidades para que aprendas a hacerles*

*observaciones correctivas a tus empleados de la forma más clara posible. Me gustaría que pusiéramos el plan por escrito, para que los dos sepamos cuáles son nuestros objetivos. ¿Te parece bien?”.*

Ray: *“Me suena bien. Y valoro la claridad con la que está llevando todo este asunto”.*

Profesional: *“Gracias. Para ayudarte a reducir tu reactividad ante la conducta de tus empleados, y de tu mujer y de tus hijos, sugiero que utilicemos algunas técnicas para ayudarte a valorar las situaciones de la forma más realista posible, a predecir cuáles serán las consecuencias más razonables de lo que digas o de lo que hagas, y a aceptar y perdonar un poco más la conducta de tus empleados y de tu mujer”.*

Ray: *“¡Puf! No sé. En realidad todo esto sólo me suena bien en parte. Entiendo lo de ver los problemas de una forma más realista e incluso de aceptar la conducta estúpida de mis empleados. Pero, ¿por qué tengo que perdonarles? ¿Qué tiene eso que ver? Tienen un trabajo que cumplir. Y yo les pago bien. ¿Por qué tengo que perdonarles cuando se comportan de una forma estúpida?”.*

Llegados a este punto, el profesional podría explicar las diferencias relativas a algunos de los términos discutidos. Dependiendo de cuáles sean las reacciones de Ray, todo lo anterior o bien sólo una parte podría incluirse en el escrito final sobre el plan de tratamiento. Al parecer, Ray está reaccionando intensamente a la palabra o el concepto de “perdón”. Dado que existen pocas razones para insistir sobre el asunto en esta primera fase del tratamiento, lo mejor sería no volver a mencionarlo por un tiempo. Naturalmente, los planes de tratamiento deben ser flexibles. Son más las veces que se introducen modificaciones a medida que avanza el tratamiento.

En tercer lugar, es importante desarrollar un *vínculo afectivo positivo y personal* con los pacientes, a fin de aumentar la *confianza* y la *probabilidad de que cumplan conductualmente* con las tareas acordadas. Aunque el acuerdo acerca de los objetivos y los métodos también aumenta la conformidad, cuando las cosas se ponen difíciles es el vínculo afectivo y de confianza lo que posibilita un mayor cumplimiento de las tareas asignadas. Los pacientes tienen más probabilidades de mejorar y de seguir el plan de tratamiento si perciben similitudes significativas entre el profesional y ellos mismos. La similitud aumenta la probabilidad de establecer un vínculo positivo. Obviamente, comprendemos que esto es difícil de llevar a cabo en determinados contextos –como, por ejemplo, en instituciones carcelarias. También comprendemos que es difícil en el caso de las relaciones “desiguales” como, por ejemplo, cuando un psicólogo escolar de 45 años trabaja con un estu-

diante de 15. Y también sabemos que algunos pacientes se sienten más cómodos con profesionales varones o mujeres, negros o blancos, mayores o más jóvenes. Obviamente, ciertas características del profesional no pueden ser modificadas.

Al mismo tiempo, si el profesional y el paciente son ambos religiosos, o de la misma religión, el mero hecho de mencionar esto puede fortalecer el vínculo. O bien, ambos pueden estar interesados en acontecimientos de actualidad, en la literatura, en el karate, etc. Decirle a los pacientes que el profesional ha estado trabajando su propia agresividad, y todavía lo sigue haciendo, también es probable que conduzca a mejorar el vínculo. La investigación indica que los *modelos de afrontamiento* (esto es, los profesionales que admiten que han modificado su propia personalidad de una forma positiva, pero que todavía siguen esforzándose por mejorar) logran más cambios en sus pacientes que los *modelos magistrales o de dominio* (esto es, los profesionales que dan la impresión de que ya han solucionado todos sus problemas personales, incluida la agresividad, y de que ahora están en condiciones de transmitir su perfecta sabiduría). Recomendamos, pues, que los profesionales sean humildes y admitan sus propias luchas interiores.

Figura 6-2.



Otra forma de fortalecer el vínculo afectivo es que los profesionales muestren la empatía adecuada con sus pacientes agresivos. Esto es, que demuestren que comprenden el problema *desde la perspectiva del paciente*. Esto no es necesariamente fácil, dada especialmente la severidad del trato que los pacientes agresivos

vos infligen ocasionalmente a los demás. Y tampoco es necesario que los profesionales estén de acuerdo con las valoraciones o las acciones del paciente. El objetivo consiste, antes bien, en transmitir la convicción de que el profesional es capaz de ver la situación desde el punto de vista del paciente, mediante la comprensión empática de su nivel de estrés, su motivación y sus objetivos.

Además, después de haber trabajado con cientos de pacientes agresivos en diferentes proyectos, hemos encontrado que muchos de ellos aceptan sorprendentemente de buen grado probar diferentes estrategias de intervención –en la medida en que nos tomemos el tiempo necesario para explicarles la razón lógica de las mismas. De hecho, la conformidad aumentará enormemente si prestamos una cuidadosa atención a asegurarnos de que los pacientes comprenden absolutamente los diferentes tipos de actividades que les proponemos y la razón por la que podrían ser muy beneficiosas. La mayoría de los adultos con trastornos de agresividad parecen valorar este enfoque directo y sincero.

Puede que sea difícil o imposible generar algunas de las actitudes y de las características personales (por ejemplo, sexo, color de la piel o procedencia étnica) que *fortalecen* el vínculo afectivo. Y, como señalamos más arriba, ni siquiera podemos estar seguros del alcance y la efectividad de los factores que ejercen un efecto positivo sobre los resultados. Pero determinadas conductas deben ser decididamente evitadas. Ackerman y Hilsenroth (2001) revisaron una serie de características y de técnicas por parte del terapeuta que se ha demostrado que *debilitan* la alianza terapéutica. Se encontró que el hecho de que los profesionales fueran rígidos, indecisos, críticos, distantes, tensos y/o distraídos, ejercía un efecto negativo sobre la relación paciente-terapeuta. Otro de los efectos negativos sobre el vínculo paciente-terapeuta era el empleo de ciertas técnicas –tales como la sobreestructuración de la terapia, las autorrevelaciones inapropiadas, el uso inflexible de la interpretación transferencial y el uso inapropiado del silencio. Estas conductas pueden ser minimizadas y la investigación mencionada sugiere la importancia de revisar los videos de la terapia o de buscar una supervisión, a fin de reducir las al mínimo.

La agresividad es omnipresente y al parecer todos sin excepción debemos trabajar sin descanso a lo largo de toda nuestra vida para controlar nuestras reacciones agresivas. Una *asociación de colaboración* en la que los objetivos y los métodos de intervención sean acordados previamente y los socios gocen de buenos sentimientos y de un respeto mutuo, tiene probabilidades de incrementar la relación de trabajo y la motivación del paciente a trabajar con el profesional en favor del cambio. El cambio aparecerá más adelante a medida que el paciente muestre una mayor conformidad con las estrategias planificadas conjuntamente para reducir la agresividad.

**Plan de Tratamiento en Colaboración**

Nombre _____ Fecha _____	
Breve historia del problema a tratar [Describe los desencadenantes más frecuentes de la agresividad, cómo experimenta la agresividad y cómo expresa la agresividad]: _____ _____ _____	
¿Cuáles son algunas de las consecuencias negativas más frecuentes de su agresividad? _____ _____ _____	
Objetivos del plan de tratamiento para la agresividad [a corto plazo y a largo plazo]: _____ _____ _____	
Conductas específicas elegidas como objetivos del cambio: _____ _____ _____	
<b>Estrategias de intervención</b>	<b>Discutida y acordada</b>
___ Desarrollar habilidades de relajación	_____
___ Desarrollar habilidades conductuales vitales	_____
___ Aumentar las habilidades de solución de problemas interpersonales	_____
___ El arte de la evitación o la huida	_____
___ Exposición a los desencadenantes de la agresividad	_____
___ Reestructuración cognitiva de la realidad	_____
___ Otras _____	_____

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

# Aumentar la conciencia de las experiencias agresivas

## 7

*El valor último de la vida depende de la conciencia y de la capacidad de contemplación más que de la mera supervivencia*

Aristóteles

Puede parecer extraño que dediquemos un capítulo a aumentar la conciencia de la agresividad por parte del paciente. ¿Acaso no hemos definido la agresividad en términos de la experiencia personal acerca de los pensamientos, las sensaciones físicas y las conductas expresivas propias de la agresividad? La expresión de la agresividad constituye un hecho público fácil de ver incluso por los propios pacientes. Pero el cuadro real no es tan evidente como podría deducirse de esta línea de razonamiento.

Muchas de las cosas que hacemos en la vida las hacemos en realidad con el “piloto automático”. Por ejemplo, cuando aprendemos a conducir por primera vez *pensamos* en ajustar los espejos laterales y el espejo retrovisor antes de abandonar el lugar donde habíamos aparcado. *Pensamos* dónde está el freno de mano y si está puesto o no. Conscientemente *nos decimos a nosotros mismos* que tenemos que comprobar el indicador de la gasolina para ver si tenemos la suficiente como para llegar a nuestro destino. Ahora bien, una vez que la conducción se convierte en parte integrante de nuestro sistema de hábitos, dejamos de pensar en todas estas cuestiones. Tenemos la impresión de saber *automáticamente* lo que tenemos que hacer. Actuamos con el piloto automático. Cuando vamos conduciendo por el mismo trayecto que tomamos todos los días para ir al trabajo, no contamos las salidas de la carretera principal ni nos decimos a nosotros mismos: “me quedan tres más –o dos más– a partir de esta”. En su lugar, vamos derechos sin más a la salida correcta, de forma automática. Rara vez nos quedamos sin gasolina, aunque la mayoría de nosotros no comprobamos conscientemente el indicador cada 80 kilómetros. Y a pesar de la insistencia del manual que venía junto con el coche, no “comprobamos de forma sistemática y con regularidad”



**Figura 7-1.**



el aire de los neumáticos ni nos decimos a nosotros mismos: “recuerda que tienes que cerrar el coche con llave”. En el caso de las tareas que son repetitivas, nuestras operaciones llevadas a cabo con el característico piloto automático suelen darnos buenos resultados.

Los seres humanos funcionamos con éxito sobre la base de cierto tipo de procesos automáticos compartimentalizados. Esta compartimentalización nos permite enzarzarnos en múltiples tareas al mismo tiempo, mientras nos concentramos únicamente en una de ellas. Mientras conducen, son muchas las personas que escuchan la radio, hablan por el teléfono inalámbrico, fuman, hablan con los acompañantes, comen, se pasan el peine por la cabeza, etc. Al margen de los riesgos para la seguridad que estas actividades puedan suponer (y los riesgos son reales), por lo general no solemos saltarnos la salida de la carretera principal, ni los semáforos en rojo, ni las señales de tráfico, ni las gasolineras que buscamos, debido a la ejecución de estas actividades adicionales.

El mismo proceso tiene lugar en otras actividades motrices, tales como aprender a bailar o a escribir a máquina. Al principio se requiere mucha atención consciente para contar los pasos del baile o recordar la localización de las diferentes teclas. Después de muchísimas repeticiones, sin embargo, los bailarines son capaces de hablar de asuntos personales y al mismo tiempo no perder jamás el paso; los mecanógrafos profesionales son capaces de mecanografiar cientos de páginas y no ser capaces de recordar jamás ni una palabra de lo que “leyeron”. Obviamente, como señalamos en el capítulo 1, donde analizamos la Ley de Yerkes-Dodson, las actividades complejas pueden resultar perjudicadas por los pensamientos aversivos no deliberados. Pero estos pensamientos aversivos tienen que ser relativamente intensos y, aun así, la actividad motriz todavía puede seguir adelante –aunque no con la misma calidad. El hecho es que en

la mayoría de los casos es posible desempeñar con éxito muchas tareas a la vez. Mientras tenemos la atención puesta en una de las tareas (por ejemplo, pensar en una discusión que hemos tenido con nuestra pareja), la otra tarea (por ejemplo, bailar) sigue adelante de forma automática.

El mismo proceso automático tiene lugar en el caso de las reacciones agresivas. Muchas de nuestras reacciones agresivas aparecen en función de un procesamiento automático. Sencillamente *nos ponemos* agresivos, antes de que *nos demos cuenta*. No somos particularmente *conscientes* de cómo o por qué reaccionamos agresivamente y no pensamos en las otras habilidades que posiblemente ya tenemos y que nos permitirían reaccionar de una forma diferente. Las experiencias agresivas y las manifestaciones agresivas parecen *acontecer sin más* y puede que seamos muy poco conscientes de lo que hemos dicho o de lo que hemos hecho. Cuando las conductas agresivas han sido practicadas una y otra vez, acaban por convertirse en algo parecido a conducir, escribir a máquina o bailar. Esto es, suceden de forma automática.

Por esta razón, es importante enseñar a los pacientes a darse cuenta de su *tendencia a reaccionar agresivamente de forma automática*. A medida que se desarrolle esta conciencia, se volverán más capaces de *anticipar* sus reacciones agresivas características y de *interrumpirlas*. Además de esto, se volverán capaces de iniciar reacciones cognitivas, emocionales y/o conductuales alternativas.

Esto, evidentemente, no es más que una idea general simplificada y en realidad el proceso requiere cierto tiempo. Sin embargo, es importante que los pacientes sepan que probablemente se ponen agresivos con más frecuencia de la que creen y que no eligen conscientemente ponerse agresivos. La agresividad tiene lugar en función de los hábitos consolidados con los años y sucede sin pensar en ello ni en sus consecuencias. La labor del profesional consiste en romper esta cadena de reacciones automáticas.

## TÉCNICAS PARA AUMENTAR LA TOMA DE CONCIENCIA

---

Los profesionales tienen a su disposición cierto número de técnicas. Cada uno de estos procedimientos puede ser de utilidad para aumentar la conciencia del paciente acerca de los diferentes elementos de los episodios de agresividad.

*Autorrevisión.* Podemos pedirle a los pacientes que lleven un cuaderno o un diario de sus experiencias de agresividad. En el capítulo 3 presentamos un *Registro de los Episodios de Agresividad* que puede utilizarse para aumentar la conciencia acerca de los episodios individuales de agresividad. El hecho de pedirle a

los pacientes que rellenen este formulario les ayudará a prestar atención a (1) los desencadenantes de su agresividad, (2) las experiencias cognitivas, conductuales y fisiológicas asociadas, (3) las reacciones de los demás, y (4) las consecuencias. Las respuestas dadas al formulario pueden ser discutidas en la sesión junto con el profesional. Ello permitirá desarrollar la conciencia acerca de la cadena automática de acontecimientos que forma parte de la agresividad, además de esclarecer las reacciones interpersonales y las consecuencias negativas potenciales.

La toma de conciencia también puede desarrollarse alentando a los pacientes a *observar y llevar un seguimiento de sus reacciones corporales*. Esto les resultará relativamente fácil si ya les han enseñado previamente habilidades de relajación, dado que habrán practicado en gran medida la observación de sus reacciones corporales durante el entrenamiento en relajación (véase capítulo 9). En caso contrario, sería conveniente concentrarse en las reacciones corporales durante el entrenamiento en relajación que más tarde se llevará a cabo como parte del programa general para el manejo de la agresividad. En ambos casos los profesionales pueden solicitar que se les informe de las sensaciones corporales mientras los pacientes están pensando en los desencadenantes agresivos potenciales. Con el tiempo, la conciencia del ritmo cardíaco, la sudoración, la tensión muscular y los síntomas gastrointestinales que aparecen en las situaciones potencialmente generadoras de agresividad, acabará por aumentar.

*Entrevistas clínicas acerca de experiencias agresivas anteriores.* El mero hecho de analizar los episodios agresivos anteriores permite desarrollar la toma de conciencia, y si se lleva a cabo con habilidad, también puede permitir cierto grado de extinción del nivel de activación agresiva que pudiera tener lugar. A fin de cuentas, mucha de la agresividad es reforzada por las consecuencias como, por ejemplo, la atención verbal sediciosa que le reporta al paciente. Este tipo de interrelación puede verse prácticamente a diario en los shows televisivos en los que las personas revelan secretos que conllevan una gran carga emocional y son “ayudados” por los presentadores. Consideremos el siguiente diálogo que constituye una muestra característica de lo que suele suceder:

John: *“¡Estoy furioso! Acabo de descubrir que mi novia se ha estado acostando con mi mejor amigo, Peter. ¡Llevan así desde hace dos meses!”.*

Presentador de TV: *“¡Caramba! Eso es terrible. ¿Cómo puede usted aguantar lo que le hizo esa mujer? Parece una auténtica gilipollas. ¿Y qué decir de Peter? ¿Verdaderamente es su mejor amigo? ¡Los dos le han tomado el pelo y usted debería tomar medidas cuanto antes!”* (dicho en voz alta y con rapidez).

Por contraste, es probable que las reacciones del profesional sean diferentes en lo referente a la calibración del momento oportuno, el tono, la amplitud y el contenido:

John: *“¡Estoy furioso! Acabo de descubrir que mi novia se ha estado acostando con mi mejor amigo, Peter. ¡Llevan así desde hace dos meses!”.*

Profesional: *“Debe haber sido sorprendente y muy duro enterarse de algo semejante. La situación entre vosotros tres parece ser bastaste complicada, además de desconcertante. Seguramente habrán muchos sentimientos conflictivos en juego. Tal vez podríamos hablar un poco más de ello y considerar cuáles podrían ser algunas de tus posibles opciones en relación con todo esto”* (dicho con calma y con el volumen moderado propio de una conversación).

Las entrevistas clínicas brindan oportunidades de discutir los acontecimientos aversivos y generadores de agresividad de una forma sosegada. El profesional *modela* una reacción razonada frente al desencadenante y comienza a desarrollar la conciencia de que existen formas alternativas de interpretar el problema (por ejemplo, “Al parecer reúne las condiciones para generar mucha confusión”, en lugar de “¡Verdaderamente le hicieron quedar como un tonto!”) y a sugerir reacciones alternativas que podrían llevarse a cabo. El conocimiento de la existencia de diferentes opciones constituye un medio muy poderoso de ayudar a los pacientes a sentir o recuperar una sensación de control. Cómo ayudarles mediante la discusión de sus experiencias de agresividad al tiempo que reforzando una actitud sosegada y racional es algo que analizaremos con más detalle en el capítulo 12, consagrado al tema de la exposición.

*Role-plays de los episodios de agresividad.* Los pacientes hablan con frecuencia de episodios de agresividad que han tenido lugar desde la sesión anterior. El *role-playing* le permite al profesional interpretar el papel de desencadenante de la agresividad con la ventaja de que la conducta del desencadenante puede repetirse muchas veces, las maneras se pueden variar y es posible detener la acción. Por ejemplo, una madre puede hablar de que su hijo le faltó al respeto. Cuando el profesional interpreta el papel de hijo, lo puede hacer de muchas formas. El profesional puede mostrarse lacónico, crítico o levantar la voz. El profesional (interpretando el papel del desencadenante) puede exponer algunas razones por las que faltó al respeto (por ejemplo, “Ayer me trataste como a un estúpido. Así que, ¿por qué razón tendría que preocuparme por lo que tú puedas sentir?”) o bien puede optar por omitirlas (“¡Te lo habías buscado!”). El uso del *role-playing* ayuda a crear conciencia de las reacciones agresivas y le permite al profesional evaluar

mejor la forma en que el paciente actúa realmente en las situaciones provocativas. El *role-playing* también le ayuda al profesional a determinar el nivel de habilidad del paciente a la hora de manejar las dificultades interpersonales.

*Inversión de papeles (role-reversal)*. Una variante muy útil del *role-playing* tiene lugar cuando el paciente hace el papel del desencadenante instigador y el profesional hace el papel del paciente. Ello le permite al paciente ver el episodio desde una perspectiva diferente y puede aumentar la conciencia de los motivos que tenía la persona considerada como el desencadenante. Además de contribuir a desarrollar una mayor conciencia, otro de los beneficios del *role-reversal* es que le permite al profesional modelar cierto número de respuestas alternativas potenciales ante la confrontación con el mismo desencadenante.

*Simulación de situaciones interpersonales muy comunes que generen agresividad*. Recomendamos que los profesionales confeccionen escenas muy comunes que evoquen la agresividad y que sean relevantes en la vida del paciente. Estas escenas, obviamente, variarán en función de la edad, el sexo, el estado civil y el estilo de vida del paciente. Pero existen muchos desencadenantes frecuentes que implican un trato injusto, exigencias por parte de los demás, falta de respeto u ostracismo social, y que pueden ser utilizados como temas de discusión y para los *role-plays*. Estos *role-plays*, una vez más, permiten practicar respuestas alternativas y comprender los motivos de los demás. Y lo que es importante, con frecuencia los pacientes pueden aprender más de este tipo de *role-plays* “genéricos”, dado que no son de una importancia inmediata para sus vidas. Por contraste, pueden apasionarse en exceso con sus episodios de agresividad personal, lo que disminuye su capacidad para discutirlos y aprender de ellos.

Consideremos la siguiente escena que se desarrolla en un parking (extraído de Pinto, 2000). En este ejercicio al paciente se le pide que permanezca sentado tranquilamente y responda a diferentes preguntas, tratando de identificar sus pensamientos, reacciones corporales, deseos, etc. El objetivo consiste en desarrollar el autoconocimiento de las propias reacciones y considerar las distintas opciones de respuesta:

*Siéntese en la silla y cierre los ojos. Imagine que está conduciendo en dirección al centro comercial para hacer algunas compras. Va solo. Llega a un semáforo en rojo a la entrada del parking y se coloca inmediatamente detrás de otro coche. Usted tiene la intención de guardar el turno que le corresponde para entrar en el aparcamiento.*

*El semáforo se pone en verde, pero el coche que tiene delante no se mueve durante un buen rato, manteniéndolo a usted inmovilizado. Usted hace sonar el claxon, pero el conductor sigue sin moverse. La luz vuelve a ponerse roja y*

*el coche de delante finalmente arranca. Pero usted se salta el semáforo. [Pregúntele al paciente por su reacción]*

*Cuando por fin entra en el aparcamiento se da cuenta de que está atestado. No hay ningún sitio libre para aparcar. Va de aquí para allá, alejándose cada vez más del centro comercial, buscando un sitio para dejar el coche. A continuación se encuentra con un hombre mayor que está introduciendo su coche en un sitio libre. Este hombre es muy lento aparcando y hace muchas maniobras hacia atrás y hacia adelante para entrar en el sitio. No queda espacio para que usted pueda bordearlo. No le queda más remedio que permanecer sentado y esperar. [Pregúntele al paciente por su reacción]*

*Mientras continúa buscando un sitio se encuentra con un grupo de personas que van andando en mitad del aparcamiento. Le bloquean el paso y no puede bordearlos. A pesar de que se vuelven y ven que usted va detrás, continúan hablando entre ellos y andando despacio. No le queda más remedio que seguir a estas personas durante un buen rato. [Pregúntele al paciente por su reacción]*

*Continúa buscando un sitio para aparcar. Llega hasta una intersección donde hay una señal de stop. Se detiene, pero no ve a ningún otro coche. Cuando está empezando a atravesar la intersección ve a un coche que viene por su derecha. La mujer que conduce el coche se salta su stop sin reducir la velocidad y está a punto de chocar contra usted. No le queda más remedio que frenar violentamente para evitar tener un choque. [Pregúntele al paciente por su reacción]*

*Mientras frenaba violentamente para evitar tener un choque con el otro coche, otro coche que viene por detrás frena a escasos centímetros para evitar chocar contra usted. Mira a través del espejo retrovisor y ve que el adolescente que conduce el coche que va detrás parece muy agresivo y le está haciendo gestos obscenos. El adolescente empieza a maniobrar para quitárselo a usted de encima. Toca el claxon, se detiene y le grita: '¡Gilipollas!' A continuación sale zumbando. [Pregúntele al paciente por su reacción]*

*Continúa conduciendo a lo largo de las filas de coches buscando un sitio para aparcar. De repente, un hombre sale marcha atrás de su sitio sin mirar. Su coche está a punto de chocar contra usted. No le queda más remedio que frenar violentamente con el fin de evitar un accidente. [Pregúntele al paciente por su reacción]*

*Una vez que el coche se va definitivamente, usted pone el intermitente y se dispone a introducir su coche en el sitio que ha quedado libre. De repente, un hombre que tiene pinta de "extranjero" introduce rápidamente su coche desde el otro lado de la fila en el sitio que había quedado libre. Usted baja la ventanilla y le dice que estaba esperando ese sitio. Con un fuerte acento, el hombre le dice 'Mala suerte' y se va andando en dirección al centro comercial. [Pregúntele al paciente por su reacción]*

*Dado que el otro conductor le ha quitado el sitio que estaba esperando y además piensa que usted se lo merecía, se decide a irse de allí rápidamente en busca de otro sitio. Unos segundos más tarde un agente de policía le hace señales para que se desvíe a un lado. El agente le extiende una multa por conducir con exceso de velocidad dentro del aparcamiento. [Pregúntele al paciente por su reacción]*

Este tipo de escenas y de *role-plays* imaginarios puede ser muy instructivo. Desarrollan la conciencia del paciente de una forma que no se puede lograr mediante la mera discusión. La imaginación, pensamos, constituye un gran recurso para el profesional. Consideremos algunas opciones cognitivas a discutir a propósito de la escena presentada más arriba. ¿Por qué iba tan lento el otro conductor que estaba delante del semáforo? ¿Estaba borracho, padecía un estupor inducido por alguna droga, era mentalmente lento, estaba preocupado por un problema médico personal, estaba teniendo una apoplejía o un ataque epiléptico en ese preciso momento? ¿Por qué la mujer se salta la señal de stop? ¿Simplemente porque las mujeres son malas conductoras? ¿Acaso estaba ocupada con su teléfono inalámbrico? ¿Y qué decir del conductor adolescente? ¿Todos los conductores adolescentes son histéricos y propensos a faltar al respeto? ¿Por qué el otro conductor le quitó el sitio para aparcar? ¿Cometió un error sincero y no le vio a usted? ¿Tenía que aprovechar el sitio con tanta urgencia que actuó de una forma inusual en él? ¿Los “extranjeros” son menos respetuosos? ¿Y por qué el policía le puso la multa? ¿Acaso tiene una cuota que cubrir? ¿Verdaderamente había cometido usted una infracción?

Esta es una escena que brinda muchas oportunidades de desarrollar el autoconocimiento. Los personajes son descritos deliberadamente como hombres, mujeres, adolescentes, personas mayores y extranjeros. Escenas como ésta brindan la oportunidad de evaluar las actitudes, las reacciones corporales, los pensamientos y los deseos. Para el caso de los profesionales que trabajen en encuadres especializados como pueden ser las prisiones o los colegios, se pueden desarrollar escenas que elijan como objetivo las dificultades a las que los pacientes se ven enfrentados en estos entornos específicos.

*Rememoración imaginaria de experiencias agresivas anteriores.* Una de las variantes de utilizar escenas muy comunes que generen agresividad o de entrevistar simplemente a los pacientes acerca de acontecimientos agresivos pasados, consiste en proponerles que reconstruyan imaginariamente acontecimientos problemáticos previos con todo detalle. La rememoración de acontecimientos a través de la imaginación también permite la discusión, cierto grado de extinción del afecto agresivo y la consideración de los acontecimientos y las opciones de respues-

ta desde otros puntos de vista diferentes. Cuando las imágenes se suman a la discusión verbal, la experiencia se vuelve mucho más real para el paciente y aumentan las oportunidades de sacar a la luz y de reducir los sentimientos agresivos.

*Experiencias agresivas que sucedan de forma natural durante las sesiones.* De forma periódica, los pacientes agresivos suelen experimentar agresividad durante las sesiones, en respuesta a los comentarios o la conducta del profesional. Una de las situaciones más frecuentes es aquella en la que el paciente dice: “¡Usted no lo comprende!” o bien: “¡Estas sesiones no me están ayudando en absoluto!”. Además, en terapia de grupo también pueden darse muchas oportunidades de reconocer la agresividad del paciente en relación con otros miembros del grupo. La agresividad dentro de las sesiones puede discutirse y apaciguarse. Ello brinda la oportunidad de que los pacientes observen los distintos componentes de sus reacciones agresivas, practiquen reacciones alternativas bajo la guía del profesional y de los miembros del grupo y obtengan *feedback* acerca de las nuevas formas de reaccionar a medida que éstas se vayan desarrollando.

*Cuestionarios estandarizados de agresividad*, tales como el *Inventario de Expresión de la Agresividad-Estado* y la *Agresividad-Rasgo* (analizado en el capítulo 3). Estos instrumentos de papel y lápiz también pueden utilizarse para desarrollar la conciencia de la frecuencia de la agresividad en la vida cotidiana. Los cuestionarios no sólo le ayuda al profesional a comprender el nivel y el estilo de expresión de la agresividad del paciente, sino que también le brindan *feedback* a los pacientes acerca de su nivel de agresividad con relación a otros grupos de personas. El *feedback* respecto de dónde puntúan ellos por comparación con la “mayoría” de las otras personas puede constituir un medio importante de fomentar la toma de conciencia.

En la medida en que los pacientes se apliquen a la realización de actividades que contribuyan a aumentar la conciencia de los distintos elementos componentes de sus episodios de agresividad, aumentará igualmente la probabilidad de que lleguen finalmente a ser capaces de interrumpir el proceso automático y de iniciar respuestas cognitivas, emocionales y/o conductuales alternativas. En lo que resta de capítulo ofrecemos algunos formularios adicionales que pueden ser de ayuda para los profesionales a efectos de aumentar la conciencia de la agresividad por parte del paciente (*Formulario de Autorrevisión de la Agresividad* y *Cuestionario de Experiencias Vitales*).



### Formulario de Autorrevisión de la Agresividad

Describa un momento reciente en el que se puso agresivo.  
Responda a cada una de las preguntas en el espacio asignado para ello.

**Desencadenante:** ¿Qué fue lo que inició el episodio de agresividad?

---

---

**Su experiencia interna:** ¿Qué impresiones le produjo su agresividad? Describa lo que *pensó*, lo que *sintió* a nivel corporal y lo que *quiso hacer*.

Pensé \_\_\_\_\_

A nivel corporal sentí \_\_\_\_\_

Quise \_\_\_\_\_

**Su expresión externa:** ¿Cómo manifestó su agresividad? ¿Qué signos de su agresividad pudieron ver los demás?

---

---

**Reacciones de los demás:** ¿Cuál fue la reacción de los demás ante su agresividad? ¿Qué dijeron o hicieron? ¿Qué cree que estaban sintiendo por dentro? ¿Qué cree que se estaban diciendo a sí mismos acerca de usted?

Observé \_\_\_\_\_

Pienso que, por dentro, la(s) otra(s) persona(s) \_\_\_\_\_

Los demás estaban diciéndose a sí mismos \_\_\_\_\_

**Resultado:** Una vez pasado el episodio de agresividad, ¿qué fue lo que sucedió? ¿Cómo es actualmente su relación con la(s) otra(s) persona(s)? ¿En qué medida demostró ser beneficiosa la agresividad? ¿En qué medida demostró ser perjudicial la agresividad?

---

---

---

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

### Cuestionario de Experiencias Vitales - Página 1

Nos gustaría conocer algunas de sus experiencias vitales. No existen respuestas correctas o incorrectas a las preguntas, de modo que, por favor, respóndalas de acuerdo con sus propias experiencias *personales*.

1. Puedo advertir la diferencia entre cuando me siento *enojado*, cuando me siento *muy enfadado* y cuando me siento *agresivo*:

\_\_\_ Siempre    \_\_\_ Habitualmente    \_\_\_ A veces    \_\_\_ Raramente    \_\_\_ Nunca

2. Diría que habitualmente me pongo *agresivo*:

\_\_\_ una vez al día, o más    \_\_\_ más de un día a la semana    \_\_\_ una vez por semana  
\_\_\_ una vez al mes    \_\_\_ raramente, si es que alguna vez    \_\_\_ nunca

3. Describa una *experiencia* en la que se sintiera *enojado*.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Piense retrospectivamente en esta *experiencia* de *enojo*. Valore la fuerza o *intensidad* de la activación emocional que experimentó:

0 \_\_\_\_\_ 100

Ninguna  
activación emocional

La mayor activación emocional  
que jamás haya experimentado

¿Cuánto tiempo le duró el enojo?

\_\_\_ 5 minutos, o menos    \_\_\_ de 5 a 30 minutos    \_\_\_ de 30 a 60 minutos  
\_\_\_ de una hora a medio día    \_\_\_ de medio día a todo el día    \_\_\_ más de un día entero

4. Describa una *experiencia* en la que se sintiera *muy enfadado*.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Piense retrospectivamente en esta *experiencia* en la que se sintió *muy enfadado*. Valore la *intensidad* de la activación emocional que experimentó:

0 \_\_\_\_\_ 100

Ninguna  
activación emocional

La mayor activación emocional  
que jamás haya experimentado

¿Cuánto tiempo estuvo muy enfadado?

\_\_\_ 5 minutos, o menos    \_\_\_ de 5 a 30 minutos    \_\_\_ de 30 a 60 minutos  
\_\_\_ de una hora a medio día    \_\_\_ de medio día a todo el día    \_\_\_ más de un día entero

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

**Cuestionario de Experiencias Vitales - Página 2**

5. Describa ahora una experiencia en la que se sintiera **agresivo**.

---

---

---

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TIENEN QUE VER ÚNICAMENTE CON EL EPISODIO DE AGRESIVIDAD DESCRITO EN LA PREGUNTA N° 5**

a) Piense retrospectivamente en esta experiencia de **agresividad**. Valore la *intensidad* de la activación emocional que experimentó:

0 \_\_\_\_\_ 100

Ninguna

activación emocional

La mayor activación emocional que jamás haya experimentado

b) ¿Qué *síntomas físicos* experimentó durante o inmediatamente después del episodio de agresividad? (señale todos los síntomas que correspondan)

Estómago alterado

Tensión muscular

Dolor de cabeza

Nauseas

Diarrea

Una subida de energía saludable

Indigestión

Ruborización

Sudoración

Fatiga y pérdida de energía

Pulso acelerado

Sensaciones de hormigueo

Palpitaciones

Hambre

Mareos

Sed

c) ¿Cuánto tiempo le duró la agresividad?

5 minutos, o menos

de 5 a 30 minutos

de 30 a 60 minutos

de una hora a medio día

de medio día a todo el día

más de un día entero

d) ¿Dónde estaba usted cuando experimentó esta agresividad? \_\_\_\_\_

e) ¿Cuándo se *inició* esta experiencia de agresividad?

Por la mañana temprano

A última hora de la mañana

A primera hora de la tarde

A última hora de la tarde

A primera hora de la noche

A última hora de la noche

Justo antes de acostarme

De madrugada

(no puedo recordarlo)

f) Y ahora, ¿qué o quién fue la *causa* de su agresividad? \_\_\_\_\_

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

*Cuestionario de Experiencias Vitales - Página 3*

g) Diría usted que la *causa* de su agresividad:

- fue algo que *usted* hizo (o dejó de hacer).
- fue algo que *otra persona* hizo (o dejó de hacer).
- *no estaba relacionada* con usted ni con ninguna otra persona.
- no estaba clara para usted. No acaba de verlo.

h) ¿Qué le parecería más cierto en relación con la *causa* de la agresividad?  
(señale *tres* opciones, una en cada categoría)

1. La *causa* de mi agresividad fue:

- algo que *me esperaba* que iba a ocurrir.
- algo que *no me esperaba* que fuera a ocurrir.

2. La *causa* de mi agresividad fue:

- algo que *podría* haber sido controlado/evitado.
- algo que *no pudo* haber sido controlado/evitado.

3. La *causa* de mi agresividad fue:

- algo que fue hecho *intencionadamente/a propósito*.
- algo que fue hecho *inintencionadamente/sin querer*.

i) En aquella *ocasión* en la que usted se puso *agresivo*, ¿quién o qué fue la causa de la agresividad? (señale más de una opción, si corresponde)

- un miembro de mi familia o un compañero de piso
- alguien a quien conozco bien y que me cae simpático
- alguien a quien conozco bien, pero no me cae simpático
- alguien a quien quiero
- yo mismo
- un conocido
- un extraño
- un animal
- un objeto (ejemplos: un coche, un ordenador, la televisión, etc.)
- una institución (ejemplos: el gobierno, un comercio, etc.)

**Cuestionario de Experiencias Vitales - Página 4**

j) Señale TODAS las cosas que *quiso* hacer, y/o que *realmente* hizo, cuando se puso *agresivo*.

QUISE HACER	REALMENTE HICE	
_____	_____	Pelearme, golpear o liarme a empujones con alguien.
_____	_____	Golpear, romper o destruir algo.
_____	_____	Chillar y discutir.
_____	_____	Hacer observaciones groseras, sarcásticas o verbalmente ofensivas.
_____	_____	Hacer ejercicio, practicar algún deporte o ponerme a hacer algún trabajo físico.
_____	_____	Echar fuego por los ojos, fruncir el entrecejo o lanzar una mirada severa y gélida capaz de matar.
_____	_____	Gestos corporales (ojos en blanco, sacudir la cabeza, cruzar los brazos, etc.)
_____	_____	Controlar mi agresividad y mi mal humor y no manifestárselo a nadie.
_____	_____	Quitármelo de encima (por ejemplo, hablándolo o distrayéndome).
_____	_____	Pensarlo y tratar de resolverlo antes de actuar.
_____	_____	Transigir, discutir sanamente el problema y encontrar una solución.
_____	_____	Tomarme un tiempo fuera, relajarme y calmarme.
_____	_____	Quedarme en silencio, ocultar mis motivos de rencor y no decírselo a nadie.
_____	_____	Guardármelo para mis adentros, cocerme internamente y retraerme.
_____	_____	Resolver el problema.
_____	_____	Tomarme un café o un te.
_____	_____	Beberme una cerveza u otro tipo de alcohol.
_____	_____	Tomarme una aspirina, un orfidal, un valium, etc.
_____	_____	Consumir alguna droga (marihuana, LSD, cocaína, etc.)
_____	_____	Comer algo.
_____	_____	No hacer nada.
_____	_____	Tratar de pensar en los aspectos positivos de la situación.

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

**Cuestionario de Experiencias Vitales - Página 5**

k) Considerando aquel *incidente*, ¿cómo se sintió *después de que se le pasara la agresividad*? (señale más de una opción, si corresponde)

- |   |  |                                   |                                    |
|---|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Irritado o enojado     | <input type="checkbox"/> Asqueado  | <input type="checkbox"/> Contento | <input type="checkbox"/> Tonto     |
| <input type="checkbox"/> Culpable o avergonzado | <input type="checkbox"/> Preocupado  | <input type="checkbox"/> Feliz    | <input type="checkbox"/> Deprimido |
| <input type="checkbox"/> Satisfecho             | <input type="checkbox"/> Triunfante  | <input type="checkbox"/> Triste   | <input type="checkbox"/> Ansioso   |
| <input type="checkbox"/> Aliviado               | <input type="checkbox"/> Ninguna reacción o No puedo identificar mi reacción |                                   |                                    |

l) ¿Qué *consecuencias* o *cambios* tuvieron lugar de resultados de su *episodio de agresividad*? (señale seis opciones, una en cada categoría)

- Me di cuenta de algunos de mis *puntos débiles*. Ejemplo \_\_\_\_\_
- Me di cuenta de algunos de mis *puntos fuertes*. Ejemplo \_\_\_\_\_
- No lo sé con seguridad.

- Mi relación con la otra persona o institución se *fortaleció*.
- Mi relación con la otra persona o institución se *debilitó*.
- No lo sé con seguridad.

- Gané* respeto hacia la otra persona o institución.
- Perdí* respeto por la otra persona o institución.
- No lo sé con seguridad.

- Hice algo que fue *bueno para la otra persona* con la que estuve agresivo.
- Hice algo que fue *malo para la otra persona* con la que estuve agresivo.
- No lo sé con seguridad.

Describa lo que hizo \_\_\_\_\_

- Continúo relacionándome* con la fuente de mi agresividad.
- He dejado de relacionarme* con la fuente de mi agresividad.
- No lo sé con seguridad.

m) Hablando en términos del *resultado global final* del episodio de agresividad, pienso que:

- El resultado global fue positivo en términos generales.
- El resultado global fue neutro.
- El resultado global tuvo aspectos tanto positivos como negativos.
- El resultado global fue negativo en términos generales.

Explique por qué ha valorado el resultado de esta forma.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# **Tercera Parte**

## **EL CAMBIO PROPIAMENTE DICHO**





# La evitación y la huida adaptativas

## 8

*Evita a las personas deshonestas y los beneficios obtenidos indebidamente*

Proverbio chino

En determinados casos es dudoso el beneficio de afrontar *inmediatamente* un conflicto o una situación problemática y de mantener una actitud resuelta. A veces alentar a los pacientes a *evitar* sin más los desencadenantes de su agresividad es la mejor medicina. Y, si se encuentran ya de hecho en un estado de agresividad, *abandonar* la situación puede ser lo mejor. Si los pacientes pueden evitar o huir y funcionar durante un rato con menos agresividad, tal vez sean capaces de generar mejores soluciones a sus problemas y de llevarlas a cabo *más adelante*.

La evitación y la huida, obviamente, no son soluciones permanentes. Estas estrategias no fomentan las habilidades de afrontamiento necesarias para abordar de una forma más eficaz los desencadenantes de la agresividad. Y dado que la evitación y la huida reducen la tensión, son actividades reforzantes que pueden convertirse fácilmente en unas “muletas” a las que se recurra excesivamente a la hora de afrontar los problemas. De hecho, para muchos pacientes la evitación ya constituye un problema en muchas áreas de su vida, de modo que la sola posibilidad de barajar estas opciones puede parecer una frivolidad. Pero existen algunos pacientes que están convencidos de que deben afrontar todas las dificultades de la vida y en todo momento, y que jamás se dan a sí mismos la oportunidad de “dejar pasar esta”. Ello puede conducir a una agresividad innecesaria.

Como se ilustra en el ejemplo del caso que viene a continuación, la evitación y las estrategias de huida *valoradas con el conveniente detenimiento* pueden tener una importancia crucial para los pacientes que corren el riesgo de hacer daño

a los demás o de sufrir algún tipo de pérdida como, por ejemplo, una relación o un trabajo. El objetivo inmediato en estas situaciones es *prevenir un daño mayor*. Esperamos que los profesionales que trabajen con pacientes agresivos le presten, cuanto menos, cierta consideración a la posibilidad de utilizar juiciosamente estas estrategias.

## EL CASO DEL ENCARGADO ENEMISTADO

---

Brandon, de 36 años, casado y encargado de una empresa de maquinaria, fue trasladado recientemente a trabajar en el turno de noche. Vino derivado a tratamiento de resultados de sus constantes problemas con el encargado del turno de día. Al parecer, Brandon y el encargado estaban en desacuerdo respecto de cuál era la mejor forma de llevar la producción de determinadas herramientas manuales. Brandon pensaba que él era mucho más hábil en cuestiones de producción y solía ponerse agresivo cuando el otro encargado ignoraba sus consejos sobre cómo había que sacar adelante los proyectos. A lo largo de una semana normal de trabajo, los dos encargados solían encontrarse en el momento del cambio de turno para discutir el estado actual de los proyectos en curso. Dado que rara vez solían estar de acuerdo en cómo había que proceder, estos encuentros suponían una fuente de tensión enorme para Brandon. Las discusiones agresivas y acaloradas eran frecuentes e incluían muchos comentarios exigentes y amenazadores. En varias ocasiones, poco antes de entrar en tratamiento, Brandon y el otro encargado habían llegado a las manos y otras personas habían tenido que mediar para separarlos. El director de la empresa le comunicó a Brandon que si volvía a producirse un nuevo altercado, ello le costaría el despido con toda seguridad.

Obviamente, una preocupación primaria para cualquier terapeuta que trabajase con Brandon sería la de ayudarlo a conservar su puesto de trabajo. Dado que el mero hecho de volver a caer una vez más en el mismo error podría costarle muy caro, es importante ofrecerle algunas estrategias que pueda llevar a la práctica inmediatamente después de la primera sesión. Aunque el objetivo a largo plazo es enseñarle a Brandon cierto número de habilidades para reducir su agresividad, el primer objetivo es prevenir cualquier perjuicio adicional para su expediente laboral. Así, en determinados casos los procedimientos de evitación y huida pueden contemplarse como *medidas de emergencia transitorias para controlar la agresividad*. Varias de las intervenciones descritas más abajo estarán relacionadas con el caso específico de Brandon.

## EVITACIÓN = CONTROL DE ESTÍMULOS

---

Una denominación más formal para la evitación es la de *control de estímulos*, dado que el objetivo consiste en controlar la presencia de los desencadenantes generadores de agresividad mediante la selección de unos contextos en los que dichos desencadenantes no aparezcan. Obviamente, la agresividad puede ser disminuida mediante la evitación de estas situaciones o personas asociadas en mayor medida a la agresividad. A veces, obviamente, la evitación producirá cierto grado de inquietud o culpabilidad, como cuando un hijo ya adulto decide no visitar a un padre avejentado o enfermo debido a que prevé que se pondrán a discutir. Pero la agresividad ha sido descartada temporalmente.

Afortunadamente, gran parte de la agresividad tiene lugar en respuesta a desencadenantes repetitivos y predecibles, lo que permite que pueda darse un grado saludable, pero sólo ocasional, de evitación. Por ejemplo, la agresividad de un paciente puede aparecer en respuesta al hecho de ver que un hijo se resiste reiteradamente a hacer los deberes, o al hecho de hablar excesivamente por teléfono, o de que su pareja le hace la misma pregunta acusatoria una y otra vez. Si podemos enseñarle al paciente a ausentarse de estas situaciones, disminuirá la oportunidad de que la agresividad salga a la luz. De esta forma podemos romper el círculo vicioso de la agresividad en casa, en el trabajo o en el tiempo libre y el problema podrá abordarse más adelante.

Este tipo de estrategia de evitación no generará unos resultados duraderos. E incluso puede exacerbar los problemas, en el caso de no explicar de alguna forma la estrategia a las personas directamente relacionadas con el paciente. Pero *la evitación transitoria puede disminuir el nivel de activación general* ante los desencadenantes frecuentes y repetitivos y le brindará a los pacientes la oportunidad de desarrollar otras estrategias de afrontamiento, tales como las que se describen en los capítulos posteriores. Esto es similar a lo que un médico podría recomendarle a un paciente alérgico. Si el paciente es alérgico a los gatos, a los cacahuets o al polvo, se le dice que evite estos alérgenos en la medida de lo posible. El médico instruye a la persona para que no tenga gatos en la casa, evite comer cacahuets y mantenga la casa limpia de polvo en la medida de lo posible. Por supuesto, una casa totalmente limpia de polvo y la evitación total de determinados contaminantes que se encuentran en el ambiente pueden ser objetivos prácticamente imposibles. Lo que realmente está haciendo el médico es *prescribir la evitación total* con la esperanza de que se produzca una *reducción de la exposición*. Entre tanto se pueden probar otras técnicas, como las inyecciones

desensibilizantes y demás medicaciones antialérgicas que proporcionen una ayuda a más largo plazo. De la misma forma, es importante que el profesional que está tratando a un paciente agresivo sugiera ocasionalmente la evitación total o parcial de un desencadenante de agresividad específico. Esto es particularmente útil al inicio de un programa de intervención, antes de haber tenido ocasión de enseñar otras estrategias de afrontamiento.

A veces, podemos pensar, la evitación es imposible. ¡Estamos de acuerdo! No obstante, puede ser muy útil que el profesional tome en cuenta esta posibilidad. Consideremos algunas de las siguientes opciones:

### **La evitación planificada**

---

En esta técnica el sujeto identifica por anticipado una situación que le haya conducido anteriormente a la agresividad, y la evita. Por ejemplo, en determinados puestos de trabajo es posible modificar el horario laboral o trabajar en casa, evitando de esta forma el desencadenante agresivo potencial del tráfico en horas punta. Los profesores de universidad, por poner otro ejemplo, pueden dar sus clases, pero evitar dejarse caer por el departamento donde podrían encontrarse con un colega particularmente enojoso. El personal de las prisiones puede pedir un cambio transitorio de destino a un puesto o un turno diferente. Si al paciente le pone agresivo ver los juguetes de los hijos esparcidos por todas partes, se podría acordar con el cónyuge la posibilidad de llegar más tarde a casa, para que diera tiempo a ordenarlo y limpiarlo todo.

Consideremos el caso de Charlotte y Frank, una joven pareja de recién casados, ambos de Nueva York. Charlotte trabajaba en un despacho de abogados en Manhattan y Frank era profesor de instituto en Queens. Aquí es donde comienza el problema. Los padres de Charlotte eran unas personas muy cariñosas, pero también un poco entrometidas y “desfasadas”. Además, su padre estaba enfermo y había tenido dos infartos menores durante los últimos cinco años. Por consiguiente, pensaban que era muy “agradable” que Charlotte y Frank vivieran “cerca” porque así podrían cenar juntos todos los miércoles por la noche. Esto preocupaba a la joven pareja, dado que ya habían tenido anteriormente muchas discusiones acerca de cuándo iban a decidirse a tener hijos, qué tipo de educación religiosa pensaban darle a los niños, cómo pensaban elegir los nombres para estos futuros hijos, qué tipo de casa pensaban comprar, cómo pensaban planificar su futuro económico y demás cuestiones matrimoniales. Charlotte y Frank reconocían que no tenían demasiado claras estas cuestiones, pero querían resolverlas al margen de sus padres. Decidieron, pues, comprar

un pequeño apartamento en Nueva Jersey. Esta localización estaba lo bastante cerca como para estar próximos a sus padres, de manera que podrían visitarlos todos los días festivos, y también estaba lo bastante cerca en el caso de que surgiera alguna emergencia. Pero también estaba lo bastante lejos como para que no pudieran visitarlos fácilmente todas las noches de los miércoles. Esta estrategia de evitación convenientemente planificada, según decidieron, constituía la mejor solución.

La idea de Charlotte y Frank era la de encontrar una solución a largo plazo, por contraste con el caso de Brandon (el “encargado enemistado”). En la primera sesión éste decidió que intentaría modificar su horario laboral –temporalmente– con el fin de evitar cualquier contacto directo con el encargado de día. Esto se contempló como una primera estrategia que sería revisada después de que hubiera desarrollado las habilidades necesarias para manejar la situación de una forma diferente.

### La evitación mediante los plazos de tiempo

---

En esta técnica al paciente se le enseña a solicitar un *plazo de tiempo* antes de responder. Por ejemplo, si le piden que trabaje un sábado, cuando ya ha fijado los planes con su familia, al paciente se le puede enseñar a responder con: “¿Podría darte una contestación mañana?”. Este aplazamiento le permitirá al paciente recuperar la compostura, considerar otras opciones y adoptar una actitud más calmada, razonable y colaboradora. Los profesores de universidad, instituto y demás suelen utilizar esta técnica con los estudiantes difíciles. Cuando los estudiantes les hacen preguntas cuyas respuestas desconocen o cuando un estudiante no parece dispuesto a retractarse de una posición que mantiene con firmeza, el profesor puede decir: “Dame de plazo hasta mañana para reflexionar sobre lo que estas diciendo. Mañana lo hablaremos nuevamente sin falta”. El mero hecho de aplazar la cuestión hasta el día siguiente suele apaciguar la situación.

Para que Brandon pudiera seguir cumpliendo con sus responsabilidades, también era necesario que mantuviera una mínima comunicación con los trabajadores del turno de día, aunque debía evitar al otro encargado por completo. Una vez más, en la primera sesión Brandon y el profesional acordaron que si le pedían que respondiera a una petición, no debía reaccionar inmediatamente. En su lugar, le diría a la otra persona que quería “valorar con todo detenimiento” la solicitud y le daría una respuesta “en un plazo breve”, lo que le permitiría ganar un tiempo para concebir una reacción que no fuera agresiva.

## La evitación mediante la búsqueda de una opción alternativa

---

Con demasiada frecuencia, los pacientes creen que *tienen* que responder verbalmente a un desencadenante de agresividad. Así pues, se desahogan chillándole a su pareja, a su hijo, a su empleado o a su compañero de trabajo. ¿Qué alternativas existen? Algunas, ciertamente. Por ejemplo, cuando sus hijos estaban creciendo, uno de los autores de este libro descubrió que la mayoría de las veces era preferible que fuera su esposa, en lugar de él, la que les manifestara a los hijos su descontento. Su propia alteración le llevaba a establecer una comunicación ineficaz. Pero, como transmisora de la insatisfacción de los padres, su esposa solía alterarse menos emocionalmente ante los mismos desencadenantes y se le daba mejor el trato constructivo con los hijos.

Por poner otro ejemplo, es posible evitar el trato directo con un compañero de trabajo con el que es probable que nos pongamos agresivos, respondiéndole con un e-mail o con una nota o una carta, en lugar de hacerlo en persona. Esto puede permitir ganar un tiempo muy beneficioso y brindarle al paciente la oportunidad de expresar lo que piensa acerca del problema de una forma menos agresiva. Esto mismo también se puede hacer cuando la agresividad es desencadenada por el cónyuge. Una nota por escrito puede ser mucho más útil que la confrontación verbal directa.

Durante la segunda sesión, Brandon y el profesional acordaron una estrategia alternativa para comunicarse con el otro encargado. Analizando su puesto de trabajo, quedó patente que la principal responsabilidad de Brandon consistía en supervisar a sus trabajadores y asegurarse de que las máquinas que estuvieran operando funcionaran correctamente. Aunque se había convertido en una costumbre, el trato con los empleados del turno de día no constituía una parte importante de las características de su puesto de trabajo. Brandon decidió designar a uno de sus subordinados, que era calmado y relajado por naturaleza, como “lazo de unión entre los turnos”. Sería de la responsabilidad de esta persona el hacer de representante de los trabajadores del turno de noche. Se presentó este nuevo enfoque a los directivos y lo encontraron aceptable. De este modo, Brandon pudo eliminar rápidamente la fuente principal de su agresividad.

Los profesionales pueden ayudar a los pacientes mediante la planificación creativa de algunas formas de evitar los desencadenantes agresivos permanentes específicos. No pretendemos ensalzar el control de estímulos como si se tratase de una panacea. Tan sólo sugerimos que se tome en consideración, particularmente cuando la situación exige una intervención a corto plazo, dado que la evitación transitoria del desencadenante de la agresividad le permitirá al paciente ganar tiempo para reflexionar sobre la situación en su totalidad y, esperemos, manejarla mejor.

## HUIDA = SALIR DE LA SITUACIÓN

---

Mientras que el control de estímulos es un procedimiento de *evitación*, la interrupción de las respuestas agresivas constituye una estrategia de *huida*. Las estrategias de huida son importantes porque a veces es imposible evitar las situaciones en las que aparecen los conflictos y la agresividad. Es útil, pues, brindarle a los pacientes estrategias de huida para ayudarles a abandonar una situación cuando la agresividad sea inminente o ya haya comenzado a desarrollarse de hecho. Tal y como los psicólogos sociales observaron hace ya muchos años, la gente desea huir de las situaciones en las que las únicas opciones existentes son aversivas (Lewin, 1935, 1948).

**Figura 8-1.**



Salirse de una situación agresiva es sencillo desde el punto de vista físico. No hay más que hacerlo. Pero también es un poco como la estrategia del “Simplemente, di no” para la prevención del consumo de drogas. Algunas personas lo encuentran fácil de hacer. A la mayoría, sin embargo, les resulta difícil y se benefician del conocimiento de una estrategia más específica. Lo que viene a continuación son algunas de las posibles opciones para el paciente:

### **Los tiempos fuera**

---

Cuando la dirección y los líderes de los sindicatos se ponen a negociar, con frecuencia suelen estancarse transitoriamente y tienen que tomarse un descanso (esto es, se evitan mutuamente durante un tiempo). De forma similar, los



pacientes pueden “tomarse un descanso” diciéndole a su pareja: “Ahora mismo me siento alterado. Así que me gustaría que hablásemos de cualquier otra cosa (o saliéramos a comer algo o viéramos la TV) durante un rato. Podemos intentar seguir hablando de esto más tarde”. Si el desencadenante de la agresividad es un compañero de trabajo que está haciendo comentarios problemáticos en el transcurso una reunión, es apropiado pedir excusas para ir al cuarto de baño durante unos minutos con el propósito de huir de una discusión conflictiva. El mundo no se acabará por ello, aunque el paciente pueda pensar que sí. Los pacientes pueden utilizar espontáneamente los “tiempos fuera” cada vez que comiencen a sentir que se están poniendo agresivos.

### **La huida planificada**

---

Dada la presión a la conformidad social, puede resultar difícil abandonar ciertas situaciones en las que se da por hecho la presencia del paciente. Ahora bien, si el paciente sabe de antemano que es probable que un encuentro con alguien en particular vaya a resultar desagradable, puede que tenga sentido limitar la cantidad de tiempo que se piensa invertir en dicho encuentro. Los pacientes agresivos suelen invertir demasiado tiempo y energías enzarzados en diálogos que no son productivos.

En determinados casos, los pacientes pueden planificar dedicarle exclusivamente un breve período de tiempo a estos encuentros y hacerles saber a las otras personas que tienen una obligaciones previas que limitan su disponibilidad. Otra posibilidad consiste en planificar que sea un colega, un amigo o un familiar quien ayude a salir al paciente de una situación desagradable, como cuando un ejecutivo le pide a su secretaria que interrumpa la reunión al cabo de media hora, alegando un compromiso previo en la agenda que había sido olvidado. Obviamente, para utilizar esta modalidad de estrategia de huida los pacientes deben prever las situaciones en las que es más probable que vayan a tener dificultades para controlar su agresividad, y concebir un plan para salir de la situación.

### **La distracción**

---

Dado que es probable que la rumiación acreciente la agresividad y que habitualmente no genera soluciones eficaces a los problemas difíciles, los profesionales pueden considerar la posibilidad de sugerir tareas que les permitan a los pacientes abstraerse en actividades que no estén relacionadas con la agresividad, y que sean agradables y emocionantes. Por ejemplo, le podemos pedir a

los pacientes que hagan un hueco para ir a la bolera o ver un partido, salir a cenar con un familiar o mantener una conversación telefónica con un viejo amigo. Por supuesto, una estipulación importante es que la situación relacionada con la agresividad no debe discutirse durante ninguna de las actividades prescritas. Asimismo, en el caso de que los pensamientos relacionados con la agresividad se entrometan durante el desarrollo de la actividad recreativa, al paciente se le instruye con el fin de que los deje pasar sin más y vuelva a concentrarse mentalmente en la actividad que tiene entre manos (véase el capítulo 9 para el análisis del fenómeno de la “atención”). Otra posibilidad consiste en que el paciente huya a un restaurante muy ruidoso o un contexto similar, donde le resulte difícil poder hablar del episodio de agresividad. El objetivo de la distracción consiste en romper el círculo vicioso de la rumiación mediante la introducción de pensamientos y actividades que entren en competencia con el mismo, con el fin de permitirle a los pacientes que se alejen de sus desencadenantes agresivos y experimenten cierto placer durante un tiempo.

A Brandon se le dieron instrucciones para que planificara una actividad agradable después de salir del trabajo. Dado que solía salir cansado, estas actividades debían ser sencillas y no implicar un gran esfuerzo. Por ejemplo, Brandon hizo llamadas de teléfono a los amigos, alquiló películas de vídeo y leyó novelas de acción. Estas actividades contrastaban con su costumbre habitual de, después de trabajar, irse con un compañero de la empresa con el que tuviera una relación amistosa y seguir quejándose de su trabajo.

Una vez más, recomendamos que la huida y la evitación se utilicen como intervenciones a corto plazo en las *primeras* etapas del tratamiento de la agresividad, *antes de que exista la oportunidad de desarrollar otras habilidades* y cuando el paciente corra *el riesgo de sufrir una pérdida grave* a consecuencia de sus episodios de agresividad. Como hemos venido señalando, existen inconvenientes evidentes para cualquier intento de llevar a la práctica estos enfoques como si se tratase de estrategias a largo plazo. Aunque la huida y la evitación de los desencadenantes de la agresividad puede prevenir el desarrollo adicional de la agresividad, no permiten proseguir la labor de crecimiento personal. En el caso de Brandon, si la evitación y la huida hubiesen sido los únicos métodos utilizados para afrontar el problema, no habría aprendido otras formas alternativas de relacionarse con otras personas que pudieran no estar de acuerdo con él. Asimismo, la evitación y la huida no sirven para reducir el nivel de activación del paciente, dado que este enfoque le resta importancia a cualquier necesidad de afrontar los desencadenantes de la agresividad. Una vez más, en el caso de Brandon es probable que éste siguiera experimentando niveles elevados de

agresividad cuando volviera a encontrarse con el encargado del turno de día. El cambio funcional a largo plazo es improbable cuando no se tiene la oportunidad de adaptarse al desencadenante de la agresividad, o de modificarlo.

Confiamos en que quede claro, pues, que recomendamos la evitación y la huida como medidas de ayuda *previas* y *transitorias* de cara a la adaptación. En última instancia, queremos enseñarle a los pacientes una serie de habilidades nuevas para que controlen su agresividad y para que funcionen más eficazmente. Los próximos siete capítulos han sido concebidos para ayudar al profesional a hacer justamente esto mismo.

# El manejo del nivel de activación física

## 9

*Quien es capaz de tomarse un descanso es más grande que quien es capaz de tomar ciudades enteras*

Benjamin Franklin

Cuando los desencadenantes aversivos aparecen en nuestras vidas, *automáticamente* ponemos en marcha una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. Estas reacciones suelen ser muy intensas y confluyen para configurar la conocida “respuesta de ataque o fuga” (Darwin, 1872/1965; Cannon, 1915/1963).

### LA RESPUESTA DE ATAQUE O FUGA

---

Concebida originalmente para protegernos de los depredadores, la respuesta de ataque o fuga está muy desarrollada y a lo largo de la historia nos ha ayudado a adaptarnos a un mundo hostil y a asegurarnos la supervivencia *física*. Esta respuesta también puede observarse fácilmente en otros mamíferos. Por ejemplo, antes de que un animal se decida a huir de un oponente más fuerte, primero puede ofrecer un espectáculo agresivo y bravucón. Antes de batirse en retirada puede sisear, cambiar de color, ponerse erecto, dar zarpazos en el aire o bufarse. Estos gestos amenazadores pretenden ahuyentar al oponente. Podemos ver fácilmente el equivalente en la persona agresiva que grita, enrojece, se endereza y se inclina hacia adelante, señala con el dedo al blanco de su agresividad y dice cosas tales como: “¡Más te vale que te andes con cuidado!”.

Cuando la *supervivencia física* está en peligro, esta reacción constituye un sistema de respuesta de enorme importancia. La respuesta de ataque o fuga provoca una liberación de adrenalina y de otras hormonas asociadas al estrés. La respiración, el consumo de oxígeno y la vigilancia se incrementan, y el organis-

mo se siente fuerte. Ganamos fuerza y empuje que pueden conducirnos, o no, a comportarnos sabiamente. Por ejemplo, cuando en la oscuridad de la noche tropezan con un atracador que podría causarles un grave daño físico, las víctimas potenciales experimentan esta reacción cognitiva, conductual y fisiológica sumamente intensa y concebida con el propósito de ayudar a identificar una respuesta apropiada. Ahora bien, en el caso de los seres humanos de hoy en día tal vez la respuesta más apropiada no sea ni el ataque ni la fuga. Las autoridades suelen recomendar que nos limitemos a entregar el dinero y nos libremos así del posible daño físico.

La respuesta de ataque o fuga también puede activarse cuando observamos que la supervivencia física de otras personas se está viendo amenazada. Por ejemplo, en tiempos de guerra la respuesta de ataque o fuga puede conducir al heroísmo, como cuando decidimos proteger y defender vidas humanas y valores colectivos a los que concedemos mucha importancia. Pero también puede conducir a la propia destrucción en un esfuerzo por proteger al grupo, como cuando una persona arriesga su seguridad para intervenir en una gresca o en un robo.

Pero en términos generales la respuesta de ataque o fuga constituye un vestigio de necesidades pasadas. La mayoría de los desencadenantes aversivos a los que nos enfrentamos actualmente no suponen una amenaza para la supervivencia física. Aunque ciertamente se cometen crímenes contra las personas, los pacientes tratados por la mayoría de los profesionales suelen encontrarse con desencadenantes que amenazan únicamente a la supervivencia *social* (esto es, a las relaciones sociales, el estatus social o la reputación social). Como señalamos en el capítulo 2, los desencadenantes suelen ser del tipo de tener una discusión verbal, ser objeto de bromas, abandonar nuestro asiento preferido en el teatro a requerimiento de otras personas, ser objeto de un “escupitajo” por parte de un compañero de instituto y observar a otros conductores, a los amigos, a los compañeros de trabajo o a los familiares comportarse de una forma inadecuada. *Sólo raramente los modernos desencadenantes amenazan nuestro bienestar físico y sólo raramente nos vemos obligados a recurrir a una reacción intensa de ataque (o fuga).* Podemos añadir que los profesionales que trabajan en determinados encuadres específicos como las prisiones o los refugios de mujeres maltratadas, o los que trabajan con agentes de la policía, tienen más probabilidades de encontrarse proporcionalmente con más casos de amenazas físicas, por contraste con otros profesionales. Pero la abrumadora mayoría de los desencadenantes aversivos son verbales y sociales, y ello contrasta marcadamente con el propósito original de la reacción de ataque o fuga, orientada a la supervivencia física.

Desgraciadamente, los desencadenantes de hoy en día tales como los insultos verbales o el hecho de ser ignorado en una fiesta, con frecuencia suelen activar una intensa reacción de ataque o fuga exactamente igual que si la supervivencia física estuviera amenazada. Son muchos los pacientes agresivos que “despotrican” de la desgracia social como si la propia supervivencia dependiera de que los acontecimientos se desarrollasen tal y como estaba previsto. Consideremos el caso de Beatrice, una mujer de clase media-alta que decidió trasladarse de su residencia actual a un pequeño apartamento en la ciudad de Nueva York. Cuando volvió a la agencia inmobiliaria para echarle un segundo vistazo al apartamento, descubrió que ya se lo habían alquilado a otra persona. Beatrice se puso furiosa, afirmando que lo que había sucedido era espantoso e intolerable y que pensaba demandar a la agencia. Su pulso se aceleró, su respiración se incrementó y se puso extraordinariamente alterada: “¡Lo único que quiero es bajarle los humos a esa agencia!”. Obviamente, tales cosas suceden todos los días en las grandes ciudades y dado que Beatrice ya disponía de un lugar para vivir, no existía ninguna amenaza física para su supervivencia. No obstante, sus apreciaciones cognitivas, sus deseos conductuales y sus reacciones fisiológicas eran innecesariamente muy intensas.

Dado que este tipo de agresividad y de deseos de desquitarse a través de la agresión física se dan con mucha frecuencia en los pacientes agresivos, éstos se encuentran sometidos constantemente a los efectos dañinos de las hormonas del estrés segregadas en respuesta a desencadenantes que no constituyen ninguna amenaza real para la supervivencia física. Existe además un *riesgo acumulado* derivado de la concentración de estas hormonas relacionadas con el ataque o fuga, incluidas las consecuencias médicas negativas a largo plazo expuestas en el capítulo 2, como el dolor de cabeza persistente, el aumento de la presión arterial y la vulnerabilidad a las infecciones, al cáncer y a las enfermedades del corazón.

Además de los efectos negativos sobre el cuerpo del paciente derivados del aumento de la activación fisiológica, es útil enseñarle a los pacientes que *en la sociedad actual la reacción de ataque o fuga suele ser contraproducente de cara a encontrar una solución a largo plazo al problema en cuestión*. De hecho, no podemos ni luchar ni huir ante muchos de los desencadenantes cotidianos. Cuando tropezamos con un jefe, unos compañeros de trabajo, unos vecinos o unos hijos agresivos, en realidad disponemos de pocas opciones salvo controlar nuestras reacciones y encontrar soluciones que no impliquen el ataque ni la fuga. En la mayoría de los casos, pegar o salir corriendo no hará más que agravar los problemas. Por ejemplo, el hecho de enfadarse y de mostrarse controlador y agresivo con el cónyuge y/o los hijos demuestra la misma falta de habilidad para abordar efi-

cazmente las dificultades y los problemas que si los abandonásemos a su propia suerte. Y es evidente que lo mejor es aprender a controlar nuestras reacciones cuando nos metemos en un embotellamiento, donde huir es imposible y ponerse agresivo haciendo sonar el claxon o subiendo el coche por la acera o por el césped no hará más que aumentar la probabilidad de que nos metamos en problemas. De forma similar, lo mejor es aprender a controlar nuestra tendencia a reaccionar agresivamente mientras esperamos que un empleado del servicio técnico nos arregle una cocina rota que “ingresó cadáver” cuando la trajeron de la tienda de electrodomésticos. Ponernos agresivos con el técnico puede conducirnos a recibir un servicio más lento o deficiente, con el correspondiente aumento de la demora y de los gastos. Por otro lado, “huir” (por ejemplo, no estar en casa todo el día esperando a que venga el técnico) también será contraproducente.

En el caso de los pacientes agresivos, los desencadenantes aversivos de la sociedad actual siguen conduciendo a la plena activación de la respuesta de ataque o fuga y provocando agresividad, discusiones, agresión, hipervigilancia, secreciones hormonales, tensión muscular y aumento de la reactividad. Ello conduce a su vez a una serie de reacciones conductuales que suelen ser contraproducentes de cara a encontrar una solución al problema. Consideremos los dos casos siguientes. El Dr. Max Salmon, un profesor de universidad de 40 años de edad, reacciona frecuentemente con una agresividad intensa ante desencadenantes tales como el hecho de no ser consultado a propósito de cuestiones relacionadas con el departamento o con los estudiantes. Suele pensar que sus contribuciones son minusvaloradas o totalmente ignoradas. Cuando reacciona con una respuesta de agresividad intensa (ataque), sus colegas le rehuyen todavía más; éstos no tienen ninguna necesidad de relacionarse con un colega agresivo. Pero si no hace nada (fuga), sus ideas tampoco serán escuchadas. Ni el ataque ni la fuga son de utilidad. Y, en cualquier caso, su elevada activación fisiológica prácticamente diaria en respuesta a la situación no promete nada bueno para su salud. No existe ninguna amenaza física y su intensa reacción de ataque o fuga sobre la base de una agresividad considerable no está de ningún modo justificada. En su lugar, el control y la reducción de la agresividad, junto con la discusión asertiva con sus iguales, constituyen la vía más prometedora para encontrar una solución al problema del Dr. Salmon.

El otro caso incluye a Sarah Sommers, una programadora informática relativamente bien pagada que trabajaba en una empresa donde los puestos de trabajo escaseaban cada vez más. A sus 48 años, a Sarah, junto con otros varios empleados, le dijeron que tenía dos opciones: pasar de tener una jornada laboral completa a cumplir sólo media jornada y renunciar a las prestaciones sani-

tarias, o aceptar una reducción salarial de un 35% y conservar la jornada laboral completa y las prestaciones sanitarias. Ciertamente, sería contraproducente gritarle o pegarle al jefe (la respuesta de ataque agresivo) y sin duda sería contraproducente quedarse en casa y no volver a trabajar (la respuesta de fuga). Objetivamente, Sarah se encuentra en una situación difícil. Pero enzarzarse de forma automática en una reacción de ataque o fuga supondría llevar a la práctica unas actitudes contraproducentes que dificultarían al hallazgo de una solución. Ahora bien, es sorprendente la frecuencia con que los pacientes suelen elegir opciones correspondientes a uno u otro de los dos extremos.

Junto con las cogniciones/verbalizaciones (por ejemplo, “¡Me siento de muy mala leche y lo único que me apetece es pegar cuatro gritos!”) y las manifestaciones conductuales (por ejemplo, arrojar un taco de papel al suelo) agresivas, los pacientes con una agresividad excesiva suelen comunicar síntomas de activación física tales como tensión muscular y aumento del ritmo cardíaco y de la respiración, sudoración e hipervigilancia. (La presión arterial y el consumo de oxígeno también aumentan, pero los pacientes no suelen comunicar estos síntomas dado que no son conscientemente percibidos). *Aunque la activación y la alteración agresivas son naturales, la mayoría de las veces suelen ser excesivas y más perjudiciales que beneficiosas, además de contribuir al desarrollo de consecuencias interpersonales negativas a corto plazo y de consecuencias médicas negativas a largo plazo que se dan con frecuencia en los pacientes agresivos.* Y lo que es más importante, la activación agresiva le impide al paciente identificar las opciones apropiadas frente al desencadenante interpersonal o social. Como señalamos en el capítulo 1, dicha activación no sólo inhibe la conducta motriz efectiva (como jugar al baloncesto o tocar el piano a un nivel elevado de habilidad), sino que inhibe igualmente la claridad de pensamiento. De hecho, nadie querría ser el paciente de un dentista o de un cirujano agresivo y sumamente alterado. Ni tampoco querríamos que un presidente de la nación agresivo y sumamente alterado negociara tratados internacionales en los que se jugara un importante beneficio para el país. Las habilidades motrices y la capacidad de juicio se ven ambas afectadas por la agresividad.

Así, de cara a solucionar la mayoría de los problemas sociales de hoy en día (los cuales no afectan a la supervivencia física) los pacientes pueden aprender a reducir sus pensamientos desadaptativos y conductas reactivas de base agresiva, y sustituirlos por pensamientos y actitudes que tenga menos probabilidades de conducir a la agresividad. Pero ello no constituye una tarea fácil cuando el cuerpo está sumamente activado y lleno de hormonas de ataque o fuga, y cuando los músculos están tensos y/o la respiración es excesiva. A los pacientes siempre les resulta difícil llevar a la práctica nuevas estrategias, pero especial-



mente cuando el nivel de activación física es elevado. Así pues, un primer paso para reducir la agresividad consiste en enseñar a los pacientes a relajarse físicamente frente a la adversidad.

## LA RELAJACIÓN COMO UNA RESPUESTA ALTERNATIVA

---

Buena parte de la investigación existente apoya los beneficios generales del entrenamiento en relajación y los efectos específicos de la relajación como parte integrante de los programas para el manejo de la agresividad (Benson, 2000; Deffenbacher y colaboradores, 1992, 1995, 1996; Jacobson, 1977, 1987; Wolpe, 1958, 1973). Conocer y practicar las habilidades de relajación es beneficioso para el paciente y apenas reviste ningún riesgo, aumenta la credibilidad del profesional y suele conducir a una reducción significativa de la agresividad, además de contribuir a la mejoría en otras áreas del funcionamiento cognitivo y motriz. Por poner un solo ejemplo, consideremos los hallazgos de Benson y colaboradores (2000) a propósito del rendimiento académico. Estos autores llevaron a cabo un seguimiento de estudiantes de enseñanza secundaria a los que sus profesores habían enseñado a relajarse. Sus hallazgos pusieron de relieve que los estudiantes que habían seguido con más atención los cursos de entrenamiento en relajación mostraron una mejoría mayor en las calificaciones académicas a lo largo de un período de dos años. Estos jóvenes obtenían unas calificaciones promedio más elevadas, tenían mejores hábitos de estudio y eran más colaboradores. En resumen, el manejo del nivel de activación les ayudó a solucionar problemas de forma más eficaz.

La relajación es una respuesta fisiológica firmemente “instaurada” o “incorporada”. En teoría puede darse en todos los seres humanos, por lo que puede aplicarse en casi todos los casos y contextos. Cuando se desarrolla la respuesta de relajación, los neurotransmisores liberados por el cerebro contrarrestan la activación de la respuesta de ataque o fuga. Los pacientes comienzan a respirar más lentamente, la necesidad de oxígeno es menor, la presión arterial y el ritmo cardíaco decrecen y la hipervigilancia disminuye. Dado que se trata de una reacción corporal firmemente arraigada, el profesional no tiene que “convencer” al paciente de que dicha reacción es posible. Antes bien, sólo tiene que trabajar con el paciente para fortalecer una reacción ya existente.

La relajación es como muchas otras respuestas fisiológicas. Existen muchas formas de provocarla. Del mismo modo que el aumento del ritmo cardíaco puede ser provocado por el ejercicio, por la visión de un perro agresivo que se

aproxima, por una infección viral o por un dentista que nos dice que el procedimiento que nos va a aplicar incluirá una “perforación a fondo” de las piezas dentales, existen varias formas de lograr la relajación. Después, una vez que la relajación ha sido alcanzada, quedan sentadas las bases para desarrollar una serie de mejores reacciones cognitivas y conductuales a los desencadenantes aversivos. La relajación ayuda al paciente a ser menos impulsivo y reactivo ante los problemas, y a ser capaz de tomar decisiones más constructivas respecto de su vida. Aprender técnicas de relajación para mantener la calma ante la provocación constituye, pues, un elemento importante de cara a la interrupción del círculo vicioso de la agresividad.

## EL DESARROLLO DE LA RESPUESTA DE RELAJACIÓN

---

La técnica más frecuente, más rápida y más fácil de utilizar en la consulta del profesional es el *entrenamiento en relajación muscular progresiva (RMP)*. Se trata de una estrategia voluntaria y consciente de autocontrol que proporciona un beneficio significativo en base a enseñar a los pacientes a relajarse a través de la tensión y distensión de diferentes grupos musculares. La relajación puede aprenderse y practicarse en primer lugar por sí sola, después en situaciones estresantes imaginarias y por último en presencia de los desencadenantes agresivos de la vida real. Ahora bien, los beneficios de aprender a relajarse son importantes por sí solos, dado que la relajación brinda una mejora de la capacidad para afrontar toda una serie de problemas vitales, y la disminución de la reactividad del cuerpo tiene consecuencias positivas a largo plazo para la salud.

**Figura 9-1.**



La RMP implica la tensión y distensión de diferentes grupos musculares (por ejemplo, se empieza con los músculos de los brazos, después se pasa a las piernas, el vientre, el pecho, los hombros, el cuello y la cara). Utilizando una voz baja y pausada, comenzamos dando instrucciones para *tensar* un grupo muscular durante aproximadamente unos cinco segundos y le pedimos al paciente que *concentren su atención en la incomodidad* que ello genera. Esto, le decimos, es lo que sucede cuando se siente agresivo. A continuación, le pedimos que *deje de tensar el músculo en cuestión*, interrumpa la tensión ejercida voluntariamente y *concentre su atención en la sensación de calidez, pesadez y relajación* que se genera acto seguido de forma natural. Le pedimos que tense únicamente un grupo muscular específico durante la parte de tensión del ejercicio, mientras que mantiene relajadas las restantes partes del cuerpo. Uno de los objetivos consiste en fomentar la conciencia de la diferencia entre los grupos musculares tensados y relajados.

Durante el procedimiento es frecuente que surja toda una variedad de pensamientos y a veces los pacientes quieren hablar de ello. Les instruimos para que amablemente vuelvan a concentrar su atención en las sensaciones que experimentan en sus músculos. También es importante permanecer despierto durante el procedimiento. No es infrecuente que algunos pacientes (aproximadamente el 10%) se queden dormidos. Aunque puede resultar placentero quedarse medio dormido durante la relajación, ello no ayudará al desarrollo voluntario de la relajación ante la presencia de los desencadenantes aversivos.

Los profesionales pueden utilizar la RMP con los pacientes siguiendo las instrucciones que aparecen más abajo. Recomendamos la *grabación de una cinta para los pacientes*, de modo que éstos puedan practicar en casa y asociar la voz del profesional con la relajación. Ahora bien, en el caso de que el profesional tenga un tono de voz elevado o desee ofrecer una exposición profesional muy pulida, es posible adquirir directamente en diversas fuentes una cinta ya grabada.\*

---

\* Solemos recomendar "Learning to Relax", en la voz del psicólogo Arnold Lazarus. En esta cinta de 37 minutos de duración, los pacientes escuchan la agradable voz del Dr. Lazarus mientras éste les enseña la serie completa de contrastes de tensión-relajación. No contiene ninguna sugerencia a nivel de imaginación, de modo que, a diferencia de otros productos similares, está adaptado a cualquier audiencia en general. La cinta puede adquirirse en el Albert Ellis Institute de Nueva York [enviar un e-mail a [orders@REBT.org](mailto:orders@REBT.org) o llamar al 212-535-0822].

## LA GRABACIÓN DE INSTRUCCIONES PARA LA RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

---

Si decide grabar una cinta de relajación personalizada para su paciente, no vaya demasiado rápido a lo largo del procedimiento que se describe a continuación. Conceda el tiempo indicado (entre paréntesis) para cada ejercicio. Una vez que haya grabado la cinta, recomendamos que el paciente la escuche mientras se encuentra en un lugar cómodo y tranquilo, permitiéndose disponer de todo el tiempo necesario sin preocuparse de que pueda sonar el teléfono o de que aparezca cualquier otra distracción. La cinta puede ser utilizada por los pacientes agresivos mientras están sentados en una silla cómoda o echados en la cama, en un sofá o incluso en el suelo. Los pacientes advertirán que es conveniente que se quiten las gafas y las corbatas, se desabrochen el botón superior de la camisa y/o aflojen cualquier otra prenda de vestir que pueda ejercer alguna tirantez.

\* \* \*

*COMIENZE la grabación aquí.*

Cierre los ojos, permanezca sentado y en silencio durante unos segundos y concentre su atención en respirar suavemente. (Pausa de 10 segundos). Observe que el control corre de su cargo. Puede regular su propio cuerpo y respirar lentamente, suavemente y profundamente. (Pausa de 5 segundos). Estupendo, lo está haciendo muy bien.

[1] A continuación, apriete los puños y sienta la tensión que se genera en los antebrazos, la manos y los dedos. Concentre su atención en la tensión en esta zona y describese a sí mismo para sus adentros la desagradable sensación de tirantez. Esto es lo que sucede cuando se siente agresivo. Muy bien, mantenga la tensión. (Pausa de 5 segundos). Ahora libere la tensión y deje que las manos y los brazos se relajen. Concentre su atención en la sensación de calidez, pesadez y distensión en las manos y observe el contraste con las sensaciones de tensión. Concéntrese por un momento en las manos relajadas y continúe respirando lentamente, suavemente y profundamente. (Pausa de 10 segundos).

[2] A continuación, flexione los brazos y presione firmemente con los codos contra ambos costados. Al tiempo que presiona con los codos hacia dentro, flexione también los músculos de los brazos. Observe la tensión que se genera a lo largo de los brazos, los hombros y la espalda. Mantenga la tensión. (Pausa de 5 segundos). Muy bien, ahora relaje los brazos y déjelos caer pesadamente a lo largo de los costados. Concentre su atención en la sensación de pesadez, calidez y distensión en los brazos y continúe respirando lentamente, suavemente, y profundamente. (Pausa de 10 segundos).

[3] Nos desplazamos ahora a la parte inferior de las piernas. Flexione los pies tratando de señalar con los dedos en dirección a la nariz. Observe la tensión que se genera a lo largo de los pies, los tobillos y las pantorrillas. Mantenga la tensión. (Pausa de 5 segundos). Muy bien, ahora libere la tensión en la parte inferior de las piernas y concéntrese en la sensación de distensión a medida que la parte inferior de las piernas se relaja cada vez más. Continúe respirando lentamente, suavemente y profundamente. (Pausa de 10 segundos). Lo está haciendo muy bien.

[4] A continuación, tense la parte superior de las piernas, presionando una rodilla contra la otra y levantando las piernas de la cama o de la silla. Concéntrese en la tensión en los muslos y en la sensación de tirantez en las caderas. Descríbase a sí mismo para sus adentros estas sensaciones desagradables. (Pausa de 5 segundos). Ahora, libere la tensión y deje que las piernas caigan lentamente y pesadamente sobre la cama o la silla. Concéntrese en dejar que se vaya toda la tensión de las piernas, los brazos y los hombros. Deje simplemente que se vaya. Respire lentamente, suavemente y profundamente. (Pausa de 10 segundos).

[5] A continuación, meta el estómago hacia dentro en dirección a la columna. Observe la tensión que se genera en el estómago. (Pausa de 5 segundos). Ahora, deje voluntariamente que su estómago se relaje. Respire lentamente, suavemente y profundamente, y concéntrese en la relajación que es capaz de producir en el estómago, en las piernas, en los brazos y en los hombros. (Pausa de 10 segundos).

[6] Ahora, inspire muy profundamente y contenga la respiración. (Pausa de 15 segundos, hasta que se produzca cierta incomodidad). Observe la tensión que se genera cuando saca pecho. Ahora, expulse el aire lentamente y sienta cómo la tensión se desvanece gradualmente. Observe que puede relajar su cuerpo voluntariamente, y que puede respirar lentamente, rítmicamente y profundamente. Y con cada respiración puede permitirse relajarse todavía más. Concéntrese en relajarse y en dejar simplemente que se vaya toda la tensión. (Pausa de 10 segundos).

[7] Ahora, imagine que los hombros estuvieran sujetos de unas cuerdas que tirasen hacia arriba en dirección a las orejas. Sienta la tensión que se genera en los hombros, la parte superior de la espalda y el cuello. Mantenga la tensión. (Pausa de 5 segundos). Muy bien, ahora deje simplemente que se vaya la tensión. Deje que los hombros caigan hacia abajo. Deje que caigan tan abajo como puedan. Observe la diferencia entre las sensaciones de tensión y de relajación. (Pausa de 10 segundos).

[8] Presione la barbilla hacia abajo y trate de tocar el pecho con ella. Observe la tirantez y la tensión que se genera en la parte trasera del cuello. (Pausa de 5 segundos). Ahora, relájese. Deje que se vaya la tensión del cuello. Concéntrese en dejar que los músculos del cuello se relajen. Deje que los brazos y las piernas se relajen. Respire lentamente, rítmicamente y profundamente. (Pausa de 10 segundos).

[9] Ahora, apriete los dientes y concéntrese en la tensión que se genera en la mandíbula. Advierta la sensación de tirantez. (Pausa de 5 segundos). Muy bien, relájese. Deje que la boca se entreabra y relaje todos los músculos de la cara y de la mandíbula. (Pausa de 10 segundos). Muy bien.

[10] Genere la tensión en la frente obligándose a fruncir el entrecejo. Trate de llevar las cejas una contra otra. Concéntrese en la tensión en la frente. (Pausa de 5 segundos). Ahora, relájese. Alise todas la arrugas de la frente y deje que la frente se relaje. (Pausa de 10 segundos).

[11] Una vez llegados a este punto, deje que su cuerpo entero se sienta relajado y pesado. Respire profundamente y rítmicamente, y relaje voluntariamente los brazos, las piernas, el estómago, los hombros y los músculos faciales. El control corre de su cargo. Cada vez que expire, dígame para sus adentros “relájate” e imagine que está echando fuera toda la tensión que tiene dentro de su cuerpo.

Inspire y expire profundamente cinco veces, dígame “relájate” y deje voluntariamente que desaparezca toda la tensión. Deje simplemente que se vaya y relájese. Voy a dejar de hablar por un momento para que disfrute de las sensaciones placenteras de relajación que ha demostrado que puede permitirse tener.

*DETENGA la grabación aquí.*

\* \* \*

Desde el primer momento la mayoría de los pacientes suelen responder al entrenamiento en relajación muy positivamente. Siguen de buen grado las instrucciones y muestran signos de relajación como, por ejemplo, suspiros espontáneos. No obstante, esperamos que no se desanime si un paciente en particular no se siente relajado después de la primera sesión de práctica. Puede que hagan falta unas pocas repeticiones para conseguir el efecto deseado. Los mejores resultados suelen obtenerse cuando el paciente recibe las instrucciones para producir la relajación en la consulta a lo largo de dos o tres sesiones, y después se le da la cinta con las instrucciones para que ensaye el procedimiento dos veces al día durante dos semanas. Sugerimos reservar un mínimo de unos 30 minutos, y en un momento en el que las probabilidades de distracción sean nulas.

Desgraciadamente, la experiencia demuestra que muchos pacientes sólo practicarán una vez al día. La práctica regular ayudará a los pacientes a llegar al punto en el que finalmente puedan seguir el procedimiento sin la ayuda de la cinta.

La *relajación controlada por señales* también puede ayudar a los pacientes a relajarse sin necesidad de pasar por la secuencia completa de tensión-relajación. En esta técnica, los contrastes musculares de tensión y de relajación se enseñan de la misma forma que se describió anteriormente. Pero se dedica más atención al ciclo de inspiración y expiración. Cuando se produce la exhalación y la liberación de la tensión muscular, al paciente se le enseña a decir en silencio una palabra o frase-señal a modo de autoinstrucción como, por ejemplo, “relájate”, “tranquilízate”, “mantén la calma” o “esto se pasará”. Ello ayuda a asociar la palabra-señal con un estado de relajación, de modo que finalmente la palabra acaba induciendo la relajación por sí sola.

## ALTERNATIVAS A LA RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

---

En el caso de algunos pacientes, el entrenamiento en relajación muscular progresiva puede ser reemplazado o complementado por otras estrategias. A veces, el nombre dado al procedimiento también es importante. Por ejemplo, algunos pacientes están ansiosos por ser “hipnotizados” y si el procedimiento es calificado de hipnosis, ello puede resultar de ayuda. Pero de acuerdo con nuestra experiencia la mayoría de los pacientes quieren mantener el control. Así pues, calificar el procedimiento como una forma de generar uno mismo la relajación es lo que suele funcionar mejor en la mayoría de los casos.

La ventaja de la RMP es que se puede enseñar en la consulta, lo que le permite a los profesionales observar los progresos. Además, la RMP puede combinarse con la exposición a los desencadenantes aversivos en la consulta, con el fin de reducir el nivel de activación agresiva (lo que se discutirá con más detalle en el capítulo 12). No obstante, los profesionales pueden considerar algunas de las siguientes alternativas formales o informales a la RMP como un medio de producir relajación:

1) A algunos pacientes les resulta útil elegir una palabra relajante (como, por ejemplo, “cálmate” o “tranquilízate”) que puedan decir o pensar durante un *ejercicio repetitivo* como caminar, nadar o correr. La palabra se repite siguiendo la cadencia de los pasos o brazadas y suele informarse de que produce relajación, tal vez gracias a la combinación de la palabra relajante con la “subida” fisiológica provocada por el ejercicio.

2) A algunos pacientes les gusta practicar el *yoga* e informan de que les produce una sensación de relajación. Esto puede ser debido a la concentración de la atención en la posición corporal y en la respiración, en lugar de darle vueltas una y otra vez al desencadenante de la agresividad.

3) Algunos informes sugieren que los ejercicios de *respiración diafragmática profunda* y lenta conducen a la relajación. Dado que durante los episodios de agresividad la respiración suele ser rápida y superficial, el paciente que respira profundamente está practicando una reacción que es opuesta a lo que sucede normalmente durante la experiencia de agresividad y que es característica de la respiración durante los estados de relajación.

4) Prácticamente cualquier forma de *oración repetitiva* parece producir relajación. De hecho, durante más de 30 años, Benson (1996, 2000) ha realizado estudios sobre la oración y la meditación. Este autor concluyó que todas las formas de oración repetitiva provocan una respuesta de relajación que reduce el estrés y la activación corporal. Según Benson, lo más importante es la repetición de los sonidos o de las palabras. Las oraciones que requieren repeticiones verbales o motrices producen relajación dado que de forma característica requieren una respiración rítmica profunda asociada a un sonido, una palabra o una frase. Una sola oración no es suficiente, dado que lo que produce la relajación es la naturaleza repetitiva de la experiencia.

La oración repetitiva y la respuesta de relajación asociada forman parte de la historia y de la tradición de muchas religiones y culturas. Por ejemplo, los judíos practican una forma de oración llamada "*davnen*". Ello consiste en recitar un texto de una forma monótona y suave al tiempo que inclinándose o meciéndose hacia atrás y hacia adelante. Esto se repite una y otra vez con el objetivo de desprenderse de las distracciones externas. En el contexto del cristianismo, la respuesta de relajación se produce mediante la repetición de la "Oración de Jesús" u oración del corazón, que consiste en repetir una y otra vez la frase: "Señor Jesucristo, Hijo de Dios, ten piedad de mí, que soy un pecador". La oración puede reducirse a "Señor Jesucristo, ten piedad de mí" o incluso únicamente a la palabra "Jesús". Practicada desde hace cerca de 2000 años, se recomienda que esta oración se repita interminablemente. Algunas personas llegan a repetirla hasta unas 6000 veces al día y siguen el número de repeticiones utilizando un collar o una cuerda para las oraciones. Dado que las personas que la practican suelen sincronizar la oración con la respiración, existe una amplia probabilidad de que surja la respuesta de relajación. Dentro del catolicismo, el "rosario", que en sí mismo constituye una oración repetitiva, puede repetirse durante unos 54



días como una novena. En muchas formas de protestantismo, y también del catolicismo, suele recomendarse la práctica de una oración que favorezca la “concentración”. Esta oración implica la elección y la repetición de una palabra sagrada mientras se está sentado cómodamente y con los ojos cerrados. Cada vez que la conciencia divaga hacia los pensamientos externos, a la persona se la instruye para que vuelva amablemente a concentrar su atención en la palabra sagrada. Al final del período de oración, la persona permanece en silencio y con los ojos cerrados durante unos pocos minutos. Existen prácticas similares en el islamismo, el budismo, el confucianismo, el sintoísmo y el taoísmo.

La religión es una cuestión delicada para los profesionales y los pacientes, excepto para aquellas personas que trabajan en organizaciones religiosas, tales como centros de asesoramiento (*counseling*) cristiano y centros de enseñanza religiosos. No pretendemos sugerir que nos entrometamos en las creencias personales de los pacientes, ni pretendemos recomendar ninguna actitud religiosa en particular. Antes bien, nos limitamos a señalar que los datos acerca de los beneficios de la oración *repetitiva* pueden explicarse a los pacientes y puede que algunos de ellos se decidan a aumentar sus prácticas de oración con objeto de suscitar más momentos de relajación.

5) La *meditación sobre la conciencia*, una técnica que procede de las prácticas budistas, también parece producir relajación (Kabat-Zinn, 1990). Este tipo de meditación consiste en aprender a “observar” o “notar” sin más, sin reaccionar a los entornos mundanos. Por ejemplo, podemos decir: “Estoy cocinando. Estoy poniendo aceite en la sartén. Ahora pongo el brócoli y las zanahorias. Una de las zanahorias se cayó al suelo. Parece muy anaranjada, por contraste con el blanco del suelo. Estoy tapando la sartén. Siento calor. Estoy abriendo la ventana”. El objetivo consiste simplemente en advertir la propia conducta y las propias experiencias, y en nombrarlas o describirlas, *sin evaluarlas*. No se hace ningún juicio acerca de si son buenas, malas, correctas, incorrectas, indolentes, débiles, fuertes, benignas o perversas.

La clave de la conciencia consiste en limitarse a advertir el mundo externo y nuestros estados internos. La conciencia emocional podría ser algo del tipo: “Me estoy sintiendo agresivo. La cara se me está poniendo tensa. Recuerdo que John no contestó a la pregunta que le hice en la oficina. Lo volví a intentar, pero él siguió sin contestarme. Me sentí enojado y me retraje. Tengo el estómago alterado. Me duele la cabeza”. Observemos que se trata únicamente del simple reconocimiento y mención de lo que pasó y de lo que sentimos antes y ahora. No aparece ningún juicio en el monólogo. Si aparece algún juicio acerca de los

sentimientos (por ejemplo, “No debería sentirme agresivo. Es una señal de que algo va mal dentro de mí”) tienen que ser reconocidos como tales y el sujeto es alentado a volver nuevamente a la actitud de mero observador. El objetivo consiste en volver a concentrar la atención en la mera observación o mención de las emociones o las sensaciones corporales. La relajación aumenta a medida que los juicios disminuyen.

6) Los pacientes pueden lograr relajarse paseando por la playa y escuchando el romper de las olas, o yendo a un campo o un bosque cercano (en el caso de que unos lugares de estas características estén al alcance) a primera hora de la noche, donde no se oye nada, salvo el sonido de los grillos. Así, el hecho de dedicarle un tiempo a la naturaleza puede ser relajante para algunos pacientes y algunas de estas experiencias podrían ser asignadas como deberes semanales.

7) El agua, en sus muchas formas, se ha asociado con frecuencia a la relajación. Los pacientes pueden tomarse un baño caliente, caminar junto a un riachuelo, escuchar el ruido del agua o imaginarse un lago muy tranquilo. Consideremos que es difícil sentirse agresivo al cabo de meterse tan sólo unos cinco minutos en una bañera de agua caliente y burbujeante.

8) *Cantar o recitar* una canción o un poema breve, rítmicos pero monótonos, puede producir relajación.

9) Las librerías de cualquier localidad distribuyen una amplia variedad de productos relacionados con la relajación, tales como cintas de cassette, cintas de vídeo y libros.

Con frecuencia, suele ser útil que los pacientes experimenten con diferentes métodos para provocar la relajación. Lo más importante que debemos hacerles saber a los pacientes agresivos es que estarán mejor preparados para tomar decisiones sobre los desencadenantes aversivos de la vida si practican el desarrollo de la respuesta de relajación siempre que puedan. En efecto, es útil enseñarle a los pacientes agresivos que *la tranquilización del cuerpo se ve seguida de un funcionamiento cognitivo y motriz mucho más lúcido*. Por contraste, la activación corporal agresiva suele conducir a una falsa sensación de optimismo y bravuconería que fácilmente puede volverse contra uno mismo.

Obviamente, una técnica formal de relajación se aprende de la mejor manera cuando las cosas están en calma. Nosotros le solemos decir a nuestros pacientes que del mismo modo que no aprendemos a nadar en medio de un océano encrespado, tampoco es probable que aprendamos a relajarnos en mitad de un episodio de agresividad. Aprendemos estas habilidades (nadar y relajarnos) de

la mejor manera cuando las cosas están en calma. Más adelante, cuando aparezcan los desencadenantes aversivos, podremos utilizar las técnicas previamente aprendidas.

Creemos que es útil aprender las técnicas de relajación por el mero hecho de que ayudan a los pacientes a navegar por las aguas turbulentas de la vida. La relajación conduce a una disminución de la reactividad frente a los desencadenantes agresivos, aumentando de este modo el umbral de la agresividad. Al mismo tiempo, una vez que la relajación haya sido aprendida los profesionales habrán preparado el terreno para la introducción de otras poderosas estrategias. La relajación es la base de la desensibilización sistemática y, como describiremos en el capítulo 12, de la exposición en la imaginación y de la exposición *in vivo* a los desencadenantes de la agresividad. Son muchos, pues, los beneficios de enseñar a relajarse.

# El desarrollo de habilidades vitales

## 10

*La habilidad de reconocer lo que está en juego se aplica a los sentimientos –y no a la conducta errónea. Cuando un niño está utilizando la pared del salón como un mural para pintar con sus rotuladores, la empatía no es lo más indicado –sino unos límites muy claros. Este no es el momento apropiado de decir: “Te gustaría poder utilizar tus rotuladores sobre las paredes”. Este el momento de declarar firmemente: “Los rotuladores son exclusivamente para pintar sobre el papel”*

Nancy Samalin, escritora y educadora de padres

Muchos problemas de agresividad pueden ser reducidos mediante el desarrollo de ciertas habilidades. Es menos probable que aparezcan conflictos, sensaciones de inadecuación personal o sentimientos de culpa, cuando existen unas habilidades convenientemente desarrolladas. Consideremos, por ejemplo, a los padres que leen libros, hablan con los amigos y asisten a seminarios sobre “educar a los niños de primaria”. Salen de estas experiencias con habilidades para alentar a sus hijos a estudiar y realizar los deberes para casa. Aprenden la importancia de tener un lugar de estudio ordenado y bien iluminado, minimizando los ruidos y las distracciones visuales; de la discusión sana y la planificación entre padres e hijos de la duración de las sesiones de estudio; y, por supuesto, del papel tan significativo que desempeñan las manifestaciones de apoyo (“¡Eres fenomenal!”) y, tal vez, la promesa de una recompensa (“Cuando hayas terminado estos problemas, podemos repararlos y después irnos a tomar un helado”). Los padres que poseen estas habilidades tienen más probabilidades de disfrutar de unas relaciones con sus hijos más libres de agresividad que los padres que se limitan a decir: “¡Vete a hacer los deberes!”. Las habilidades vitales hacen la vida más fácil, más afortunada y más agradable.

Consideraremos tres tipos de habilidades en este capítulo: *habilidades de relación social, habilidades asertivas y habilidades motrices especializadas*. Las dos prime-

ras favorecen la comunicación entre los pacientes y las personas con las que se relacionan. Las *habilidades de relación social* minimizan los conflictos en el trato diario con los supervisores, empleados, cajeros, dependientes, médicos, etc. y también mejoran las relaciones más íntimas con otras personas significativas, amigos íntimos y familiares. Las *habilidades asertivas*, que implican la comunicación directa y constructiva de los sentimientos y los deseos personales, son especialmente importantes de cara a minimizar los problemas cuando nos relacionamos con personas cercanas. Algunos autores sitúan estas habilidades en la misma categoría. Por ejemplo, Alberti y Emmons (2001) escriben que “la conducta asertiva fomenta la igualdad en las relaciones humanas, capacitándonos para actuar en favor de nuestros propios intereses, defendernos a nosotros mismos sin sentir una ansiedad inapropiada, expresar sentimientos sinceros con comodidad y hacer valer nuestros derechos personales sin negar los derechos de los demás” (p. 6). Aunque ésta es una posición muy aceptable, creemos que es útil en un principio trabajar con los pacientes la expresión de los sentimientos de forma independiente del desarrollo de las habilidades de relación social.

El tercer tipo son las *habilidades motrices especializadas*, que incluyen saber montar en bicicleta, utilizar un ordenador, dominar los katas del tae kwon do, reparar un coche, hacer trabajos de pintura, montar una pecera, etc. Estas habilidades también son importantes para el éxito y el disfrute en la vida. Consideremos, por ejemplo, que un pintor esmerado y pulcro recibirá muchas menos quejas de los clientes que un pintor descuidado. Menos quejas significa menos episodios de enfado y agresividad. Pero lo habitual es que los profesionales de la salud mental no tengan la capacidad de enseñar estas habilidades y, en cualquier caso, éstas suelen estar fuera de su ámbito acostumbrado. Señalemos, no obstante, que si un paciente desconoce la forma de llevar adecuadamente a cabo tareas importantes para el funcionamiento cotidiano (por ejemplo, manejar un ordenador, llevar la economía familiar y personal, ser un buen padre, estudiar y sacar buenas notas, leer un periódico, etc.), en ese caso es probable que se generen experiencias realmente frustrantes. Y si la misma situación para la que el paciente carece de habilidades se repite con regularidad (por ejemplo, exámenes académicos, informes bancarios mensuales, etc.), la frustración será frecuente. En los casos en los que aparece un déficit de habilidades, la frustración y las valoraciones inapropiadas y sediciosas de los desencadenantes cotidianos serán frecuentes, lo que conducirá a desarrollar una pauta de agresividad, agresión u otros estilos de funcionamiento anormales (por ejemplo, la procrastinación).

Consideremos el caso de Angela Lewis, licenciada superior. La Dra. Lewis se dejó caer por su nuevo trabajo como profesora asistente de biología en una

pequeña universidad donde la excelencia a la hora de enseñar era sumamente valorada. Aunque la Dra. Lewis estaba muy bien formada como investigadora, jamás había estado al cargo de una clase de 50 estudiantes universitarios, y sus habilidades pedagógicas se encontraban todavía en una fase temprana de su desarrollo. Sus estudiantes se convirtieron en desencadenantes de una agresividad casi diaria. Cuando venían a verla y le decían que hablaba demasiado rápido en clase como para que ellos pudieran comprender los temas, se ponía enfadada y a la defensiva. Al poco tiempo, la Dra. Lewis conoció una respuesta estándar para estas situaciones: “¡Se supone que los estudiantes deben ser capaces de seguir los temas! ¡Debéis estudiar más antes de venir a clase!”. Sus valoraciones implícitas, sin embargo, incluían: “Es culpa de ellos. Son tontos de remate”. Al final del primer semestre, las calificaciones de sus estudiantes fueron bastante pobres y su puesto de trabajo estaba en peligro. Además de la agresividad, la Dra. Lewis se sentía avergonzada y la asaltaban dudas acerca de su competencia personal. Para sus adentros, cuestionaba la elección de su carrera. El problema principal, según se pudo comprobar, era un déficit de habilidades y en este caso la Dra. Lewis tuvo suerte. Empezó a tratar con asiduidad a un profesor más veterano. Este mentor le enseñó a planificar las clases, la alentó a complementar la exposición oral con proyecciones de diapositivas, le sugirió que incluyera debates y exposiciones de los estudiantes como parte de las clases, y la observó mientras daba las clases. La Dra. Lewis le tenía un profundo respeto a esta persona y se sentía muy agradecida por su ayuda. Sus clases mejoraron y empezó a caerle mejor a sus estudiantes. Algunos incluso la eligieron como tutora, lo que aumentó todavía más su sensación de competencia. La Dra. Lewis continuó mejorando sus habilidades pedagógicas de semestre en semestre, lo que se vio acompañado de una reducción de la agresividad.

En el desarrollo de habilidades vitales, el profesional ayuda al paciente a identificar las conductas requeridas para negociar la vida con *una mayor competencia real*. A medida que la competencia aumenta, la probabilidad de que se genere frustración y agresividad es menor. El objetivo consiste en brindarle al paciente un mayor repertorio de habilidades de cara al trabajo, la familia y la vida en general, con el propósito de aumentar las probabilidades de tener éxito y de reducir las probabilidades de fracasar. En este sentido, creemos que *el desarrollo de habilidades vitales puede ser una muy buena estrategia para prevenir las crisis*. Al mismo tiempo, nos permitimos señalar que una habilidad cognitiva importante consiste en saber cuándo no disponemos de ciertas habilidades, por lo que la evitación o la huida transitoria de las situaciones conflictivas podría ser la res-

puesta más apropiada (véase capítulo 8). Por ejemplo, a veces un tutor es mejor que un padre de cara a ayudar a un niño a aprender.

*Las llamadas habilidades sociales son las conductas verbales y motrices esperables que aprendemos conforme crecemos con el fin de relacionarnos adecuadamente con los demás.* Aprendemos estas habilidades en nuestras familias, en el colegio, a lo largo de la educación religiosa, en el trato con los amigos, leyendo, y a través del aprendizaje por observación (por ejemplo, la televisión). Algunas habilidades sociales son muy básicas. Éstas incluyen conductas motrices como, por ejemplo, ser puntual, vestir de forma adecuada, utilizar desodorantes, llevarles un café a los compañeros de trabajo y guardar las colas. Otras habilidades pueden ser más inhabituales, se requieren únicamente en situaciones específicas y se aprenden en el puesto de trabajo, en el ejército, en la cárcel o en cualquier otro contexto único. Las habilidades (y los déficits) sociales son importantes en cualquier momento de la vida, aunque de forma característica esperamos que se desarrollen en la niñez. No obstante, en la adultez se requieren nuevas habilidades a medida que asumimos nuevos roles, tales como el de padre, profesor, mentor o supervisor. Muchas habilidades sociales son principalmente verbales e implican el fomento de la comunicación interpersonal y del dar, recibir e interpretar mensajes. Además del contenido verbal, estas habilidades casi siempre suelen incluir conductas no verbales tales como la postura, el empleo del contacto visual, el tono de la voz y las expresiones faciales. Por supuesto, la definición de lo que es apropiado y aceptable puede cambiar de acuerdo con la extracción familiar, la religión o la cultura del paciente. Algunas de estas culturas permiten un *feedback* verbal más directo (por ejemplo, los italianos), mientras que otras (por ejemplo, los japoneses) requieren conductas verbales indirectas. Asegurémonos de tomar todos estos factores en consideración.

## HABILIDADES SOCIALES MÁS COMUNES

---

Ciertas habilidades sociales son muy importantes en casi todas las relaciones laborales, recreativas o familiares. Otras son específicas del trato con ciertos individuos, como cuando un profesional se relaciona con un paciente mayor con una pérdida de audición o con problemas de visión. O bien pueden ser necesarias en determinados contextos limitados, como tratar con el público, educar a los hijos, trabajar en una base militar o comparecer en un juzgado. Cuando se llevan a cabo debidamente, las habilidades sociales aumentan el “contacto” entre las personas.

Los *componentes centrales* de muchas de las habilidades sociales que se suelen enseñar a los pacientes incluyen (Alberti & Emmons, 2001):

- *Contacto ocular.* Si la relación tiene lugar cara a cara, mirar directamente a la otra persona. El lector puede recordar algunas situaciones en las que algunas de las otras personas implicadas no establecieron un contacto ocular directo. ¿Qué impresión se transmite cuando sucede esto? ¿Cómo nos solemos sentir cuando alguien no nos mira? Aunque esta es una habilidad muy elemental, algunos pacientes (y profesionales) necesitan empezar por los aspectos más fundamentales para mejorar su funcionamiento interpersonal. Por lo general, el contacto ocular directo (evitando mirar fijamente) permite obtener mejores resultados.
- *Distancia.* Si la relación tiene lugar cara a cara, mantenerse a una distancia apropiada (ni demasiado lejos ni demasiado cerca) de la otra persona. ¿Alguna vez alguien nos ha pedido algo a gritos desde otra habitación? Por lo general, esta no suele ser una forma muy eficaz de comunicar un mensaje. En el otro extremo, cuando las personas implicadas están demasiado cerca, ello también puede generar incomodidad.
- *Postura.* Si la relación tiene lugar cara a cara, orientar la totalidad del cuerpo hacia el oyente. Orientarnos directamente hacia la otra persona suele ser la mejor forma de aumentar el contacto.
- *Contacto físico.* Son muchas las relaciones comerciales que comienzan y acaban con un apretón de manos. A los psicoterapeutas y otros profesionales se les enseña a no traspasar jamás este nivel de contacto con sus pacientes. No obstante, el contacto físico es un componente central de las habilidades sociales normales y los padres, por ejemplo, aprenden cuándo y cómo tocar a sus hijos para tranquilizarles. De hecho, cuando los familiares y los amigos no establecen ningún contacto físico pueden dar la impresión de ser fríos y distantes. Saber cómo y cuándo tocar a otra persona puede fortalecer o debilitar el vínculo interpersonal.
- *Gestos.* Según Alberti y Emmons (2001): “Subrayar nuestros mensajes con los gestos apropiados puede incrementar el énfasis, la apertura y la calidez” (p. 58). Coincidimos en que estos gestos son importantes cuando nos relacionamos cara a cara con los demás. Pero, al mismo tiempo, este es el momento oportuno de señalar que *todos los elementos centrales de las habilidades sociales tienen también un componente cultural* del que los profesionales deben ser conscientes. Por poner un ejemplo: “Alberti relaciona su utilización entusiasta de los gestos dentro de las conversaciones con su ascendencia italiana” (p. 58). Son muchos los informes clínicos y estudios eru-



ditos que han señalado las diferencias existentes entre personas procedentes de contextos europeos, asiáticos, africanos, sudamericanos y demás. Conviene, pues, ser conscientes de que la distancia, el tono, los gestos, la expresión facial, la postura y demás conductas no verbales “apropiadas” diferirán entre los distintos pacientes.

- *Escuchar.* Un aspecto central de las habilidades sociales es hacer saber a la otra persona que el mensaje ha sido captado. Esto puede llevarse a cabo resumiendo lo que la otra persona ha dicho, *parafraseando* lo que se ha escuchado o *haciendo una pregunta* sobre lo que se ha escuchado (Ivey, 1999). Como mínimo, suele ser importante responder con un “ajá”, “sigue”, “te escucho” o “sí”.
- *El tono, la inflexión y el volumen.* Responder de una forma apropiada añade mucho al contenido real de los mensajes. Los susurros y los gritos suelen ser menos preferibles que los mensajes convenientemente modulados y de un volumen moderado que no parecen ocultar otras actitudes o sentimientos.
- *Recepción.* Es fácil decir “te estoy escuchando”. Pero otro de los aspectos centrales de las habilidades sociales consiste en estar verdaderamente abierto y receptivo al mensaje o a la reacción de la otra persona.

Además de los elementos centrales que los pacientes deben aprender, existen también muchas situaciones vitales específicas que pueden requerir cierta discusión:

*Saludar.* Esta es una de las habilidades sociales más elementales. Pero son muchos los pacientes que jamás se han parado a pensar en cómo establecen el contacto inicial con otras personas y que jamás se han preguntado si han logrado o no cumplir el objetivo de “entrar con buen pie”. Los saludos y las presentaciones son cruciales, dado que desde el primer momento de conocerse se están emitiendo juicios sobre las otras personas. Aun cuando digamos poco más de “hola”, la gente dirá cuando les pregunten: “parece agradable” o “parecía una buena persona”. Causar una buena impresión al principio de una relación puede contribuir mucho a contrarrestar la agresividad. En el mundo de los negocios se suele dar mucha importancia a cómo saludar a otras personas por teléfono o cuando aparecen por primera vez por el despacho. Es preciso decidir si vamos a dar la mano, ofrecer una bebida ligera o un café o hacer preguntar personales. Además de los componentes centrales enumerados más arriba, también hay que elegir las palabras adecuadas a la situación (“Eh”, “Hola”, “Me alegro de conocerle”, “J & R Enterprises, buenos días”). También debe prestarse atención a sonreír, dar la mano de forma apropiada, presentarnos por nuestro nombre y decir: “Encantado de haberle conocido”, etc.

*Hacer y aceptar cumplidos.* Es interesante descubrir que muchos pacientes tienen dificultades a la hora de hacer cumplidos a otras personas. Y puede que todavía tengan más dificultades en aceptarlos. Andrew Salter observó este déficit en esta habilidad bastante fundamental en muchos pacientes hace ya más de medio siglo (Salter, 1949). Los cumplidos preparan el terreno para suavizar las relaciones interpersonales. Si los pacientes tienen dificultades en hacerlos, pueden ser vistos por los demás como unos empleados, amantes, compañeros, colaboradores, vecinos o profesores fríos y desagradecidos. Si los pacientes tienen dificultades en aceptar los cumplidos, también pueden ser vistos como desagradecidos y distantes. Además de los componentes centrales mencionados, cuando se enseña a los pacientes a hacer cumplidos, es importante subrayar que la mejor forma de hacer un cumplido es acompañándolo de una sonrisa y que el cumplido debe centrarse claramente en la conducta de la otra persona. Por ejemplo, “El trabajo que has hecho con esos niños ha sido excelente. Valoro enormemente el tiempo adicional que le prestaste a John para enseñarle a utilizar el ordenador. Muchas gracias”. Algunos de estos cumplidos los hacen las empresas como parte integrante de los programas de reconocimiento de la labor del empleado. Los cumplidos y los reconocimientos contribuyen en gran medida a reducir la agresividad en las relaciones futuras.

*Seguir instrucciones.* Como parte del proceso de socialización todos aprendemos a ajustarnos a las instrucciones de otras personas. Instrucciones legítimas pueden venimos dadas por supervisores, profesores, padres, familiares, socios, entrenadores, líderes religiosos, superiores militares, jueces, oficiales que vigilan a las personas que están en libertad condicional, autoridades civiles y demás. El hecho de ajustarse a estas instrucciones reporta unos claros beneficios. Por ejemplo, si las seguimos, las instrucciones de los supervisores pueden llevarnos a mejorar las ventas y lograr un ascenso. Las instrucciones de un profesor de laboratorio pueden hacer que mejoren las condiciones de seguridad y el seguir las instrucciones de la pareja puede aumentar la felicidad conyugal. Además de los componentes centrales mencionados más arriba, cumplir los requerimientos legítimos tan pronto como nos sea posible y contrastar posteriormente los resultados con la persona que formuló la petición favorece la relación entre ambas personas.

*Hacer peticiones.* Sorprendentemente, lo que el paciente piensa que es una *petición*, puede ser considerada por los demás como una *exigencia* debido a la manera de exponerla –y en especial a las indicaciones no verbales. Aprender a hacer peticiones adecuadamente puede ser sorprendentemente difícil para algunos pacientes. Lo mejor es empezar con un “por favor” y a continuación expresar lo que queremos de una forma directa y prestando atención a los elementos no verbales de la comunicación.

*Negarse a satisfacer peticiones.* Son muchos los casos en los que el cumplimiento de las peticiones de otras personas no satisface los intereses legítimos del paciente. Estos casos incluyen la petición de encubrir unas prácticas económicas dudosas, de actuar de una forma ilegal, de hacer algo que el paciente no quiere hacer en absoluto, o de menospreciar a otras personas. La habilidad de decir “no” es importante de cara a actuar de una forma ética y mantenernos fieles a nosotros mismos. Además de los componentes centrales mencionados anteriormente, la mejor manera de decir “no” es de una forma educada, pero firme. Declaraciones tales como “no, no quiero” son directas y sinceras. Es importante que los pacientes aprendan a no culpabilizar a la persona que hace la petición y a explicar las razones de la negativa. Incluso en el caso de que la otra persona esté actuando de forma ilegal, la culpabilización sólo conducirá a generar una relación agresiva. La mayoría de las veces, lo mejor es abandonar la situación después de decir “no” y de haber dado la explicación oportuna.

*Aceptar las críticas.* Ningún paciente tiene éxito en todas las áreas. Un rendimiento deficiente como vendedor, azafata, profesor o amigo suele conducir a observaciones negativas por parte de los supervisores o de los iguales. Tales observaciones, por supuesto, suelen ser un desencadenante muy común de defensividad, agresividad y culpabilización. Aprender a aceptar las críticas constituye, pues, una habilidad social importante. No olvidemos que las observaciones de otras personas promueven el crecimiento y el cambio.

*Hacer críticas.* Al igual que hay que aprender a aceptar las críticas, a veces es preciso entrenar a los pacientes en cómo hacerlas. La mejor manera suele consistir en tratar de encontrar alguna conducta positiva que podamos señalar en primer lugar y a continuación expresar la crítica de una forma clara y sin rodeos –y escuchar la respuesta.

*Aceptar un “no” por respuesta.* Rara vez la vida es totalmente satisfactoria o totalmente justa. Muchas de nuestras peticiones, por muy razonables que puedan ser, nos son denegadas. A empleados que trabajan muchísimo se les puede negar un aumento de sueldo (esperemos que sólo transitoriamente), estudiantes que trabajan mucho y hacen un trabajo excelente pueden recibir únicamente un “notable” y no un “sobresaliente”, y las parejas matrimoniales pueden negarse sus respectivas peticiones. Así, aprender a aceptar las negativas constituye una habilidad importante para que las relaciones positivas puedan mantenerse y otras peticiones puedan concederse en un futuro.

*Mostrarse en desacuerdo y contradecir.* Es fácil decir “¡Estás equivocado!”. Pero unos cuestionamientos tan directos tienen sus peligros, a menos que se vean acompañados de otros mensajes verbales y no verbales. Así, aprender a mostrar el

desacuerdo de la forma adecuada es crucial para tener éxito en la vida familiar, en los negocios y en la educación. Además de los componentes centrales, lo mejor es mostrar el desacuerdo de una forma clara pero sin desprecio, dar una breve razón de la posición adoptada y escuchar abiertamente la respuesta de la otra persona.

*Disculparse.* Afrontémoslo. Todos sin excepción nos equivocamos de vez en cuando. Llegado ese momento, una disculpa puede contribuir en gran medida a frustrar el desarrollo de la agresividad. Decir que lo sentimos o lo lamentamos a propósito de una acción ofensiva puede ser de ayuda; el excusarse suele ser menos eficaz. En su lugar, es útil que el paciente indique cómo piensa mejorar su conducta la próxima vez.

Existen, obviamente, otras muchas habilidades sociales que fomentan la comunicación interpersonal. Por ejemplo, a los pacientes se les puede enseñar a pedir ayuda, a abordar a desconocidos en una fiesta o en una reunión de negocios, a mostrarse respetuosos con las opiniones o las conductas de los demás, a cambiar de tema sin ofender a los demás, a introducirse de forma no ofensiva en las conversaciones de grupos pequeños, a pedirle a los demás que hagan menos ruido, a devolver un plato en un restaurante o un género en un establecimiento comercial. En la práctica clínica, la evaluación de las habilidades del paciente y el llegar a un acuerdo para trabajar en el desarrollo de habilidades sociales específicas con el fin de ayudar al paciente a alcanzar mejor sus objetivos, suelen incluirse en el programa de intervención.

## MÉTODOS DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

---

En primer lugar hay que realizar una *evaluación en colaboración* con el paciente para identificar las conductas verbales y motrices que puedan estar ausentes y generar *posibilidades de mejorar*. ¿El paciente tiene alguna dificultad en el trabajo, en casa o en el centro de enseñanza? ¿De mutuo acuerdo se concede que los problemas están relacionados con el contacto inicial con los demás, o con mostrar la propia disconformidad o con aceptar las observaciones negativas? ¿Podría ser el caso de que la contratación de un tutor privado permitiese mejorar el rendimiento académico de un niño y equiparlo al nivel de sus iguales? ¿Lecciones privadas adicionales de natación podrían brindar el sentido de la propia competencia necesario para lanzarse a la piscina con los demás? ¿Un curso sobre el arte de hablar en público dentro de un programa de educación para adultos en algún centro de la localidad podría ayudar al paciente a expresarse con más claridad y manifestar sus opiniones en el trabajo? ¿Hay algún

vídeo disponible que pudiera enseñar a manejar el dinero a un padre o una madre que está luchando por llegar a fin de mes? ¿Qué libros se podrían recomendar para enseñarle a una hija adulta a cuidar de unos padres muy mayores? ¿Algún centro de la localidad ofrece algún curso de autodefensa, autocontrol de la diabetes o del asma, historia del arte o mejora de los hábitos de lectura? Consideremos qué habilidades podríamos contribuir a desarrollar adecuadamente dentro de la consulta y cuáles podrían requerir otros recursos externos.

Después de esta evaluación y de decidir que el profesional podría ser de alguna ayuda, los pasos son: *discusión, ejercicios de calentamiento, role-plays y ejercicios prácticos, modelado de las conductas apropiadas, tareas para casa y refuerzo de los progresos del paciente* a medida que las habilidades fomentadas van tomando forma. Muchas de estas técnicas también pueden aplicarse en contextos grupales.

- *Discusión.* A los pacientes se les enseñan diferentes conductas en detalle. A continuación se discute y evalúa el uso y la importancia de ciertas conductas específicas en diferentes situaciones sociales. Esta técnica es particularmente importante para los pacientes procedentes de otras culturas y que pueden malinterpretar las conductas de los sujetos de la nueva cultura o que tal vez no sean conscientes de cómo es posible que interpreten sus conductas los miembros de la nueva cultura. La discusión le permite al profesional ajustar el programa de intervención con el fin de que sea de la máxima ayuda para el paciente.
- *Ejercicios de calentamiento.* Estos ejercicios están diseñados para que los pacientes puedan practicar los diferentes aspectos de las conductas a trabajar en las sesiones, pero sin incluir las situaciones de la vida real en las que experimentan las mayores dificultades. Por ejemplo, los pacientes y los profesionales pueden practicar el saludarse mutuamente, mantener una pequeña conversación o hacerse cumplidos. La discusión puede centrarse en torno a la importancia de mirar a la otra persona, utilizar una voz agradable, hacer preguntas, dar información acerca de uno mismo y dejar hablar a la otra persona.
- *Role-playing.* Después de la discusión y las instrucciones verbales con los ejercicios de calentamiento, se representan situaciones breves de la vida real. A menudo suele ser muy útil el *role-reversal*, donde el profesional interpreta el papel del paciente y el paciente hace de desencadenante de la agresividad. Por ejemplo, si el recibir observaciones negativas constituye una fuente de agresividad, el paciente manifestará el tipo de observaciones que le alteran habitualmente y el profesional ofrecerá una respuesta alternativa. De este

modo, el profesional puede modelar una forma apropiada de reaccionar ante las observaciones negativas. A continuación se invierten los papeles y el paciente se ejercita en responder a las críticas de una forma similar a como lo ha ejemplificado el profesional. Esto es, manteniendo un buen contacto ocular, sin mostrarse a la defensiva y con una declaración del tipo de: “De acuerdo, te garantizo que lo pensaré”. Es importante acordarse de reforzar siempre al paciente por el mero hecho de “intentarlo” (esto es, por aproximaciones sucesivas). Esta técnica es particularmente útil en contextos grupales, donde el profesional tiene ocasión de observar atentamente y de dar un *feedback* eficaz. Las grabaciones en vídeo también son muy útiles, dado que el paciente puede ver claramente cómo está llegando a los demás, y qué impresión o imagen está dando, de manera que el *feedback* y el proceso de perfilar y afinar la conducta pueden ser todavía más eficaces.

- *Modelado*. En el ejemplo de *role-playing* expuesto más arriba, el profesional hace las veces de “modelo” para ejemplificar la conducta apropiada. En el ejemplo de otro caso, una paciente que trabajaba como recepcionista en un pequeño despacho tenía grandes dificultades a la hora de saludar a las personas a las que todavía no conocía. Cuando estas personas trataban de ser amables o le hacían alguna pregunta, ella solía enojarse y decir: “¡Por favor, siéntese! Mr. Super saldrá a verle tan pronto como pueda!”. Su tono y su actitud equívoca solían echar para atrás a muchas personas, dado que les parecía hostil. En este caso el profesional y la paciente se desplazaron al entorno natural de unos grandes almacenes de la localidad. Cada vez que se cruzaban con algún desconocido, el profesional decía: “Buenos días. Hace un día estupendo. Que pase una buena jornada”. Aunque a la paciente le pareció en un principio que esto era casi escandaloso, el profesional la animó a hacer lo mismo mientras deambulaban juntos. Al poco, empezó a sentirse más cómoda con esta forma de abordar a la gente y cambió espontáneamente su conducta en el trabajo, mostrándose más explícita y agradable con los clientes.
- *Asignación de tareas para casa*. Más tarde o más temprano los pacientes tendrán que practicar la nueva habilidad social en el mundo real. Tendrán que poner a prueba la conducta recientemente aprendida en situaciones de la vida real, hacer autorregistros e informar de los resultados, y empezar gradualmente a tener experiencias más positivas con los demás.
- *Refuerzo*. Las habilidades aprendidas mediante las instrucciones verbales y el modelado se perfilan después a través del refuerzo: el *feedback* positivo del profesional, los ánimos del grupo, las sensaciones agradables ante un vídeo especialmente afortunado, el logro de un objetivo *in vivo*.

Consideremos, por ejemplo, el caso de un paciente que tiene dificultades y se pone agresivo cada vez que tiene que tratar con un dependiente indiferente en un establecimiento comercial. Se pueden practicar en la consulta algunos métodos para captar la atención del dependiente y después el paciente y el profesional pueden ir juntos al establecimiento. El profesional observa cómo el paciente intenta captar la atención de un dependiente muy ocupado, frío o desatento. El paciente puede expresar una queja y/o hacer una pregunta tonta sin ponerse agresivo con el dependiente (tal y como se había practicado previamente en la consulta). El profesional observa la situación y posteriormente da *feedback*.

Las conductas pueden ensayarse en la consulta bajo diferentes situaciones provocativas para maximizar la transferencia al mundo real. Así, la persona que haga de dependiente en el *role-playing* puede decir que está “en un descanso” o ponerse ella también agresiva, o negarse a aceptar una devolución, o “amenazar” con llamar al encargado o a un guarda de seguridad. Cada una de estas posibilidades puede ensayarse en el despacho. Con el tiempo, el paciente puede desarrollar algunos principios y estrategias generales de las que pueda echar mano en situaciones insólitas. La probabilidad de que las habilidades ensayadas se transfieran al mundo real puede aumentarse mediante la utilización de autorregistros, repeticiones sucesivas o ensayos *in vivo* y asignación de tareas para casa entre sesiones que requieran realizarse en el entorno natural.

## ASERTIVIDAD

---

La *asertividad* se define como la *expresión apropiada de los sentimientos* (Wolpe, 1990). Más específicamente: “El entrenamiento en asertividad está indicado cuando alguien tiene dificultades en expresar sus sentimientos en contextos sociales, debido a que la ansiedad le inhibe” (p. 135). Así, cuando le enseñamos a un paciente a ser asertivo, en realidad le estamos enseñando una forma particular de expresión. De hecho, muchas de las respuestas asertivas a otras personas comienzan con “Siento que...”

En su formato más frecuente, el entrenamiento en asertividad incluye, pues, algunas técnicas para enseñar a *expresar los sentimientos* (junto con las creencias, deseos, opiniones y preferencias asociadas) *de forma directa, sincera y apropiada*. *Directa* significa dirigida a la persona en cuestión, que suele ser el desencadenante de la agresividad. Desgraciadamente, es muy frecuente que los pacientes le hablen a muchas otras personas de sus sentimientos agresivos, incluido el profesional, pero no lo hagan directamente con la *fuentes* de su agresividad. En

última instancia, obviamente, a menos que la agresividad sea expresada directamente, las probabilidades de cambiar son escasas. *Sincera* significa sin ocultación. Si, en lo referente a los estilos de expresión, el paciente muestra un nivel alto de agresividad contenida o de control de la agresividad (véase capítulo 2), la agresividad se enquistará y el paciente se dedicará a rumiarla o a negarla verbalmente, razón por la que la probabilidad de que se resuelva será escasa o nula. *Apropiada* se refiere a la frecuencia, intensidad y duración de la expresión de la agresividad. Desgraciadamente, algunos pacientes siempre están con la misma cantinela en relación con sus desencadenantes agresivos y en el caso de otros pacientes la agresividad es más frecuente e intensa de lo que estaría justificado (véase el capítulo 7 para el *Formulario de Autorrevisión de la Agresividad* y el *Cuestionario de Experiencias Vitales*). El objetivo consiste en que la manifestación de la agresividad sea de una frecuencia razonable (tal vez una o dos veces por semana), de una intensidad razonable (lo bastante como para ser “percibida”, pero sin llegar a ser abrumadora) y de una duración razonable (véase el capítulo 15 para la discusión de la labor relativa al perdón). El lector recordará que en el capítulo 1 subrayamos la importancia de desarrollar un vocabulario emocional claro. El entrenamiento en asertividad abunda en esta dirección, en base a desarrollar las habilidades necesarias para expresar las emociones en contextos interpersonales.

Históricamente, el entrenamiento específico en expresión asertiva se inició con el libro de Salter (1949) sobre la *terapia del reflejo condicionado*. El *psicodrama* de Moreno (1971) y la *psicoterapia del papel fijo* de Kelly (1955) también adelantaron algunas técnicas que contribuyeron –aunque sólo fuera de forma indirecta– a dar forma al procedimiento. Wolpe y Lazarus (1966) fueron los primeros en esbozar una versión moderna del “entrenamiento en aserción”, en su texto *Técnicas de Terapia Conductual*. Existe una gran similitud entre las recomendaciones ofrecidas por estos distintos autores. En 1970, Alberti y Emmons (2001) sintetizaron estas ideas y analizaron detalladamente los elementos básicos del moderno “entrenamiento en asertividad” en la primera edición de su texto *Your Perfect Right*.

Salter recomendaba seis ejercicios asertivos “estimulantes” para sus pacientes. Cuatro de ellos son singularmente útiles para el tratamiento de la agresividad. Estos son:

1. *Conversaciones emotivas*. A los pacientes se les alienta a desarrollar un vocabulario emocional y a practicar la manifestación de sus sentimientos. Recomendamos que cuando se practique la conversación emotiva en la consulta, se haga preferentemente en el formato “cuando... entonces...”



Ejemplos de conversación emotiva *correcta*:

*Cuando te quedas en silencio, me siento bastante agresivo.*

*Cuando tiraste el café, me sentí muy enfadado.*

*Cuando no apareciste después de haber quedado y de estar esperándote unos tres cuartos de hora, me sentí furioso.*

**Comentario:** *Estas expresiones son directas, no contienen elementos adicionales superfluos y están claramente relacionadas con un desencadenante.*

Ejemplo de conversación emotiva *incorrecta*:

*Cuando llegas tarde a casa, me asalta la idea de que sales con otras mujeres. Empiezo a sentirme agresiva y resentida y me vienen a la mente ideas de venganza. Eres tan estúpido. ¿Por qué no me das una llamada? Sencillamente, no te comprendo. Tenías que saber que esto iba a ocurrir. ¿Se puede saber qué es lo que te pasa?*

**Comentario:** *Esto es incorrecto porque proporciona demasiada información y se prolonga durante demasiado tiempo, además de culpabilizar.*

2. *Conversaciones faciales.* A los pacientes se les alienta a desarrollar una expresión facial de agresividad. Se hace que los pacientes trabajen delante de un espejo o con una cámara de vídeo o una cámara digital (véase capítulo 3). Se practican las expresiones faciales, sin hablar, correspondientes a la furia, la agresividad, el enojo, la calma y la felicidad. Si ello fuera necesario, se practican otras emociones como la ansiedad, la vergüenza, la culpa y la depresión (al igual que la felicidad) con el fin de aprender a diferenciar los sentimientos. Se enseña a los pacientes a utilizar diferentes expresiones faciales aplicadas a diferentes intensidades de agresividad. Las fotos que figuran más abajo muestran los intentos iniciales de esta mujer por manifestar enfado y agresividad.

**Figura 10-1.**



3. *Aprender a contradecir.* Aunque estén en desacuerdo con los demás y reaccionen intensamente ante lo que acaban de escuchar, son muchos los pacientes que no expresan sus opiniones. Es útil que estos pacientes practiquen los desacuerdos, sin sentirse agresivos y sin menospreciar a la otra persona. Suele ser útil comenzar con algunas declaraciones sencillas, pero manifiestamente falsas. Por ejemplo:

Profesional: *Los New York Mets son un grupo vocal.*

Paciente: *No estoy de acuerdo. Creo que los New York Mets son un equipo de béisbol.*

Profesional: *Vale, de acuerdo, supongo que tienes razón. Me parece que Babe Ruth jugó con ellos, ¿no?*

Paciente: *No lo creo. Vuelvo a estar en desacuerdo. Creo que Babe Ruth ya jugaba antes de que los Mets existieran como equipo.*

A continuación, se progresa lentamente hacia declaraciones más problemáticas:

Profesional: *La pornografía es buena para el país.*

Paciente: *No estoy de acuerdo. Pero háblame un poco más de ello para que pueda comprender qué es lo que estás tratando de decir.*

Profesional: *En realidad, Hitler tuvo algunas ideas bastante buenas.*

Paciente: *Estoy totalmente en desacuerdo. Hitler era maligno. Pero explícame un poco más tu posición. Tal vez yo no comprenda exactamente qué es lo que estás tratando de decir.*

El objetivo consiste en ayudar al paciente a reconocer que suele haber muchas cosas con las que estar en desacuerdo y que el desacuerdo es algo absolutamente legítimo. Es la forma en que se expresa el desacuerdo lo que reviste la mayor importancia. El desacuerdo directo, sincero y apropiado puede ser reforzado por el profesional durante las sesiones. Por contraste, es preciso discutir y extinguir las manifestaciones despectivas de desacuerdo, como: “¡¡No comprendo cómo puedes decir algo así!! Hitler era un canalla y el mero hecho de que digas eso me hace dudar de qué clase de persona eres realmente”.

4. *El lenguaje en “primera persona”.* Con demasiada frecuencia, los pacientes tratan de alcanzar soluciones apelando a la lógica o a las normas, en lugar de limitarse a expresar sus deseos personales. Aunque no tiene nada de malo apelar a la lógica, es importante que los pacientes sean capaces de expresar sus opiniones sin necesidad de buscar justificaciones. Consideremos los dos comentarios siguientes:

Paciente 1: *Me gustaría que hablásemos ahora de nuestro problema.*

Paciente 2: *Tiene sentido que hablemos ahora de nuestro problema, porque si lo dejamos para más adelante me olvidaré de lo que me ronda por la cabeza y algunas cosas que me gustaría decir se quedarán en el tintero.*

Aunque la petición justificada y más larga del Paciente 2 pueda ser cierta, la petición del Paciente 1 es más directa y va más al grano.

*Diferenciar la asertividad de otras posibles respuestas.* Los pacientes, y los que no son pacientes, suelen tener una idea un tanto confusa respecto de las importantes diferencias entre una respuesta asertiva, una respuesta verbalmente aversiva, una respuesta de agresión y una respuesta no asertiva o no respuesta. Por lo tanto, señalar y enseñar la diferencia existente entre estas distintas respuestas también forma parte del programa de intervención para el desarrollo de las habilidades vitales.

La *asertividad* implica la expresión de los propios sentimientos y pensamientos de forma *apropiada*, sin violar los derechos de los demás. El objetivo consiste en transmitir mensajes sencillos acerca de los propios pensamientos, sentimientos y deseos, sin adornos y respetando a la otra persona. A continuación vienen algunos ejemplos:

Esto es lo que pienso:

Asertivo: *Creo que no le caigo bien a mi jefe.*

Adornado: *Al gilipollas de mi jefe no le caigo bien.*

Esto es lo que siento:

Asertivo: *Cuando me acuerdo de lo que me hiciste, me siento agresivo.*

Adornado: *Cuando me acuerdo de lo que me hiciste, me siento de muy mala leche y me viene a la cabeza lo estúpido que en realidad eres. ¡No te lo perdonaré jamás, hijo de puta!*

Esto es lo que quiero:

Asertivo: *Quiero hablar contigo de lo que pasó. Y me gustaría que fuera ahora.*

Adornado: *¡Más vale que nos pongamos a hablar de nuestro problema ahora mismo!  
¡Seguro que mañana no pensarás que era tan importante!*

La asertividad no es un truco para que el paciente consiga lo que quiere. El *objetivo de la asertividad es expresarse adecuadamente y mejorar la oportunidad de comunicarse.* Debido a factores situacionales (por ejemplo, una empresa que está pasando por dificultades económicas) o personales (un jefe obstinado), la asertividad no siempre conduce al paciente a alcanzar los objetivos deseados (por

ejemplo, un aumento salarial). En estos casos, los diferentes modelos de aceptación, adaptación y ajuste presentados en los capítulos 13, 14 y 15 suelen ser muy útiles. Ahora bien, la asertividad aumenta enormemente la probabilidad de tener éxito en muchos contextos interpersonales.

La *respuesta verbalmente aversiva*, por contraste con la asertividad, supone la *expresión* de los propios sentimientos y pensamientos *a expensas de los demás*. Esta modalidad de respuesta verbal suele estar motivada por la agresividad y tiene por objetivo aumentar la sensación de poder. Suele incluir la deshonestidad, la desatención y una actitud despreciativa. Cuando un paciente responde de esta forma, el mensaje transmitido suele conducir a una disminución en la calidad de las relaciones interpersonales. A la otra persona no se le permite tener una opinión diferente. A continuación vienen algunas ilustraciones de relaciones agresivas ineficaces:

Un marido agresivo hablándole a su mujer:

*Me parece que eres una estúpida en lo relacionado con el dinero. No hay nada malo en tener seis tarjetas de crédito, siempre que sepas llevar la cuenta de lo que haces con ellas. Dado que tú no trabajas, no me cabe duda de que puedes hacerlo, ¿o no?*

Una madre agresiva hablándole a su hijo:

*¿Por qué demonios no puedes aprenderte eso? ¿Te pasa algo o sencillamente eres tonto? Quiero que te pongas a hacerlo ahora mismo, ¡y sin rechistar!*

El mensaje en términos generales es: “Lo que yo pienso y lo que yo siento es lo que cuenta, y lo que tú pienses o sientas no. ¡Esto es lo que tienes que hacer! Y me trae sin cuidado lo que tú quieras”.

La *respuesta de agresión*, como se observó en el capítulo 1, consiste en una conducta motriz como empujar, tirar al suelo, dar bofetadas, puñetazos y patadas. En casos extremos, también consiste en el uso de armas como cuchillos, pistolas y cuerdas. La respuesta agresora suele ser *casi siempre* inapropiada, dado que el objetivo es provocar un daño físico a los demás. La respuesta agresora no tiene cabida en la mayoría de las relaciones interpersonales. La excepción tiene que ver con situaciones en las que el propio bienestar físico o la propia vida están en peligro. Así, en tiempo de guerra o ante un posible violador o ante alguien que maltrata físicamente a su pareja, la agresión defensiva suele considerarse apropiada. Pero, incluso en estas situaciones, la agresión “óptima” es proporcional a la amenaza y finaliza en el momento en que ésta se desvanece. Así, la agresión ejercida sobre algunos prisioneros de guerra es inapropiada porque éstos supo-

nen una escasa amenaza para sus captores. Y, una vez que el cónyuge agresor o el violador es refrenado, la agresión defensiva debe darse por finalizada. Al margen de estas excepciones procedentes de algunos casos tratados por profesionales de la salud mental, es justo señalar una vez más que la respuesta agresora es casi siempre inapropiada.

La *respuesta no asertiva* debería ser calificada más apropiadamente de *no respuesta*. Algunos pacientes agresivos no asertivos pueden no expresarse en absoluto. Violan sus propios derechos y no expresan lo que sienten ni lo que piensan o, cuando deciden expresarse, lo hacen en tono de disculpa. La respuesta no asertiva constituye una alternativa negativa, pero no físicamente destructiva. Consideremos las siguientes relaciones no asertivas:

Un paciente no asertivo y su madre:

*Comprendo que quieras que te visite con más frecuencia. Tal vez podría reducir mi jornada laboral, o no ir al gimnasio los martes y los jueves. Entonces podría ir a verte y llevarte a algún sitio.*

Un paciente no asertivo y su novia:

*Supongo que estaba equivocado al enfadarme cuando fuimos a cenar a casa de tus padres. Seguramente, tu interpretación de lo que tu padre dijo sobre mi trabajo fue correcta. Aun en el caso de que no esté de acuerdo, en lo sucesivo me limitaré a mantener la boca bien cerrada.*

Cuando los pacientes actúan de una forma no asertiva, su objetivo no es otro que evitar el conflicto a cualquier precio. Esto, evidentemente, es poco inteligente y prácticamente imposible. Los conflictos forman parte de la vida.

De cara a fomentar las respuestas asertivas (y no verbalmente aversivas), además de los aspectos mencionados más arriba, la discusión puede ayudar a los pacientes a definir sus derechos personales y los derechos de los demás, a reducir sus bloqueos a la hora de comportarse asertivamente (por ejemplo, pensar que es malo estar en desacuerdo con el jefe) y a desarrollar conductas asertivas mediante la práctica activa. El *role-playing*, el ensayo conductual y el modelado son las técnicas a utilizar. Y, como siempre, la práctica repetida en la consulta es crucial de cara a tener éxito. Podemos comenzar por la hoja de práctica de la respuesta asertiva que aparece en la página siguiente. Discutiremos las respuestas del paciente a cada una de las situaciones y daremos *feedback* correctivo y refuerzo cuando ello sea apropiado.

### Hoja de Práctica de la Respuesta Asertiva

La asertividad implica la expresión verbal directa, sincera y apropiada de los propios sentimientos y deseos. Responder asertivamente a los demás suele ayudarnos a alcanzar nuestros objetivos. Por contraste, las respuestas verbalmente aversivas representan un intento de conseguir nuestros propósitos –al margen de cuáles puedan ser– a la fuerza y a expensas de los demás. A largo plazo, las reacciones agresivas y verbalmente aversivas conducen a empeorar las relaciones con los demás.

Las situaciones descritas más abajo tienen el potencial necesario para desarrollar un conflicto con los demás. Considere cada uno de los problemas y escriba a continuación una respuesta agresiva y una respuesta asertiva para cada uno de ellos.

1. Anteriormente, usted le ha dicho a sus amigos que no le gusta llevar ningún suéter. Ayer, su mejor amigo, Charles, le compró un suéter como regalo de cumpleaños. Usted puede reconocer que era muy caro y que Charles parecía muy orgulloso de su regalo. Charles dijo que le costó muchísimo encontrarlo. Pero en realidad a usted no le gusta. De hecho, no quiere tener ningún suéter y le gustaría cambiarlo por otra cosa.

Charles dice: “Aquí tienes tu regalo. A mí me encanta y espero que te guste. También espero que te lo pongas en la fiesta que voy a dar la próxima semana”.

Su respuesta *verbalmente aversiva*:

---

---

Su respuesta *asertiva*:

---

---

2. Usted lleva unos 45 minutos viendo una película muy buena por la televisión. Su pareja/su compañero de piso entra en la habitación, cambia de canal y dice: “Vamos a pasarlo a las noticias. Quiero ver los resultados de los deportes”.

Su respuesta *verbalmente aversiva*:

---

---

Su respuesta *asertiva*:

---

---

3. Usted está pasando por un momento muy duro en su trabajo. La empresa está teniendo problemas económicos y su supervisor suele estar muy estresado. Hoy, el supervisor le dice: “Escúcheme. Quiero que se quede a trabajar hasta las 10 de la noche los jueves y los viernes. No podemos pagarle más, pero necesitamos que nos haga este favor. ¡Las cosas van mal en la empresa y es preciso que trabaje todavía más!”.

Su respuesta *verbalmente aversiva*:

---

---

Su respuesta *asertiva*:

---

---

4. Usted fue a cenar con unos familiares, incluida su madre de 70 años. Después de cenar, su cuñada le hace en privado una serie de comentarios despectivos acerca de su madre. En concreto le dice: “¡Puf! Tu madre está cada vez peor. No se acuerda de los nombres y dice algunas cosas verdaderamente estúpidas”.

Su respuesta *verbalmente aversiva*:

---

---

Su respuesta *asertiva*:

---

---

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

# El entrenamiento en solución de problemas sociales

## 11

*Todo aquello que concuerda con nuestros deseos personales nos parece cierto. Y todo aquello que no concuerda con los mismos, nos pone furiosos*

André Maurois

Los pacientes con problemas de agresividad no contemplan las dificultades y los retos de la vida como problemas a resolver. En su lugar, reaccionan de una forma unilateral y persistente limitándose a rumiar las injusticias que perciben, quejarse de las frustraciones tanto cotidianas como excepcionales, obsesionarse con la idea de vengarse, poner malas caras, gritar y/o enzarzarse en actividades evitativas como el juego patológico o el abuso de sustancias psicoactivas. Obviamente, tales reacciones tienen escasas probabilidades de conducir a resolver exitosamente los problemas.

Los pacientes agresivos también son propensos a reaccionar impulsivamente y sin reflexionar frente a los desencadenantes aversivos e indeseados y a pasar por alto la consideración de las consecuencias inmediatas y a largo plazo de sus actos. Además, rara vez tienen en cuenta la gama completa de opciones alternativas que tienen a su alcance cuando se encuentran con una situación desagradable. Por todas estas razones, suele ser útil enseñarle a estos pacientes la importancia de abordar las dificultades desde la perspectiva de la solución de problemas sociales y exponer algunas estrategias de solución de problemas que puedan utilizar en su vida cotidiana.

Los psicólogos han desarrollado diferentes métodos de solución de problemas para ayudar a los niños y los adultos a abordar sus dificultades, desde disminuir las emociones negativas a incrementar las conductas sanas en los pacientes cardíacos (Bruene-Butler, *et al.*, 1997; Ewart, 1990; Nezu & D'Zurilla, 1989). La premisa fundamental es que la agresividad tiene más probabilidades de aparecer –e intensificarse– cuando los pacientes tropiezan con estresores para los



que no disponen de las estrategias de afrontamiento adecuadas o de posibles soluciones. El modelo en cuatro pasos que recomendamos en este capítulo constituye una adaptación del trabajo de D'Zurilla y Golfried (1971).

Al igual que con otras muchas estrategias de intervención presentadas en este manual, creemos que lo mejor es que los profesionales y los pacientes *colaboren conjuntamente* en el esfuerzo por aprender nuevas habilidades. Así, en el “espíritu” de la solución de problemas, el profesional se cuida de decirle directamente al paciente lo que tiene que hacer. Antes bien, *el papel del profesional se limita a ayudar al paciente a generar alternativas y elegir la mejor línea de acción para un problema particular en curso*. Es probable que el hecho de “decirle” a un paciente agresivo cómo tiene que actuar sea contraproducente, dado que éste puede percibir un enfoque tan directo como un ataque a su libertad personal.

Los cuatro pasos del modelo de solución de problemas se exponen en detalle más abajo. El objetivo del enfoque de solución de problemas –ayudar a los pacientes a encontrar la solución más eficaz de entre las muchas posibles a un problema personal específico– debe ser expuesto claramente. Dado que el paciente y el profesional suelen estar habitualmente de acuerdo en los objetivos de la intervención, cuando se lleva a cabo correctamente, el enfoque de solución de problemas no suele generar ninguna resistencia sino, antes bien, fortalecer la alianza terapéutica. Obviamente, un objetivo secundario –pero no menos importante– consiste en enseñar un modelo que los pacientes puedan aplicar en un futuro cuando aparezcan nuevos desencadenantes agresivos.

## LOS DIFERENTES PASOS DEL MODELO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

---

### 1. Identificar claramente la situación-problema y generar posibles soluciones

---

En primer lugar se identifica conjuntamente con el paciente una situación interpersonal actual que le resulte especialmente dura o difícil. Esta situación singular se convierte en el objetivo de la sesión y es crucial que se mantenga la atención en el desencadenante identificado. Si el paciente saca a relucir otras cuestiones (como suele suceder), éstas pueden trabajarse después de haber encontrado una solución para el primer problema.

Es preciso identificar el(los) desencadenante(s) del problema de una forma clara y objetiva. Esto suele hacerse habitualmente con la ayuda de un formato del tipo “cuando-entonces”. Por ejemplo:

John, dijiste que **cuando** llegas tarde a casa después del trabajo, (**entonces**) te encuentras a tu mujer muy agresiva y (**entonces**) soléis acabar discutiendo muy seriamente. ¿Lo he entendido correctamente?

Mediante el uso del formato “cuando-entonces” se reduce la probabilidad de excederse en “rodeos descriptivos” en base, por ejemplo, a culpabilizar o magnificar la situación y presentarla de una forma desproporcionada.

Una vez que el desencadenante haya sido claramente identificado, se procede a generar el mayor número posible de soluciones. El profesional puede decir:

*Pasemos ahora a pensar en algunas de las cosas que podrías hacer la próxima vez que llegues tarde a casa, con el fin de evitar tener una discusión con tu mujer.*

Registramos por escrito cada una de las alternativas que el paciente expone. Esto no lo hacemos para recordarlas, sino antes bien para ejemplificarle al paciente un estilo ordenado de pensamiento, conducta y solución de problemas. Recordemos que con frecuencia los pacientes agresivos no son capaces de definir sus problemas con claridad. Uno de los objetivos de esta técnica consiste en enseñar el proceso de solución de problemas, razón por la cual es importante que los profesionales den muestras de una gran capacidad de estructuración y organización a lo largo de toda la sesión.

Los pacientes suelen sugerir “soluciones” ineficaces o extremas a sus problemas. Ello puede deberse a que no son capaces de definir las alternativas con claridad o bien a un intento de provocar al profesional para ver cómo reacciona (véase el ejemplo que viene más adelante). Al margen de lo que el paciente pueda sugerir, debemos registrar por escrito *todas* las alternativas generadas, por eficaces o ineficaces, simplonas o extravagantes que puedan ser. No comentaremos ni criticaremos las sugerencias del paciente ni daremos muestras de una reacción intensa ante una ocurrencia extrema. Nos limitaremos sencillamente a escribir lo que el paciente dice.

Ocasionalmente, al paciente se le pueden ocurrir una o dos alternativas malas y dejar de hacer sugerencias. En ese caso, debemos instarle amablemente a pensar en otras posibilidades. Por ejemplo:

*John, dijiste que **cuando** llegas tarde a casa y tu mujer se pone agresiva contigo, **entonces** podrías: (1) decirle que es una estúpida y que se calle, o podrías (2) ignorarla e irte a la cama. ¿Hay alguna otra cosa que podrías decir o hacer?*

Con ayuda de la persistencia, la mayoría de los pacientes finalmente propondrán varias alternativas constructivas. Observemos que, en el ejemplo anterior, las dos opciones que el paciente propuso representan alternativas extremas.

Una de ellas supone la *confrontación* directa y la otra la *evitación*. Los pacientes agresivos suelen tener dificultades en concebir alternativas situadas en el “término medio” tales como explicar, discutir sanamente y concebir de mutuo acuerdo un plan respecto de cómo actuar la próxima vez que vuelva a llegar tarde. Podemos ayudar amablemente con sugerencias como: “¿Se te ocurre alguna idea acerca de otras posibles formas de abordar la situación que pudieran ayudar a solucionar el problema, si esto mismo vuelve a suceder?”.

Una vez que se ha confeccionado la lista de alternativas, lo que incluye el espectro completo de posibles líneas de acción, ineficaces y eficaces, se las leemos al paciente para asegurarnos de que todas las alternativas fueron registradas correctamente. Y proseguimos con el siguiente paso. En las páginas que vienen a continuación aparece una *Hoja de Trabajo para la Solución de Problemas* y un ejemplo práctico para los pacientes.

### *Ejemplo de Hoja de Trabajo para la Solución de Problemas*

**1. Descripción del problema. Utilice el formato “cuando-entonces” e incluya acciones, pensamientos y verbalizaciones en ambas partes.**

(Cuando) A veces tenemos muchísimo trabajo en la empresa.

Regreso tarde a casa, pero no llamo a mi mujer para decirle que llegaré tarde.

(Entonces) Aparezco por la puerta. Mi mujer me recibe con el gesto torcido y es evidente que está de muy mal genio.

Pienso que no me comprende y ¡así se lo digo!

Nos enzarzamos a discutir hasta que al final le digo que se calle. Me voy al otro extremo de la casa y me pongo a ver la televisión.

**2. A continuación, haga una lista de un mínimo de cinco respuestas alternativas y de los resultados previsibles a corto y largo plazo de cada una de las alternativas.**

*Respuestas alternativas*

1. Darle un beso y decirle que haga la cena.

2. Hacer un alto y comprarle unas flores.

3. Estar fuera hasta muy tarde. Ir a beber algo.

4. Pedirle disculpas. Preguntarle qué podemos hacer.

5. ¡Decirle que es exactamente igual que su madre!

*Reacción a corto plazo*

Se pone a hacer la cena y estamos en silencio.

Mi mujer se siente agresiva, pero también feliz.

Mi mujer se siente primero agresiva y después preocupada.

Me perdona un poco.

Agresividad.

*Reacción a largo plazo*

Falta de comunicación. Resentimiento.

Mayor comprensión por su parte.

Muy mal.

Podemos confeccionar un plan para saber qué podríamos hacer cuando esto vuelva a suceder.

Agresividad.

[Howard Kassinove y Raymond Tafate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

### Hoja de Trabajo para la Solución de Problemas

1. Descripción del problema. Utilice el formato “cuando-entonces” e incluya *acciones, pensamientos y verbalizaciones* en ambas partes.

Cuando \_\_\_\_\_

Entonces \_\_\_\_\_

2. A continuación, haga una lista de un mínimo de cinco respuestas alternativas y de los resultados previsibles a corto y largo plazo de cada una de las alternativas.

<i>Respuestas alternativas</i>	<i>Reacción a corto plazo</i>	<i>Reacción a largo plazo</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

## 2. Evaluar las consecuencias más probables de cada una de las alternativas

A continuación se evalúa cada una de las respuestas alternativas en términos de las consecuencias más probables que podría generar. Se le pide al paciente que piense en lo que podría suceder realmente en cada uno de los casos, tanto a corto plazo como a largo plazo. Por ejemplo:

*Muy bien, una de las cosas que dijiste que podrías hacer **cuando** tu madre critica tu forma de educar a tus hijos es (**entonces**) señalarle todas las cosas que ella misma hizo mal cuando te educó a ti. ¿Cuál crees que podría ser su reacción inmediata si decides responderle de esa forma? ¿Cómo podría reaccionar? A largo plazo, ¿cómo crees que podría afectarle esto a tu relación con ella?*

Nuestra labor consiste en hacer preguntas con el propósito de alentar al paciente a pensar cuidadosamente en las consecuencias relacionadas con cada una de las alternativas específicas generadas.

Una vez que el paciente responde, registramos por escrito las consecuencias más probables. A medida que vamos recorriendo la lista, tratemos de no juzgar *en este momento* ninguna de las alternativas particulares. No aprobemos ni descartemos ninguna de las acciones propuestas hasta no haber completado toda la lista de opciones. La mayoría de los pacientes son capaces de evaluar acertadamente las consecuencias más probables cuando se concentran en ello siguiendo este procedimiento. Pero también es apropiado discutir y debatir las consecuencias, si creemos que el paciente no está juzgándolas acertadamente. Por ejemplo:

*Alan, dijiste que si le dices directamente a tu compañero de trabajo que se preocupe de sus asuntos y que no entre en tu departamento, ello daría como resultado que se entrometería menos en tu labor. ¿Qué más podría suceder si te decides a enfocar el problema de esta forma?*

El objetivo consiste en acordar *conjuntamente* cuál sería la reacción o consecuencia más probable.

Una vez que hayamos llegado a un acuerdo conjunto, exploraremos la siguiente alternativa de la lista. Por ejemplo:

*Marge, también dijiste que podrías reaccionar ante el problema que tienes con tu madre optando por no verla. ¿Qué podría suceder en el caso de que te decidieras a hacer esto? ¿Cómo crees que podría afectarle a largo plazo a tu vida el hecho de no tener ninguna relación con ella? ¿Qué efecto crees que podría tener esto sobre el resto de tu familia?*

Una vez que las consecuencias de cada una de las alternativas hayan sido identificadas, se las volveremos a leer al paciente. Esto lo hacemos con el propósito de revisarlas junto con él para asegurarnos de que la lista es correcta. En realidad, una razón más importante para leer la lista es que ello le permite al paciente ver que existe de hecho un amplio abanico de opciones a su disposición –cada una de las cuales es probable que genere un resultado diferente. El paciente, esperamos, identificará cuáles son las alternativas más extremas y cuáles las más moderadas.

### **3. Seleccionar la que parece ser la mejor alternativa y ponerla en práctica.**

---

Una vez que hayamos llegado a un acuerdo con el paciente acerca de la lista de alternativas, el siguiente paso consiste en elegir la opción que parece ser la mejor. Una vez más, no le corresponde al profesional decidir, sino más bien hacer preguntas que le permitan al paciente tomar una decisión consciente. Una forma de iniciar este paso consiste en descartar las opciones que tengan menos probabilidades de conducir a un resultado deseable para el paciente. Por ejemplo:

*John, ¿cuál de estas opciones crees que podría generar más conflictos entre tu mujer y tú, y cuál podría ayudarte a fortalecer la relación?*

Por lo general, suelen haber dos o tres opciones que podrían tener un resultado positivo y la verdadera labor consiste en escoger entre ellas.

Otra cuestión a tener en mente cuando trabajamos con el paciente para seleccionar la “mejor” solución es su nivel de habilidad interpersonal. Un error muy frecuente que los profesionales suelen cometer consiste en seleccionar la alternativa que parece tener mayores probabilidades de generar el resultado más positivo, pero que el paciente no puede llevar a cabo adecuadamente. Por ejemplo, cuando trabajamos con un paciente que no se siente satisfecho con su trabajo, la opción de pedir asertivamente un aumento de sueldo y de tener una mayor responsabilidad puede parecer la mejor. Ahora bien, la alternativa sería arriesgada si el paciente no posee las habilidades necesarias para responder a las posibles críticas y razones alegadas por las que el aumento podría no serle concedido. En este caso, el paciente y el profesional tienen dos opciones. La primera consiste en seleccionar una alternativa que el paciente pueda llevar a la práctica con éxito *de acuerdo con su nivel actual de habilidad*. La otra posibilidad consistiría en trabajar conjuntamente, como se expuso en el capítulo 10, con el objetivo de desarrollar las habilidades necesarias para ejecutar con éxito la opción más deseable.

#### 4. Ejecutar la nueva respuesta y valorar su eficacia.

---

Una vez que se haya llegado a un acuerdo conjunto respecto de cuál podría ser la línea de acción más favorable, y que se haya determinado que el paciente tiene las habilidades necesarias para poner en práctica la alternativa identificada, los últimos pasos consisten en ejecutarla y evaluar los resultados. Se le pide al paciente que lleve a cabo la conducta acordada y se le dice que la eficacia de la nueva respuesta será revisada en una sesión ulterior. Ello se puede hacer de diversas formas. Los informes de los pacientes son ciertamente aceptables y constituyen una fuente primaria de información para los profesionales. Ahora bien, como señalamos en el capítulo 3, también puede ser deseable que el relato del paciente sea confirmado por el informe de una tercera persona (por ejemplo, el marido, la mujer, un hijo, un amigo o un compañero de trabajo) que podría venir a una de las sesiones. Otra alternativa es que *puede* que al profesional le sea posible observar directamente algunas de las reacciones del paciente. Por ejemplo, ocasionalmente es posible la observación directa en un centro de enseñanza, en el trabajo, en una institución penitenciaria o en el contexto del propio hogar. Esta observación directa le brinda al profesional la oportunidad de reforzar la habilidad recientemente adquirida. Una vez que el paciente haya logrado solucionar con éxito un problema interpersonal específico, el modelo puede aplicarse a otras dificultades.

#### EJEMPLO DE UNA SESIÓN DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

---

Rick, un adolescente de 17 años, se ha pasado los tres últimos años entrando y saliendo de los reformatorios juveniles. Tiene un historial de arrebatos impulsivos de agresividad que suelen terminar en disputas verbales. Pero en varias ocasiones estas disputas han ido en aumento hasta desembocar en altercados físicos. Rick acaba de ser puesto en libertad condicional. Una de las estipulaciones del acuerdo de libertad condicional es que pueda conservar un empleo a tiempo parcial durante cuatro semanas. Si no es capaz de conservar el empleo, o si se mete en alguna pelea, será devuelto al reformatorio. Pero a la primera semana de incorporarse al trabajo (un almacén dentro de un gran supermercado), Rick ya está teniendo dificultades.

La sesión tiene lugar en un centro de asesoramiento para pacientes externos dependiente de la cárcel (como alternativa a la misma).



- Profesional: *Muy bien, Rick, así que según me dices estás teniendo dificultades en tu nuevo empleo.*
- Paciente: *Pues sí. Su gente me envió a trabajar a ese sitio con un tío que es un gilipollas y que no sabe cómo tratar a la gente con respeto. ¡Usted me eligió para que fracasara! Nadie es capaz de trabajar con ese tío. ¡Estoy muy cabreado con usted y con el trabajo!*

Obviamente, Rick se pone agresivo cuando piensa en su situación actual o habla de ella. Lo más fácil sería que el profesional se convirtiera en el blanco de la agresividad de Rick y que la sesión fuera improductiva. Observemos cómo el profesional trata de devolver el centro de atención a los objetivos de Rick. En el modelo de solución de problemas, la mayoría de las veces el profesional intenta aliarse con los objetivos del paciente.

- Profesional: *Vaya, al parecer te hemos buscado a un puesto de trabajo un tanto difícil. Es probable que no sea el mejor puesto para ti, dado que estás tratando de volver a valerte por ti mismo y quieres evitar volver a la cárcel.*
- Paciente: *Pues sí, es un mierda de trabajo para mí precisamente ahora. No sé cómo voy a ser capaz de llevar ese empleo y seguir fuera de la cárcel.*
- Profesional: *¿Cuánto tiempo tienes que conservar ese empleo?*
- Paciente: *Tengo que conservarlo durante cuatro semanas. Después me puedo ir a otro sitio.*
- Profesional: *Así que estás en una situación realmente difícil. No quieres estar en ese trabajo, pero, por otro lado, quieres tener éxito y poder irte a otro sitio y no tener que volver.*
- Paciente: *Pues sí.*
- Profesional: *¿Qué es más importante para ti en este momento, quitarte de encima ese trabajo o seguir fuera de la cárcel?*
- Paciente: *Lo sabe muy bien. Seguir fuera de la cárcel.*
- Profesional: *¿Entonces te gustaría que trabajásemos para que puedas mantenerte en ese puesto de trabajo durante las cuatro semanas?*
- Paciente: *Bueno, supongo que sí.*

Una vez que el objetivo de Rick ha sido claramente identificado, el profesional obtiene más detalles acerca del conflicto interpersonal:

- Profesional: *Rick, dijiste que tu nuevo jefe no te trata bien. ¿Qué cosas te hace?*
- Paciente: *Para empezar, me manda de acá para allá. Me dice lo que tengo que hacer y después se va. No me mira cuando me habla. Sabe que vengo del programa de la cárcel y se comporta como si yo fuera una basura.*

Profesional: *¿Así que es del tipo de los que se limitan a decirte lo que tienes que hacer en base a escupirte órdenes, como en el ejército?*

Paciente: *No, es peor que eso. Por lo menos en el ejército te miran. Él sólo escupe órdenes al aire y después se va.*

Profesional: *¿Y eso te está afectando?*

Paciente: *Pues sí. ¿No se cabrearía usted si la gente le tratase de esa forma?*

Profesional: *Bueno, lo cierto es que parece ser una situación difícil. Pero lo que tú realmente quieres es mantenerte firme y poder conservar ese trabajo para seguir fuera de la cárcel.*

El profesional continúa: (1) recordándole a Rick cuál es su objetivo, y (2) posicionándose del lado de Rick. Como vemos, es importante evitar las discusiones.

Profesional: *Rick, ¿podrías darme una muestra de cómo te habla tu jefe? Por ejemplo, supongamos durante un minuto que yo soy tú y que tú eres tu jefe. Muéstrame cómo te habla tu jefe.*

Paciente: *Vale. “Eh, levanta esas cajas y llévalas abajo. Cuando hayas terminado, vuelve aquí y barre el almacén de cabo a rabo”. [Dicho en un tono de voz elevado y sin mirar al profesional].*

Ahora el profesional continúa guiando a Rick a largo del primer paso en la solución de problemas.

Profesional: *Entonces, Rick, dado que quieres conservar tu trabajo, ¿cómo podrías responderle a tu jefe **cuando** te escupe órdenes como esa? Me gustaría que generásemos algunas opciones y las pondremos por escrito en esta Hoja de Solución de Problemas.*

Paciente: *Bueno, podría coger uno de los botes de las estanterías y darle con él en la cabeza.*

El profesional no reacciona ante esta declaración, ni la juzga, sino que se limita a registrarla por escrito.

Profesional: *¿Qué otras cosas podrías hacer cuando te habla de esa forma?*

Paciente: *Supongo que podría simplemente tomarme un descanso. Salir afuera y fumar un cigarro.*

Profesional: *¿Y qué más podrías hacer?*

Paciente: *Podría decirle que se fuera al infierno y dar media vuelta.*

El profesional sigue adelante hasta que se generen mejores alternativas. También es preciso seguir recordándole a Rick cuál es su objetivo.

- Profesional: *Muy bien, Rick. Hasta el momento has dicho que podrías arrojarle un bote a la cabeza, tomarte un descanso y fumarte un cigarro o decirle que se vaya al infierno. ¿De qué otra forma podrías reaccionar para lograr tu objetivo de mantener el trabajo durante cuatro semanas para que no tengas que volver a la cárcel?*
- Paciente: *Ah, conservar el trabajo. Bueno, pues supongo que podría tratar de no reaccionar ante él en absoluto. Ya me entiende. Quedarme callado simplemente.*
- Profesional: *¿Quieres decir limitarte a cumplir con tu trabajo y no tomártelo de forma personal –y tal vez verlo sin más como un estilo desagradable por su parte?*
- Paciente: *Pues sí.*
- Profesional: *¿Qué otra cosa podrías hacer para conservar el empleo durante las cuatro semanas?*
- Paciente: *Mi hermana cree que debería hablar con él y decirle que no me trate de esa forma.*
- Profesional: *En ese caso, podrías decirle cómo te sientes cuando él te habla de esa forma y pedirle que cambie su forma de hablarte.*
- Paciente: *Pues sí.*

Ahora el profesional se mueve en dirección al segundo paso de evaluar las consecuencias de cada una de las alternativas.

- Profesional: *Muy bien, así que tengo escritas cinco formas diferentes mediante las cuales podrías responderle a tu jefe cuando te habla: (1) arrojarle un bote a la cabeza, (2) tomarte un descanso y fumarte un cigarro, (3) decirle que se vaya al infierno, (4) centrarte sin más en cumplir con tu trabajo y no tomártelo como algo personal, y (5) hablarle de cómo te sientes y pedirle que cambie. ¿Las apunté bien?*
- Paciente: *Sí.*
- Profesional: *Recuerda que tu objetivo es conservar tu empleo. Así que vamos a echarle un vistazo a cada una de estas posibilidades. ¿Qué crees que sucedería si le arrojas el bote a la cabeza?*
- Paciente: *Me sentiría bien por un momento, pero perdería el empleo y me volverían a encerrar. Probablemente me caería más tiempo esta vez.*
- Profesional: *De modo que eso no te ayudaría a lograr tu objetivo. ¿Y qué sucedería si te limitases a tomarte un descanso y salieras a fumarte un cigarro?*
- Paciente: *Pues no estoy seguro. Por una parte, me relajaría. Pero pienso que le sentaría mal que me tomase un descanso sin su permiso. Probablemente me despediría.*

- Profesional: *De modo que, si te tomas un descanso cada vez que te pida que hagas algo, porque te estuvieras sintiendo agresivo, probablemente te despediría. ¿Y qué sucedería entonces?*
- Paciente: *Tendría que volver a la cárcel.*
- Profesional: *Entonces, esta opción tampoco sería buena en tu caso. ¿Y qué pasaría si le dijeras que se fuese al infierno?*
- Paciente: *Bueno, pues otra vez que probablemente me despedirían y tendría que volver a la cárcel.*
- Profesional: *¿Y qué te parece lo de limitarte a cumplir con tu trabajo y no tomártelo de forma personal? Comprender que escupir órdenes no es más que el estilo de ese hombre. Y comprender que es desagradable, pero creer que eres capaz de sobrellevarlo.*
- Paciente: *Bueno, no me gustaría tener que hacer eso. Pero si pudiera centrarme simplemente en cumplir con mi trabajo, podría irme de allí a las cuatro semanas.*
- Profesional: *Así que el hecho de no responderle te permitiría conseguir tu objetivo.*
- Paciente: *Pues sí.*
- Profesional: *¿Y qué hay de la última opción, la de tratar de hablar con él? ¿Qué crees que podría suceder si te decidieras a hacer eso?*
- Paciente: *Bueno, mi hermana dice que no debería permitirle que me tratara de esa forma y que debería decirle lo que pienso.*
- Profesional: *Muy bien, ¿y qué crees que sucedería si hicieras eso?*
- Paciente: *Puede que cambiase y se diera cuenta de que tiene que tratarme con más respeto.*
- Profesional: *No parece estar muy seguro. ¿Qué otra cosa podría suceder si le dijeras que te tratase mejor?*
- Paciente: *Podría decirme que me perdiera y despedirme.*
- Profesional: *De modo que esta opción es más arriesgada. Y podría significar volver a la cárcel.*
- Paciente: *Pues sí.*
- Profesional: *Rick, dame una idea de lo que podrías decirle si te decidieras a tener esa conversación con él.*

Llegados a este punto, el profesional se sale por unos momentos del modelo de solución de problemas para evaluar el nivel de habilidad de Rick. Es preciso determinar las habilidades asertivas de Rick. ¿Es probable que una conversación con el jefe condujera a tener una discusión o Rick sería capaz de expresarse sin culpabilizar a su jefe o enfurecerle de alguna otra forma?

Paciente: *Le diría que no debería tratar a las personas como si fueran basura. Que yo he estado en la cárcel y que lo tengo más difícil que la mayoría de las otras personas que tiene a su servicio. Debería hacérmelo más fácil y tratar de comprender mis problemas. Trataría de hacerle ver que está equivocado.*

Sobre la base de esta respuesta, el profesional piensa que actualmente a Rick le faltan las habilidades necesarias para tener una conversación productiva con su nuevo jefe.

Profesional: *Muy bien, Rick, dijiste que si hablastes con él, tal vez cambiase de actitud. Pero también podría decirte que te perderías. Y tú has descrito a tu jefe como una persona muy difícil de tratar. Así que, ¿cómo crees que reaccionaría?*

Paciente: *No lo sé. Podría cambiar. O podría despedirme.*

Profesional: *De modo que no está claro qué es lo que podría pasar. Da la impresión de que esta opción podría ser muy arriesgada. Considerando todas tus opciones, ¿cuál crees que es más probable que te ayude a mantener el trabajo durante las cuatro semanas?*

Paciente: *Supongo que limitarme a mantener la calma –centrarme en mi trabajo y no reaccionar.*

A algunos profesionales les podría parecer que sería más deseable a largo plazo enseñarle a Rick a hablar asertivamente con su jefe. Estamos de acuerdo. Ahora bien, dada la seriedad de la situación, la falta de tiempo para enseñarle a Rick tales habilidades y la ausencia de información acerca de su supervisor, parece que la mejor opción es que Rick no le responda a su nuevo jefe y espere a que pasen las cuatro semanas.

El profesional continúa progresando a lo largo del tercer paso.

Profesional: *De modo que, al parecer, la forma más segura de lograr tu objetivo de no perder el empleo y seguir fuera de la cárcel es que te limites a centrarte en tu trabajo y no te tomes sus comentarios en serio. ¿Crees que eres capaz de hacerlo?*

Paciente: *Pues sí. Claro que puedo ignorarle sin más. Sé que soy capaz.*

Profesional: *Muy bien, tal vez podrías ofrecerme una muestra. Vamos a practicar el no reaccionar a lo que tu jefe te diga la próxima vez que vuelvas al trabajo...*

Llegados a este punto, la incorporación de otras técnicas para ayudarle a Rick a no responder, tales como las *automanifestaciones racionales*, junto con la *exposición* y la *relajación*, podrían ser de utilidad. El objetivo consistiría en preparar a Rick

para que supiera manejar las declaraciones negativas de su jefe sin reaccionar con agresividad. Aunque la práctica de estas técnicas sería útil, también somos conscientes de que la limitación real de tiempo puede afectar a la aplicación de estas técnicas adicionales.

Por lo que se refiere al resultado de este caso en particular, Rick fue capaz de ignorar con éxito a su supervisor a lo largo de su siguiente jornada laboral. Aunque seguía sin gustarle la actitud de su supervisor, se mantuvo concentrado en sus propios objetivos y disfrutó de una sensación de logro por haber sido capaz de no reaccionar.

Durante la siguiente sesión, el profesional se concentró en las prácticas de exposición adicionales (capítulo 12). El profesional desempeñó el papel del jefe brusco y crítico mientras que Rick practicaba el no responder a una serie de declaraciones provocativas graduales. Esta estrategia se siguió utilizando en varias sesiones sucesivas. El profesional y Rick también se ocuparon de la cuestión de empezar a buscar un nuevo empleo una vez que se hubiera levantado la restricción condicional de las cuatro semanas. Rick logró controlar sus arranques de agresividad durante las cuatro semanas. Desgraciadamente, como suele ser frecuente en muchos de los centros relacionados con el sistema de enjuiciamiento criminal, Rick fue considerado como un caso a corto plazo. De modo que, una vez transcurridas las cuatro semanas, no volvió a tener más contacto con el profesional.

La solución de problemas sociales fue claramente de mucha utilidad para Rick, aunque ciertamente le quedaba más trabajo por hacer para lograr manejar eficazmente su agresividad. No obstante, el modelo de solución de problemas demostró ser una intervención útil y práctica, dadas las restricciones de tiempo y la posibilidad de que acontecieran consecuencias negativas graves. Además, el enfoque de solución de problemas le permitió al profesional establecer rápidamente una alianza de trabajo, en base a conectar con el objetivo de seguir fuera de la cárcel, esquivando así la agresividad potencial de Rick ante cualquiera que estuviese relacionado con el sistema de enjuiciamiento criminal.

La solución de problemas sociales está diseñada para poder brindarle a los pacientes algunas opciones cuidadosamente planificadas para afrontar sus problemas vitales. En el ámbito de los procedimientos para el manejo de la agresividad, figura entre los más prácticos dada su aplicabilidad a una amplia variedad de circunstancias. Si el profesional puede enseñarle al paciente los principios de este modelo altamente eficaz en cuatro pasos, tal vez el paciente sea capaz de aplicarlo a otras diferentes situaciones y le ayude a afrontar la agresividad y mejorar las relaciones interpersonales.



# La exposición

## 12

*No existe ningún remedio para el sufrimiento de los hombres, salvo pensar y actuar con veracidad y afrontar el mundo con decisión...*

Thomas Henry Huxley

Como observamos en el capítulo 8, las estrategias que promueven la evitación o la huida de las dificultades y de los estresores personales son ocasionalmente bastante útiles. Pero a largo plazo limitan las oportunidades de crecimiento. Las maniobras de evitación y huida pueden reforzar adicionalmente las conductas perjudiciales y los estilos agresivos, además de fortalecer la creencia de que es imposible afrontar y solucionar el problema. En última instancia, es probable que el cambio requiera que los pacientes se enfrenten voluntariamente a sus dificultades, que sean capaces de permanecer en estas situaciones y que aprendan nuevas habilidades con el fin de aprender a tratar con las personas y las circunstancias aversivas. Este modelo ha permitido tratar muchos problemas humanos, y especialmente los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, los pacientes que padecen crisis de angustia (ataques de pánico) se benefician de experimentar sensaciones desagradables a través del ejercicio físico, los fóbicos sociales mejoran en base a exponerse repetidamente a situaciones de evaluación y los pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo pueden disminuir sus síntomas imaginándose repetidamente escenas desagradables. Si los pacientes no tienen ocasión de huir del malestar, la exposición estructurada y repetida a los estímulos temidos suele conducir a la reducción de los síntomas.

Por lo que atañe al manejo de la agresividad, los profesionales han ignorado en gran medida los métodos basados en la exposición. En vista del éxito de los mismos en el manejo de la ansiedad, ¿por qué los profesionales de la salud mental no se deciden a incluir la exposición como un componente más de los programas para el tratamiento de la agresividad? Una preocupación muy común es que los pacientes se resistirán, dado que no comprenderán por qué se les pide



que vuelvan a experimentar los desencadenantes que generan su agresividad y los sentimientos agresivos consiguientes. Los pacientes están bastante acostumbrados a evitar y puede que de entrada no estén dispuestos a participar en los ejercicios de exposición. Su resistencia puede adoptar la forma de declaraciones como: "Lo único que quiero es olvidarme de todo esto. ¿Acaso no es lógico?". Reconociendo esta resistencia, a los profesionales les puede preocupar que el paciente decida finalizar el tratamiento prematuramente. Otra de las preocupaciones de los profesionales es que durante la realización de los ejercicios de exposición, los pacientes se vuelvan agresivos e incontrolables y puedan ponerse a dar golpes a diestro y siniestro o atentar contra la propiedad. Esto, evidentemente, sería bastante problemático tanto para el profesional como para el paciente. Otra preocupación más es que el enfrentamiento a los desencadenantes agresivos habituales pudiera conducir a un aumento persistente de la agresividad o exacerbar otros problemas emocionales ya existentes.

Aunque es importante que seamos conscientes de los efectos adversos potenciales de cualquier procedimiento, por nuestra parte venimos utilizando las técnicas de exposición en investigación y en contextos clínicos, y hemos constatado que estas preocupaciones son injustificadas. De hecho, hemos podido comprobar que las técnicas de exposición cuidadosamente planificadas promueven la reducción de las respuestas agresivas, disminuyen la activación física asociada a la agresividad y son bastante seguras tanto para los pacientes como para los profesionales. La clave consiste en trabajar en colaboración con el paciente, explicar lo que probablemente sucederá y decidir conjuntamente que la exposición constituye un tratamiento de elección. Si los ejercicios planificados convenientemente se discuten previamente en el contexto de una firme alianza de trabajo, la probabilidad de tener éxito se acrecienta sensiblemente.

En este capítulo presentaremos algunas estrategias basadas en la exposición que son útiles para ayudar a los pacientes a enfrentarse a sus desencadenantes agresivos. Presentaremos más concretamente cuatro técnicas específicas: la revisión del desencadenante, la exposición verbal, la combinación de la exposición en la imaginación con otras intervenciones y la exposición *in vivo*. Daremos algunas directrices, junto con las contraindicaciones potenciales, para determinar si la exposición puede ser de utilidad para un paciente en particular. También brindaremos algunas sugerencias para practicar la exposición en contextos grupales. Pero en primer lugar ofreceremos algunos detalles acerca de cómo funciona la exposición en la disminución de la agresividad. Este mismo análisis puede exponerse a los pacientes, aunque tal vez de forma simplificada, para que su base de conocimientos y sus expectativas se sumen a las del profesional.

## CÓMO ACTÚA LA EXPOSICIÓN

---

Los pacientes suelen comunicar que su agresividad aparece de forma automática en determinadas situaciones particulares o en presencia de determinadas personas específicas. Dicen que la agresividad les “viene” así sin más y afirman cosas tales como: “No sé qué me pasa. No puedo evitarlo. ¡Cada vez que hablo con ella, parece que necesariamente me tengo que poner a discutir y sentirme cabreado!”. Una y otra vez, y de forma aparentemente automática, el desencadenante conduce a experimentar y manifestar agresividad. Ciertamente, y en gran medida, sus reacciones están en función de un condicionamiento que ha tenido lugar al margen de su conciencia.

Analicemos el caso de Stephen, un profesor de 34 años, que tenía dificultades a la hora de controlar su mal genio con su mujer, Jill. Stephen solía explotar en respuesta a pequeños incidentes y desacuerdos. Cuando le preguntaban, reconocía que sus reacciones eran excesivas y que tenían un efecto negativo sobre su relación conyugal. Pero su agresividad parecía surgir de forma instantánea. Decía: “Mi mujer me saca de quicio. Al parecer no puedo evitarlo. Me vuelve a pasar lo mismo una y otra vez”.

Después de analizar sus episodios de agresividad, quedó patente que Stephen se ponía agresivo prácticamente cada vez que tenía *cualquier* desacuerdo con Jill, al margen de lo pequeño o grande que pudiera ser el problema, contemplado desde una perspectiva objetiva. Por ejemplo, el registro diario de sus episodios de agresividad puso de manifiesto que la agresividad venía provocada por un periódico que Jill no había puesto en su sitio, por unas verduras que le había servido y que no habían sido de su agrado y porque ella prefería que él se pusiera una determinada corbata. Dada la agresividad constante, su relación de pareja se había deteriorado notablemente. Stephen decía: “Por supuesto que la quiero. Pero a veces me pongo agresivo *nada más verla*”.

Determinadas características del lenguaje corporal de Jill, además del volumen y el tono de su voz, bastaban para desencadenar la agresividad de Stephen. Éste solía reaccionar atacándola verbalmente en un grado que no guardaba proporción con el problema. ¡Y a veces ni siquiera había ningún problema! Simplemente se sentía agresivo mientras estaban cenando o viendo la televisión y comentando la programación.

Stephen describió una situación característica. Jill y él se ponían a hablar de las facturas pendientes y se mostraban en desacuerdo acerca de la cantidad de dinero a pagar a los diferentes acreedores. Jill mostraba “una actitud sarcástica” y él pensaba que ella le estaba echando la culpa de sus problemas económicos. Stephen centraba principalmente su atención en el tono sarcástico y en la forma

**Figura 12-1.**



en que ella se llevaba el brazo a la cintura y le señalaba con el dedo cuando discutían acerca del pago de su préstamo para la ampliación de estudios. A pesar de que ella lo negaba, Stephen siempre había creído que Jill le echaba la culpa de sus problemas económicos a la carrera que él había elegido.

Ante los comentarios de Jill, Stephen pensaba: "No es justo que me eche la culpa... Ella también debería contribuir más económicamente... Cuando se pone así no la aguanto... Joder, a ver si resulta que es una cabrona... ¡A veces me dan ganas de darle una sarta de palos!". A nivel físico, recordaba que durante esta situación le temblaban las manos y sentía unas oleadas de calor por la cara. A nivel expresivo, dado que las críticas de Jill proseguían su curso, llegaba un punto en el que ya "tenía bastante" y se ponía a insultarla y a dar patadas y portazos por la casa.

La reacción agresiva automática de Stephen había sido aprendida con el tiempo y en la Figura 12-2 que aparece más adelante podemos ver el diagrama de su desarrollo. Observemos que, además del contenido crítico real de las verbalizaciones, el "tono sarcástico", el brazo en la cintura y el dedo señalando acompañaban a las críticas de Jill. Dado que estos episodios se repetían una y otra vez, se establecieron las bases idóneas para que se produjera un condicionamiento. Es evidente que nadie disfrutaba con las críticas, de modo que las verbalizaciones de Jill constituían ciertamente un desencadenante negativo. Pero Stephen valoraba las críticas de Jill como injustificadamente duras, erróneas e injustas, lo que le conducía a ponerse agresivo.

En las primeras fases de su relación, Stephen necesitaba unos segundos para interpretar y valorar lo que Jill estaba diciendo y sentir que estaba poniéndose agresivo. Pero con el transcurso del tiempo, la voz y la actitud corporal de Jill *por sí solas* acabaron por convertirse en desencadenantes de su agresividad. Sus

reacciones agresivas eran repentinas e intensas, al margen del contenido real de lo que Jill estuviera diciendo. La agresividad de Stephen fue adoptando gradualmente una cualidad automática. Dado que los comentarios de Jill siempre iban acompañados de sus indicaciones corporales, Stephen sentía casi siempre la misma reacción agresiva ante el menor desacuerdo. Se había establecido una asociación condicionada ante el dedo señalando, el brazo en la cintura y la voz de Jill. Para que la agresividad saliera a la luz ya ni siquiera hacía falta que él se diera cuenta de lo que ella estaba diciendo. Su reacción era automática.

Para empeorar todavía más las cosas, la misma pauta aparecía también en otras situaciones. Por ejemplo, Stephen habló de que también sentía una agresividad exagerada en respuesta a mujeres que estaban desempeñando su trabajo y que él percibía que le habían hablado en un tono crítico y despectivo. En cierta ocasión, le gritó a una empleada de la Dirección General de Tráfico porque se negó a matricular su coche al ver que no llevaba la documentación correcta. Le pareció que la empleada le había tratado poniéndose “de morros”. Una vez que una reacción agresiva como la de Stephen ha quedado condicionada, puede generalizarse fácilmente a otras situaciones que presenten características similares. Dado que estas reacciones condicionadas suelen desarrollarse al margen del conocimiento consciente, pueden constituir una fuente de confusión y turbación para algunos pacientes que, después de los hechos, se percatan de que han actuado de forma desproporcionada en relación con el acontecimiento desencadenante.

Las asociaciones se ven fortalecidas por una serie de procesos de refuerzo. Al final Stephen reaccionaba gritando y discutiendo ante el estímulo del “tono sarcástico” y la actitud corporal de su mujer. Como observamos en el capítulo 2, aunque la agresividad de Stephen fuera contraproducente a largo plazo, también proporcionaba ciertos beneficios a corto plazo que reforzaban la asociación entre el desencadenante y la agresividad. Éstos incluían la percepción subjetiva de la reducción de la tensión. Bushman, Baumeister y Phillips (2001) han mostrado que las personas que creen que la exteriorización de la agresividad es positiva tienen más probabilidades de seguir actuando de este modo con el fin de regular su agresividad. El refuerzo en este caso tiene más que ver con una percepción subjetiva que con la realidad, pero contribuye no obstante a mantener la agresividad. Otro de los beneficios a corto plazo era que sus ataques verbales solían evitar que Jill, o cualquier otra persona implicada, siguiera criticándole (por ejemplo, Jill solía dejar de hablar cuando la agresividad de Stephen iba en aumento). Un tercer resultado a corto plazo era la sumisión por parte del otro. En las relaciones agresivas, la persona menos dominante suele acceder a las demandas del otro, si bien con cierto resentimiento. Cuando le gritaba a su

mujer a propósito de las facturas, conseguía que ella le escuchase a la hora de decidir qué facturas había que pagar. A corto plazo, cuanto menos, su agresividad parecía funcionar. Recordemos igualmente la explicación de Stosny (capítulo 2) acerca de que la agresividad hace que el cerebro libere epinefrina y norepinefrina, ambas de las cuales son reforzantes. Y finalmente, el episodio en su totalidad conduce a la percepción por parte de Stephen de que él tiene razón, su mujer está equivocada y que, por tanto, él no tiene por qué tomar en consideración sus propias limitaciones.

Al definir la situación de Stephen, es importante recordar que el refuerzo es crucial a la hora de fortalecer la asociación entre el desencadenante y la agresividad. Tal y como se expone más abajo, su reacción agresiva hacia su mujer se vio fortalecida por una combinación de refuerzo negativo y positivo. Y junto con otras situaciones que presentaban estímulos relacionados igualmente con las críticas, el discutir y el gritar se convirtió en algo automático en su caso.

¿Cómo funciona, pues, la exposición? Las técnicas de exposición permiten romper estas reacciones automáticas condicionadas y reforzadas. Mediante la exposición repetida a un desencadenante específico, bajo condiciones controladas y sin permitir el desarrollo de las reacciones agresivas y los refuerzos habituales (prevención de respuesta), la asociación se extingue en virtud de la habituación.

**Figura 12-2. Secuencia del desarrollo de la agresividad de Stephen**

DESARROLLO DE LA AGRESIVIDAD EN EL CASO DE STEPHEN			
<u>Estímulos Asociados</u>	<u>Desencadenante</u>	<u>Valoración del Desencadenante</u>	<u>Agresividad (Experiencia y Expresión)</u>
Tono de voz de Jill Dedo señalando de Jill Brazo en la cintura de Jill	Críticas verbales	"Lo que está diciendo es falso, injusto y cruel. ¡No la aguanto más! Es una cabrona".	Activación física, pensamientos agresivos, imágenes agresivas, gritar, ponen malas caras, dar patadas y portazos.
			<u>Resultados Reforzantes</u> Reducción de la tensión No más críticas Sumisión conductual por parte de Jill No tiene necesidad de pararse a considerar sus propios errores.

A fin de utilizar estos principios con Stephen, le expondríamos a una serie de declaraciones críticas e incluso despectivas, manifestadas con un tono de voz crítico, el cuerpo inclinado hacia adelante y señalándole con el dedo. El profesional y él podrían acordar conjuntamente que las declaraciones en torno al problema del dinero constituirían el objetivo principal, dado que están históricamente asociadas al desarrollo de sus reacciones agresivas. Un ejemplo de declaración para la exposición podría ser: “*Stephen, son tus malas decisiones las que han dado lugar a estos apuros económicos por los que ahora estamos pasando*”. Después de discutir el procedimiento con Stephen, el profesional podría formular la declaración repetidamente, asegurándose de que Stephen no se enzarzase en sus contraataques verbales habituales. (Véase el diálogo en la próxima sección para una descripción más detallada de cómo llevar a la práctica la *exposición a las observaciones mordaces*).

En un principio, esto sería incómodo para Stephen. Sentiría cierta activación física y tendría una serie de pensamientos negativos. Obviamente, esta activación no sería de la misma magnitud que experimenta habitualmente con Jill, dado que la situación es simulada. Pero, no obstante, experimentaría cierta activación física y ciertos pensamientos negativos. Después de oír la declaración repetidamente cierto número de veces, sus reacciones comenzarían a disminuir. De hecho, al cabo de unas 50 repeticiones, sería de esperar que Stephen apenas reaccionase. Este proceso de exposición repetida interrumpe las respuestas automáticas a este desencadenantes específico.

Algo más ocurriría también durante el proceso de exponerse a la declaración negativa, junto con el tono de voz y la actitud corporal despectivas asociadas. Stephen podría ver que el hecho de oír y hacerse cargo de las observaciones negativas no era tan terrible. Podría darse cuenta de que en realidad puede manejarlas bastante bien e incluso aprender de ellas. Así, con la práctica, su tolerancia a las observaciones críticas se vería acrecentada. Otro de los beneficios podría ser que, dado que es probable que su activación disminuya con la exposición repetida, Stephen se vuelva más capaz de considerar formas alternativas y más eficaces de abordar el problema.

Muchas reacciones agresivas condicionadas pueden ser modificadas a través del uso de la exposición. Obviamente, los problemas de agresividad adoptan muchas formas diferentes y el tratamiento debe ajustarse al paciente y al contexto en el que trabaja el profesional. De hecho, algunos profesionales prefieren utilizar la exposición únicamente en las fases posteriores del tratamiento. Por nuestra parte, estamos de acuerdo. El entrenamiento en relajación, habilidades vitales y solución de problemas, junto con el conocimiento cabal de cuándo uti-

lizar la evitación y la huida adaptativas, forman parte de la primera fase de la intervención. Pero la cuestión que estamos debatiendo ahora es la importancia de que en última instancia el paciente logre reducir su reactividad cuando se enfrente al desencadenante agresivo.

## LA REVISIÓN DEL DESENCADENANTE

---

Aunque tal vez no la utilicemos hasta más adentrado el programa de tratamiento, la oportunidad de *introducir* la exposición y la prevención de respuesta con los pacientes agresivos suele presentarse desde muy pronto. Es bastante común pedirle a los pacientes que describan algunos acontecimientos recientes en los que se sintieron agresivos. A menudo están ávidos de brindar informes detallados acerca de, por ejemplo, la forma en que otras personas los maltrataron. A medida que se van describiendo estas situaciones de agresividad, suele ser frecuente que los pacientes vuelvan a sentirse agresivos. Esto se desprende fácilmente del tono de voz, la tensión muscular en el rostro y en las manos, la actitud corporal y el enrojecimiento de la cara. Hemos tratado a pacientes que se levantaban de sus asientos y comenzaban a deambular agresivamente por la habitación mientras describían un episodio de agresividad.

Cuando el paciente manifiesta este tipo de conducta, el profesional tiene la oportunidad de decidir cómo manejarla. Una posibilidad consistiría en permitir que el paciente se desahogue mientras describe los episodios de agresividad. De acuerdo con las opiniones más antiguas, esto le permitiría al paciente realizar una especie de expresión catártica de la agresividad durante la sesión. Los partidarios de este enfoque utilizan términos tales como “dejar que salga fuera la agresividad”. Jamás hemos podido comprender esa frase. ¿Fuera de qué? ¿Es que la agresividad reside en el páncreas o en el intestino delgado? La catarsis supone realmente *practicar* el guión social de la agresividad y dado que “la práctica permite mejorar”, es probable que refuerce adicionalmente la asociación entre el desencadenante y los pensamientos y conductas agresivas (capítulo 2; Bushman, Baumeister & Stack, 1999; Bushman, Baumeister & Phillips, 2001; Geen & Quanty, 1977; Kassonov, 1995). Al *no* detener al paciente que vuelve a relatar los hechos de forma agresiva, el profesional ratifica indirectamente la idea de que el paciente *debe* sentir y expresar la agresividad cuando piensa en el desencadenante.

Otro de los inconvenientes de permitirle a los pacientes que descarguen la agresividad mientras describen episodios pasados es que ello puede transmitir el mensaje de que el profesional no controla lo que sucede en la sesión. En últi-

ma instancia, el profesional tendrá menos probabilidades de ayudar cuando salgan a la luz emociones muy intensas. Creemos que el hecho de permitirle a los pacientes que se desahoguen mientras describen sus experiencias agresivas conduce a la terapia por el camino equivocado, además de socavar la credibilidad del profesional. Este enfoque puede ser todavía más preocupante en el caso de los profesionales que trabajan con pacientes peligrosos en contextos carcelarios o de otro tipo. La falta de control y de estructuración por parte del terapeuta puede favorecer un entorno en donde los ataques físicos, sobre la base del modelo de agresión hostil, tienen más probabilidades de aparecer.

Una opción mucho mejor consiste en tratar de modelar a los pacientes para que describan los desencadenantes de su agresividad mientras mantienen la calma y el control. Si bien esto puede resultar difícil en un principio, se vuelve cada vez más fácil con la práctica. Puede ser apropiado *interrumpir* al paciente diciéndole algo así como:

*Ya sabes, Stephen, que es importante para mí comprender lo que sucedió entre Jill y tú. Este fue un acontecimiento muy importante para ti y da la impresión de que te estás poniendo agresivo mientras lo vuelves a describir. Has elevado el tono de voz y estás hablando rápido. Desgraciadamente, a pesar de que no dejo de escucharte, me está costando seguirte. ¿Puedes volver a empezar y contarme desde un principio lo que sucedió? Trata de dominar la agresividad. Por favor, habla más lento y en un tono de voz normal, para que pueda entenderte a la perfección.*

Al no expresar la agresividad como habitualmente lo suelen hacer, los pacientes inician el proceso de prevención de respuesta y logran “arrancarle una astilla” a sus estilos automáticos. Este enfoque refuerza el autocontrol frente a los desencadenantes agresivos.

Por supuesto, incluso después de intervenir para hacer que los pacientes describan la situación de una forma más calmada, no es infrecuente que al poco vuelvan a caer en desahogarse y descargarse. Puede que sea preciso *interrumpirles varias veces* para lograr que describan la situación con menos agresividad. Cuando el paciente logre ofrecer una descripción más sosegada, el *refuerzo* es muy importante. Por ejemplo:

*Lo has hecho mucho mejor al contarme lo que sucedió con Jill el otro día. Me gustaría que volvieras a intentarlo una vez más, pero esta vez quiero que lo hagas con un tono de voz todavía más calmado. ¿De acuerdo?*

Con la ayuda de cierta persistencia, la mayoría de los pacientes logran finalmente llegar a este punto.



Cuando utilicemos esta estrategia en las sesiones de tratamiento individual, podemos enfatizar que, para comprender al paciente lo mejor posible, es muy útil que podamos escuchar la descripción de los acontecimientos de una forma sosegada. Además, y con el fin de aprender nuevas y mejores formas de abordar las dificultades, el paciente puede beneficiarse de aprender a mantener la calma aun cuando esté pensando en las situaciones aversivas. El hecho de ser capaz de discutir con calma las situaciones difíciles constituye el primer paso de cara a este objetivo.

En el contexto de un tratamiento grupal, puede ser útil enfatizar que uno de los objetivos consiste en fortalecer el autocontrol emocional y conductual de los miembros del grupo. Por tanto, se instituye la regla grupal de que la persona que esté describiendo los desencadenantes agresivos tratará de mantener la calma. De hecho, en el caso de que otros miembros del grupo adviertan que la persona que está hablando se está poniendo agresiva, se les pedirá que lo hagan saber y describan en base a qué deducen que la persona en cuestión está dando muestras de agresividad. A continuación, al que está hablando se le pide que vuelva a describir la situación tratando de ponerse menos agresivo. Ello ayuda a generar una cultura grupal que enfatiza la exposición y la prevención de la respuesta agresiva. Permitir que los pacientes descarguen su agresividad dentro de un contexto grupal puede ser particularmente improductivo. Ello contribuye a generar un grupo descentrado y que puede ser difícil de manejar más adelante.

Seamos claros una vez más en relación con la diferencia entre los *sentimientos* agresivos y las *manifestaciones* agresivas. No estamos recomendando enseñar a los pacientes a “tragarse” sus sentimientos agresivos, sino señalando que la mera “descarga” no es sana desde el punto de vista psicológico. Ciertamente es muy importante que los sentimientos agresivos se identifiquen y reconozcan como tales. En el caso de que sea apropiado expresarlos, el enfoque más sano consiste en hacerlo de una forma calmada y razonada.

## LA EXPOSICIÓN VERBAL

---

La mayoría de las situaciones agresivas, pero no todas, son sociales por naturaleza, en el sentido de que implican cierto tipo de relación con otras personas. Así, las declaraciones verbales percibidas como aversivas suelen constituir desencadenantes muy comunes frente los cuales el paciente ha desarrollado una serie de reacciones condicionadas.

El primer paso en la utilización de la exposición verbal consiste en llevar a cabo una cuidadosa evaluación de los episodios de agresividad del paciente. El *Registro de los Episodios de Agresividad* (capítulo 3), el *Formulario de Autorrevisión de la Agresividad* y el *Cuestionario de Experiencias Vitales* (capítulo 7) suelen ser útiles de cara a la realización de estas evaluaciones. Identifiquemos los desencadenantes que preceden a los primeros momentos en que el paciente comienza a sentir el desarrollo de la agresividad. Ayudemos al paciente a identificar las verbalizaciones específicas, el tono de voz, las expresiones faciales y el lenguaje corporal de los demás que provocan las reacciones agresivas. A continuación, identifiquemos la forma más característica en que los pacientes suelen responder a estos desencadenantes (por ejemplo, poner mala cara, gritar, arrojar objetos y retraerse).

El siguiente paso consiste en desarrollar en colaboración con el paciente declaraciones de exposición específicas, también conocidas como “observaciones mordaces”. *Las observaciones mordaces son palabras o declaraciones negativas y aversivas diseñadas para simular los desencadenantes agresivos que acontecen de forma natural en la vida del paciente.* Por ejemplo, para Stephen, las verbalizaciones que criticaban su elección de carrera y su dificultad para ganar dinero constituían desencadenantes agresivos frecuentes. Y, como observamos más arriba, siempre es importante exponer una razón fundamental para la utilización de la exposición a las observaciones mordaces que el paciente pueda comprender fácilmente. Una base común de conocimientos con el paciente fortalece adicionalmente la adhesión al tratamiento.

A continuación presentamos una muestra de un diálogo entre Stephen y un profesional, donde aparecen algunas de las razones por las que es útil practicar las declaraciones negativas. Además, en este mismo diálogo, Stephen y el profesional identifican una declaración mordaz específica que sería relevante para su problema actual de agresividad.

Profesional: *Stephen, sobre la base del diario que llevaste la semana pasada, hemos podido identificar varios desencadenantes importantes de tu agresividad. ¿Cuál de ellos es más importante para ti?*

(Observemos que en lugar de darle una charla a Stephen, el profesional utiliza un estilo socrático de cuestionamiento para obtener información)

Stephen: *Supongo que lo que más me saca de quicio es que Jill me critique. Y lo suele hacer con demasiada frecuencia.*

Profesional: *Comprendo. ¿Qué otras cosas preceden a tu agresividad, antes siquiera de que Jill haya podido hacerte ninguna crítica?*

- Stephen: *Pues su tono de voz y cuando se lleva el brazo a la cintura. Y cuando me señala con el dedo. Eso me cabrea muchísimo.*
- Profesional: *Sí, parece que eso es muy importante para ti. ¿Te da la impresión de que reaccionas casi automáticamente a ese tipo de crítica, o al tono de voz o al dedo señalándote?*
- Stephen: *Sí. Incluso reacciono igual ante otras personas cuando actúan de la misma forma o cuando me tratan poniéndose “de morros”.*
- Profesional: *Muy bien, de modo que pareces estar condicionado a reaccionar casi instantáneamente ante un determinado tono de voz, una actitud corporal y las críticas. ¿Cómo podríamos trabajar eso, para que no reacciones ante ello de una forma tan instantánea?*
- Stephen: *Pues no estoy seguro. Supongo que el hecho de hablarlo ayuda.*
- Profesional: *Ciertamente hablar de ello ayuda a ser más consciente del estilo de reacción y me alegro de que lo estemos haciendo. Pero, ¿cómo podrías aprender a reaccionar de una forma menos automática ante una actitud corporal y un tono de voz despectivos, un dedo señalándote y las críticas?*
- Stephen: *No veo dónde quiere ir a parar.*
- Profesional: *Bueno, en definitiva las críticas forman parte de la vida de todo el mundo. Y, por supuesto, me gustaría que cuando alguien me critique por algo que yo haya hecho, lo hiciese con amabilidad. Pero a veces me critican de una forma que no me gusta. Por ejemplo, tengo un vecino que se ha molestado por el color que he elegido para pintar mi casa. Es una persona agradable, pero me suele pinchar con bastante frecuencia –utilizando el mismo tipo de tono sarcástico que tú describes.*
- Stephen: *Ajá. ¿Y qué podemos hacer?*
- Profesional: *¿Qué te parece si practicamos para que aprendas a saber llevar el lenguaje corporal, el tono de voz despectivo y las críticas ahora mismo, durante la sesión? Yo podría hacer de Jill y tu podrías intentar no ponerte agresivo.*
- Stephen: *Muy bien. Parece que podría ser útil.*

(La mayoría de los pacientes comprenden fácilmente la razón fundamental de la exposición. A diferencia de los pacientes ansiosos, los pacientes con problemas de agresividad están más dispuestos a afrontar sus desencadenantes agresivos)

- Profesional: *Creo que es importante ser capaz de afrontar las verbalizaciones y las actitudes críticas de los demás con la mínima agresividad. En definitiva, es muy probable que los dos tengamos que enfrentarnos a muchísi-*

*mas críticas, y a muchísimos elogios, durante el resto de nuestra vida. La mejor forma de ayudarte sería practicar hasta que seas capaz de oír las críticas sin necesidad de reaccionar agresivamente.*

Stephen: *¿Eso significa que va usted a decirme cosas negativas y se supone que yo no debo reaccionar?*

Profesional: *Sí, eso es exactamente lo que quiero decir.*

Stephen: *Pero usted no es Jill y por lo tanto sabré que no es real.*

Profesional: *Aunque la situación sea un tanto artificial, podemos practicar las verbalizaciones que te resultan más difíciles. ¿Qué crees que ocurriría si pudieras aprender a mantener la calma aquí en el despacho, después de escuchar las críticas una y otra vez?*

Stephen: *Supongo que también podría ser capaz de hacerlo en casa y en otras situaciones. Tal vez.*

Profesional: *¡Bien! ¿Por qué no tratamos de pensar en algunas críticas que te resultaría difícil afrontar en el caso de que fuera Jill quien te las dijera? ¿Podrías darme algunos ejemplos?*

Stephen: *Es muy fácil. Cada vez que me echa la culpa de nuestros problemas económicos.*

Profesional: *Me gustaría poner por escrito las palabras exactas que ella diría. ¿Podrías sugerirme una frase específica?*

Stephen: *¿Qué le parece: “Muy bien, señor genio, tomaste todas esas decisiones y ahora los dos tenemos que vivir de tus préstamos para la ampliación de estudios”?*

Profesional: *¿Eso sería duro de oír?*

Stephen: *Ya lo creo, y especialmente si me señala con el dedo y lo dice con ese tono de voz sarcástico y con el brazo en la cintura. Incluso cuando dice simplemente “Stephen”, ya me parece oír la mierda que va a soltar a continuación.*

Profesional: *¿Podrías mostrarme realmente cómo te diría eso tu mujer? Quiero sentir la sensación exacta al oír cómo sonaría en la vida real.*

Stephen: *De acuerdo.*

(Stephen se levanta, se lleva los brazos a la cintura y dice la frase en un tono sarcástico y mordaz. De esta forma, el profesional recibe una impresión clara del desencadenante de la agresividad)

Profesional: *Bien. ¿Y cómo reaccionas tú de forma característica cuando Jill te dice eso de esa forma?*

- Stephen: *Me pongo muy agresivo. Después le digo que ella tampoco está contribuyendo mucho económicamente que digamos y que toda la presión parece recaer sobre mí.*
- Profesional: *¿Lo dices con calma o de otra forma?*
- Stephen: *Pues ya lo sabe. Le grito y le chilló. Y después puede que dé algún portazo y me vaya, u otras cosas por el estilo.*
- Profesional: *Lo que me gustaría que hiciésemos ahora es practicar el que yo te diga eso de la misma forma en que Jill podría decírtelo. Pero, cuando lo diga, quiero que te limites a escucharlo sin reaccionar. Simplemente te quedas callado, sin más.*
- Stephen: *De acuerdo.*
- Profesional: *¿Crees que puedes hacerlo?*

(Es importante no sorprender a los pacientes y asegurarnos de que comprenden lo que va a suceder. También es útil consultarles para asegurarse de que creen que van a ser capaces de mantener la calma y de no reaccionar. Siempre solemos preguntar antes de pasar a la práctica. Ocasionalmente, los pacientes indican que tal vez no sean capaces de mantenerse controlados. Si esto sucede, pasaremos entonces a algo más fácil. Por ejemplo, en este caso podríamos practicar el hacer de Jill mirando fijamente a Stephen con los brazos en la cintura)

- Stephen: *Seguro.*
- Profesional: *Muy bien, ahora voy a decirte la frase: "Tomaste todas esas decisiones, señor genio, y ahora los dos tenemos que vivir de tus préstamos para la ampliación de estudios". ¿Qué tal fue?*

(La observación mordaz es formulada lentamente la primera vez, en un tono de voz monótono, para calibrar la reacción de Stephen)

- Stephen: *No estuvo mal. Sentí que me alteré un poco, pero no mucho.*
- Profesional: *¿No tuviste problemas en mantener la calma y no reaccionar?*
- Stephen: *No.*
- Profesional: *¿Cuánta agresividad sentiste en una escala del cero al diez, donde el cero representaría ninguna agresividad en absoluto y diez sería la máxima agresividad que jamás hayas sentido?*

(Es importante que dispongamos de alguna medida fenomenológica acerca de cómo están respondiendo los pacientes a las observaciones mordaces, con el fin de detectar posibles disminuciones en presentaciones ulteriores)

Stephen: *Aproximadamente un uno o un dos.*

(Los pacientes suelen dar dos números, como “uno o dos”, o mencionar un intervalo, como “entre dos y cuatro”. Tratemos de conseguir que se comprometan con un número concreto. Lo hacemos así porque pretendemos que sean lo más precisos posible a la hora de analizar todos los elementos de sus vidas)

Profesional: *Muy bien. Sé que puede ser difícil, pero me gustaría que me dieras un solo número. Piensa en tu reacción. Piensa en lo que sentiste en el cuerpo, el estómago y los músculos. Revisa los pensamientos e imágenes que te vinieron a la cabeza cuando formulé la observación mordaz. Y ahora dime, ¿fue más un uno o un dos?*

Stephen: *Supongo que fue un uno. No me alteré demasiado.*

Profesional: *Muy bien, esta vez voy a decírtelo con más fuerza y utilizando un tono de voz sarcástico.*

(Una vez más, el profesional le hace saber al paciente lo que va a suceder)

Stephen: *De acuerdo.*

Profesional: *Allá va: “Tomaste todas esas decisiones, señor genio, y ahora los dos tenemos que vivir de tus préstamos para la ampliación de estudios”. ¿Qué tal fue?*

(Se vuelven a utilizar las mismas palabras exactas que se dijeron inicialmente)

Stephen: *Sentí más agresividad esta vez.*

Profesional: *¿Qué valoración le darías?*

Stephen: *Un cuatro.*

(En este momento el profesional decide repetir la misma observación mordaz en el mismo tono de voz, hasta que la agresividad de Stephen se reduzca a dos o menos)

Profesional: *Muy bien, Stephen, me gustaría decírtelo otra vez y de la misma forma. ¿Preparado? “Tomaste todas decisiones, señor genio, y ahora los dos tenemos que vivir de tus préstamos para la ampliación de estudios”. ¿Qué tal?*

Stephen: *Aproximadamente un tres.*

Profesional: *Muy bien, vamos a hacerlo otra vez.*

(Continúan durante ocho intentos más, hasta que Stephen comunica una valoración de dos en dos presentaciones sucesivas. Algunos pacientes comunican una

reducción muy rápida de la agresividad (al cabo de unas dos o tres repeticiones) en tanto que otros necesitan muchas presentaciones adicionales. Es importante proseguir la exposición hasta reducir la agresividad. Una vez que Stephen comunique una valoración baja, el profesional sugiere añadir la actitud corporal; por ejemplo, los brazos en la cintura)

Profesional: *Stephen, ahora voy a decírtelo otra vez. Pero esta vez voy a levantarme y llevarme los brazos a la cintura. ¿Crees que podrás seguir sin reaccionar y mantenerte controlado?*

Stephen: *Sí.*

Profesional: *“Tomaste todas esas decisiones, señor genio, y ahora los dos tenemos que vivir de tus préstamos para la ampliación de estudios”. ¿Qué tal?*

Stephen: *Esta vez fue más difícil, tal vez un siete. Está usted logrando parecerse cada vez más a Jill.*

Profesional: *¿Podemos hacerlo otra vez?*

Stephen: *Claro.*

El profesional formula repetidamente la observación mordaz en un tono sarcástico y con los brazos en la cintura, hasta que Stephen comunica una valoración de dos o menos.

Llegados a este punto, podríamos confeccionar una observación mordaz diferente y trabajarla de forma similar. *El objetivo inicial de la exposición verbal consiste simplemente en reducir la reactividad de Stephen ante las observaciones mordaces.* Puede ser útil que tengamos *varias sesiones de exposición* afrontando las observaciones mordaces. En nuestros estudios de investigación (por ejemplo, Tafrate & Kassinove, 1998) hemos utilizado la exposición a las observaciones mordaces durante unas 12 sesiones estandarizadas, logrando obtener buenos resultados. Algunos pacientes necesitan menos repeticiones, dependiendo del número de desencadenantes verbales y de la intensidad de sus reacciones.

Por supuesto, lograr que el paciente no reaccione de la forma agresiva habitual es sólo el objetivo inicial de la exposición a las observaciones mordaces. No estamos recomendando que los pacientes actúen siempre pasivamente ante las observaciones negativas y críticas, ni estamos abogando porque acepten constantemente las injurias. Una vez que tengan un mayor control sobre sus propias reacciones, se añaden otras técnicas, tales como aprender a responder asertivamente (capítulo 10) o la solución de problemas para desarrollar acciones alternativas (capítulo 11). Las automanifestaciones que promueven el autocontrol y conducen al desarrollo de conductas productivas también pueden programarse

dentro de los ensayos de exposición verbal (capítulos 14 y 15). Por ejemplo, Stephen podría practicar el decirse a sí mismo: *No tiene nada de malo escuchar las críticas de Jill. La sinceridad forma parte de cualquier relación sana. No tengo por qué reaccionar con agresividad.* En última instancia, lo que queremos es romper las respuestas perjudiciales condicionadas y conseguir que los pacientes sean capaces de desarrollar mejores alternativas.

Hemos utilizado la exposición verbal en diferentes estudios de resultados a propósito del tratamiento de diversos problemas clínicos, como la agresividad generalizada y los problemas de pareja. Nuestra experiencia nos conduce a formular algunas conclusiones específicas. La exposición a las observaciones mordaces constituye un método poderoso y eficaz de reducir las reacciones agresivas a los estímulos verbales aversivos. Ahora bien, antes de utilizar la exposición debemos asegurarnos de que el paciente está lo suficientemente motivado para reducir su agresividad y utilizar la exposición verbal una vez que la alianza terapéutica haya sido debidamente establecida. Es probable que se trabaje de la mejor forma cuando existe una confianza y un respeto mutuos entre el paciente y el profesional. Estas cuestiones han sido discutidas en los capítulos 5, 6 y 7, que versaron sobre la fase preparatoria del tratamiento. También debemos subrayar la importancia de asegurarnos de que el paciente comprende las razones de llevar a cabo la exposición verbal y de que estén bien informados de lo que va suceder en cada uno de los distintos pasos. Finalmente, como ilustramos en el diálogo anterior, a los pacientes se les pregunta una y otra vez cómo están llevando la experiencia y se les ofrece la opción de detenerla en cualquier momento. Por nuestra parte, hemos seguido estas sencillas directrices y no hemos tenido ninguna experiencia negativa. Hemos comprobado que es bien tolerada por los pacientes con problemas de agresividad de los centros de salud mental.

Existen algunos casos en los que la exposición no está recomendada. En la Figura 12-3 aparece un listado de los mismos. También conviene observar que en nuestra experiencia siempre ha sido el profesional o el investigador quien ha formulado las observaciones mordaces. No hemos hecho que sea algún familiar u otras personas significativas quienes las formulen. Si bien puede ser potencialmente útil lograr que algunas personas procedentes de la vida real del paciente se impliquen en el proceso de tratamiento, ello también puede aumentar los riesgos. Por ejemplo, otras personas podrían formular las observaciones mordaces de una forma malintencionada o llevar la técnica hasta extremos que pudieran perturbar al paciente.



**Figura 12-3.**

**Contraindicaciones para el Uso de la Exposición con Pacientes Agresivos**

(Sea Precavido con los Métodos Nuevos)

- El paciente no ve sus reacciones agresivas como algo problemático
- La agresividad es el resultado de un problema médico adicional
- El paciente está implicado en el consumo de sustancias psicoactivas
- Además de los problemas de agresividad, el paciente también padece una perturbación importante del estado de ánimo
- El paciente padece un trastorno del espectro esquizofrénico
- El paciente tiene un historial significativo de agresiones físicas
- El paciente da muestras de una psicopatía o de una conducta antisocial relevante

Cuando se utiliza la técnica de las observaciones mordaces en contextos grupales, una o dos de las primeras sesiones pueden dedicarse a revisar e identificar el tipo de verbalizaciones y de lenguaje corporal que preceden a la agresividad, así como la reacción característica de cada uno de los pacientes. Las sesiones sucesivas pueden centrarse en confeccionar la observación mordaz. Finalmente, cuando los líderes del grupo formulen las observaciones mordaces, otros miembros del grupo pueden dar *feedback* señalando el lenguaje corporal, el tono muscular y las expresiones faciales del paciente. Una vez que el paciente pueda tolerar las declaraciones y mantenerse controlado, los restantes miembros del grupo pueden ayudarlo a utilizar la solución de problemas para concebir respuestas productivas. Ahora bien, instamos a tener cierta precaución con esta técnica cuando se aplique en contextos grupales. Los pacientes suelen comunicar que pueden tolerar las observaciones mordaces debido a la privacidad brindada por el tratamiento individual y su confianza en el profesional. Además, creemos que es importante formular las observaciones mordaces de una forma gradual, hasta que la agresividad que generen sea escasa o nula. En un formato grupal, el control sobre estas variables es menor.

## LA COMBINACIÓN DE LA EXPOSICIÓN EN LA IMAGINACIÓN CON LA RELAJACIÓN Y LAS INTERVENCIONES COGNITIVAS

---

Algunos desencadenantes agresivos no se prestan a la exposición verbal. Uno de los ejemplos más comunes es el de ponerse agresivo mientras se está conduciendo. Otro es el de ponerse agresivo en respuesta a objetos inanimados, tales como un vídeo que no es fácil de programar o un ordenador que lanza mensajes constantes de “error”. Otras experiencias agresivas pueden ser abs-

tractas, como ponerse agresivo en respuesta a pensamientos acerca de ciertas instituciones o prácticas percibidas como corruptas o injustas (por ejemplo, los gravámenes fiscales estadounidenses a las parejas casadas o la circuncisión femenina obligatoria practicada en algunos países africanos). En tales casos, la exposición verbal no puede ser utilizada en la consulta del profesional. Ahora bien, para estas situaciones la exposición puede ser llevada a cabo a través de la imaginación o de la visualización. La exposición en la imaginación también puede utilizarse junto con las observaciones mordaces, dado que la imaginación posibilita una presentación más completa de las interacciones problemáticas.

El primer paso en la utilización de la exposición en la imaginación consiste, una vez más, en realizar una cuidadosa evaluación de los episodios de agresividad del paciente. Una vez que se haya identificado una situación relevante, se confeccionará una escena imaginaria en torno al desencadenante. El *Formulario para la Confección de Escenas Imaginarias* (al final de este capítulo) puede ayudar al profesional y al paciente a confeccionar conjuntamente escenas de agresividad.

A Stephen, por ejemplo, se le pidió que describiera una discusión con Jill y la pusiera por escrito. Se le pidió que incluyera detalles específicos con el fin de que la escena fuera más realista (por ejemplo, la habitación en la que estaban, la temperatura, la ropa que llevaba Jill, cómo iban cambiando las expresiones faciales de Jill, etc.). El objetivo consiste en crear una escena en la que el paciente pueda imaginarse participando en los acontecimientos y no observándolos sin más. A continuación aparece una muestra de escena de agresividad utilizada en el caso de Stephen.

*Estoy llegando a casa después de un largo día de trabajo, en un día muy soleado. Veo los narcisos amarillos del jardín junto a la casa mientras voy caminando hacia la puerta principal. La puerta es azul y advierto la presencia de una grieta en el pasamanos. Me siento aliviado por llegar a casa después de un día muy agitado.*

*Tan pronto como abro la puerta, veo a Jill sentada en la mesa revisando las facturas. Lleva una camiseta marrón de manga corta, pantalones vaqueros y unas sandalias. Tiene una expresión irritada y no sonrío mientras me dirijo hacia dentro. Me digo para mis adentros: "Vaya, parece que está cabreada y seguro que vamos a tener otra pelea". Siento que los músculos de la espalda se me ponen tensos y se me empieza a contraer el estómago. Cuando me ve, dice: "Otra vez tenemos problemas con el dinero". Yo pienso: "Qué cabrona. Ni siquiera me dice hola. Se limita a empezar a darme la vara al segundo de volver a casa".*

*Trato de mantener la calma mientras ella prosigue explicando que la situación es muy seria y que tenemos que hacer algo para reducir el pago del préstamo. Jill, por supuesto, utiliza un tono sarcástico y acusador y me señala con el dedo. Inmediatamente doy por sentado que eso significa que me está echando las culpas de nuestros problemas. Empiezo a sentir una oleada de calor por la cara y las manos me tiemblan. Sin tan siquiera pensarlo, le digo: “Mira, esta es la situación en la que estamos y que tenemos que afrontar. En lugar de echarme las culpas constantemente, tal vez podrías hacer más horas en tu trabajo”.*

*Jill se levanta, se lleva las manos a la cintura y dice: “¿Por qué te comportas de una forma tan inmadura? Fuiste tú el que provocó esta situación, señor genio, y te estás comportando como un niño”.*

*Salgo dando zancadas de la habitación y subo por las escaleras enmoquetadas hacia el dormitorio. Las paredes son blancas y la cama tiene una cubierta de color verde claro. Me siento en la cama y me pongo a pensar en lo injustamente que me está tratando Jill. Permanezco así durante unos 30 minutos. Una parte de mí quiere bajar las escaleras, hablarlo con Jill y decirle cómo me siento. Sin embargo, sé que voy a reaccionar de una forma excesiva y me pondré a gritar. Así pues, otra parte de mí quiere evitarla. Dado que estoy empezando a sentir hambre, finalmente bajo las escaleras y me dirijo a la cocina para hacer algo de comer. Le pregunto a Jill si quiere algo y ella responde “No” en un tono cortante. Ni siquiera me mira. Pienso: “Me estoy ofreciendo a hacerte la comida y tú me tratas como una mierda.” Me dirijo a la puerta de la cocina, doy un portazo y salgo fuera de la casa.*

Cuando se escriban las escenas, es útil que los pacientes hagan un borrador inicial. A continuación el profesional puede pedir una mayor elaboración, si ello fuera necesario, y ayudar al paciente a mantener la concentración en el objetivo. No es infrecuente que los pacientes sientan cierto grado de agresividad mientras están escribiendo las escenas. Esto es realmente deseable e indica que la escena está siguiendo la dirección prevista.

A veces, el simple hecho de que los pacientes ensayen sistemáticamente en la imaginación una escena de agresividad conduce de forma automática a disminuir la agresividad (Grodnitzky & Tafrate, 2000). Ahora bien, es probable que se obtengan mejores resultados si la escena se acompaña de la relajación. Para la combinación de la agresividad en la imaginación con la relajación, dentro de un enfoque de “desensibilización”, comenzaremos por relajar al paciente (véase la sección sobre la relajación muscular progresiva en el capítulo 9). Una vez relajado, se ofrecen instrucciones para revisar en la imaginación la escena de agresividad –paso a paso. Podemos guiar verbalmente al paciente a lo largo de la situa-

ción provocadora de agresividad. Daremos la instrucción de mantener los ojos cerrados y de imaginar que la situación está *sucedriendo realmente*. Permitiremos que la agresividad y la tensión se desarrollen libremente a medida que avanza la escena. El paciente no debe levantarse ni responder verbalmente. Una vez que la escena ha finalizado, se le dice al paciente que vuelva a practicar la relajación en base a tensar y relajar sucesivamente los distintos grupos musculares y respirar profunda y rítmicamente. Una vez que la activación física haya sido reducida, repetiremos nuevamente la escena de agresividad (Evans, Hearn & Saklofske, 1973; O'Donnell & Worell, 1973; Rimm, DeGroot, Boord, Heiman & Dillow, 1971; Wolpe, 1958, 1990). Una sesión de práctica podría comenzar con la relajación seguida de la escena de agresividad y una vuelta a la relajación. A continuación, la escena de agresividad sería presentada una o dos veces más, seguida de la relajación. Comenzaremos y acabaremos siempre cada una de las sesiones de exposición en la imaginación con la relajación.

A los pacientes se les instruye para que practiquen la relajación en respuesta a su escena de agresividad durante el intervalo hasta la próxima sesión. Al cabo de varias sesiones de práctica con la primera escena de agresividad, resultará cada vez más difícil sentirse agresivo. Cuando esto suceda, comenzaremos con una segunda escena de agresividad. El *Formulario para la Confección de Escenas Imaginarias* que aparece al final del capítulo permite guiar a los pacientes en la confección de escenas de agresividad moderadas e intensas. Seguiremos los mismos procedimientos que en el caso de la primera escena. Por supuesto, es apropiado confeccionar escenas adicionales para situaciones nuevas que puedan surgir. Pero, ¡la práctica permite mejorar! De modo que no debemos enzarzarnos en la discusión de nuevos acontecimientos problemáticos. Repetiremos la respuesta de relajación y la revisión de la escena durante el transcurso de varias sesiones, con objeto de tener éxito.

Otra opción puede ser que los pacientes se expongan a sus escenas de agresividad mientras practican algunas declaraciones de afrontamiento cognitivo. En el caso de Stephen, se confeccionaron unas automanifestaciones que condujeran a disminuir la manifestación de la agresividad y aumentar las conductas positivas con Jill. El objetivo consiste en acordar unas declaraciones que interrumpan los pensamientos agresivos habituales. Es útil escribir las declaraciones en tarjetas, para que el paciente pueda empezar a ensayarlas con mayor facilidad.

El primer paso consiste en confeccionar y acordar una automanifestación y hacer que el paciente se comprometa a memorizarla. A continuación, a los pacientes se les instruye para que ensayen en la imaginación o escuchen una grabación de su escena de agresividad. Mientras se imaginan a sí mismos en la

situación de agresividad, los pacientes tienen que practicar la utilización de la automanifestación para reducir su agresividad. Por ejemplo, Stephen utilizó las siguientes automanifestaciones: “No tiene nada de malo escuchar las críticas de Jill. La sinceridad forma parte de cualquier relación sana. No tengo por qué reaccionar necesariamente con agresividad”. Mientras escuchaba una grabación de su escena de agresividad, ensayaba la automanifestación. Como siempre, la repetición es importante y Stephen ensayó su escena muchas veces sirviéndose de la automanifestación hasta que sintió muy poca agresividad (dos puntos o menos en una escala del cero al diez).

Como una observación marginal a esta discusión, señalemos que podríamos sugerirle a Stephen que Jill y él considerasen la posibilidad de hacer un tratamiento de pareja para ayudarles a afrontar más eficazmente sus problemas de comunicación. Nuestro objetivo aquí, por supuesto, ha consistido únicamente en ilustrar la técnica de la exposición aplicada a los problemas de agresividad.

## LA EXPOSICIÓN IN VIVO

---

Una vez que hayamos logrado cierto éxito dentro de la consulta, es útil discutir la asignación de tareas estructuradas para casa, en donde los pacientes se coloquen intencionadamente en situaciones difíciles o provocativas y se esfuercen en evitar la aparición de sus respuestas habituales. Por ejemplo, podríamos haber sugerido que Stephen volviera a la oficina de tráfico con la documentación intencionadamente equivocada con objeto de que la empleada rechazara su solicitud. Stephen, por supuesto, sería instruido para que utilizase las automanifestaciones ya practicadas en la consulta y no respondiera con verbalizaciones agresivas. También se le instruiría para que le diera las gracias a la empleada por la clarificación. Podría incluso ir a otras oficinas de tráfico, cada vez de forma intencionada con la documentación errónea con el fin de practicar el mantenerse controlado. Al igual que con todas las intervenciones de exposición con pacientes agresivos, es importante indagar su habilidad para completar exitosamente la tarea asignada. Si existen dudas importantes acerca de la habilidad de un paciente para afrontar una situación difícil, entonces tal vez sea preciso practicar más en el despacho.

(Nota. Debemos ser prudentes a la hora de asignar tareas “artificiales” para casa que puedan suponer una carga para otras personas o instituciones –tales como el ejemplo de la oficina de tráfico descrito más arriba. Instamos a los profesionales a asignar tareas *in vivo* tan realistas como ello sea posible y al servicio

de las necesidades del paciente, y a equilibrar estas necesidades con los derechos y limitaciones de otras personas y agencias de servicio público. En los años 70 del pasado siglo, por ejemplo, algunos entrenadores en asertividad poco respetuosos instaban a los pacientes a entrar en estaciones de servicio y pedir que les limpiasen los cristales sin comprar nada. Tales actividades no sólo gravaban a los empleados, sino que también les brindaban a los pacientes un sentido erróneo de sus “derechos”).

La exposición y la prevención de respuesta pueden aplicarse de varias formas para ayudar exitosamente a los pacientes a reducir sus reacciones agresivas condicionadas y automáticas ante estímulos específicos. La exposición también fomenta el crecimiento en base a hacer que los pacientes se enfrenten a sus desencadenantes con una menor activación física, haciendo así que se encuentren en mejores condiciones de desarrollar nuevas habilidades. Naturalmente, la exposición constituye un medio muy potente y eficaz de tratar la agresividad, especialmente cuando se la combina con la relajación y las estrategias de afrontamiento cognitivo.

### **Formulario para la Confección de Escenas Imaginarias**

**Escena n° 1:** Escoja una situación característica en la que suele sentirse agresivo. Para la primera escena, es mejor que la situación esté asociada con un nivel *moderado* de agresividad. Una situación que no genere ninguna agresividad sería calificada de "0" y una situación asociada a una agresividad extrema sería calificada de "100". Elija una situación en la que su agresividad sea de 50 de forma característica.

Mi situación de agresividad para la escena n° 1 será (describala brevemente):

---



---

*Intensidad de la Agresividad*

0 ..... 10 ..... 20 ..... 30 ..... 40 ..... 50 ..... 60 ..... 70 ..... 80 ..... 90 ..... 100  
ninguna                      leve                      moderada                      grave                      extrema

Ahora que ha identificado una situación, el siguiente paso consiste en confeccionar una escena *detallada* en una hoja de papel aparte. Suponga que está escribiendo un guión para un corto cinematográfico. Incluya todos los detalles que normalmente formarían parte de esta situación. A continuación viene una lista de elementos a incluir:

- |  |  |
|--|--|
| Otras personas que estaban presentes           | Cómo iban vestidas las personas  |
| El lugar (describalo en detalle)               | Referencias visuales, olores, sonidos que formaran parte de la situación |
| Lo que otros dijeron (incluido el tono de voz) | Las expresiones faciales de los demás                                    |
| Las sensaciones físicas que usted sintió       | Los pensamientos que usted tuvo  |
| Lo que usted dijo                              | Lo que usted hizo  |

Describa cómo se desarrollaron los hechos desde el principio hasta el final. Asegúrese de que la escena queda escrita de tal forma que realmente pueda imaginarse a usted mismo como un participante y no como un mero observador.

**Escena n° 2:** Elija ahora otra situación actual en la que suele sentirse agresivo de forma característica, pero esta vez utilice una situación que habitualmente esté asociada a un nivel de agresividad *grave* o *extremo*. Repita los mismos procedimientos para confeccionar la segunda escena.

Mi situación de agresividad para la escena n° 2 será (describala brevemente):

---



---

*Intensidad de la Agresividad*

0 ..... 10 ..... 20 ..... 30 ..... 40 ..... 50 ..... 60 ..... 70 ..... 80 ..... 90 ..... 100  
ninguna                      leve                      moderada                      grave                      extrema

Ahora que ha identificado una situación, el siguiente paso consiste en confeccionar una escena *detallada* en una hoja de papel aparte.

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

## **Cuarta Parte**

# ACEPTACIÓN, ADAPTACIONES Y AJUSTES





# Fomentar el cambio cognitivo I: Contemplar el mundo de una forma más realista

## 13

*El gran enemigo de la verdad suele ser ya no tanto la mentira deliberada, inventada y deshonesta, sino el mito persistente, persuasivo y falto de realismo*

John Fitzgerald Kennedy

A partir de los trabajos pioneros de Beck (1964) y Ellis (1962) se han venido desarrollando varias modalidades de reestructuración cognitiva que se han hecho cada vez más populares entre los profesionales de distintas orientaciones. Como grupo, los partidarios de la reestructuración cognitiva comparten una teoría fundamental acerca de la psicopatología y los trastornos, le ofrecen a los profesionales un conjunto de estrategias claras y consistentes a utilizar con los pacientes y valoran los esfuerzos de investigación para corroborar la eficacia de sus intervenciones.

Desde los años 60 del pasado siglo, se han venido publicando artículos que apoyan la utilización de las intervenciones cognitivas en el tratamiento de una amplia variedad de problemas clínicos, tales como la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos de alimentación (Agras, *et al.*, 1992; Abramowitz, 1997; Butler, Fennell, Robson & Geldeer, 1991; Clark, 1996; DeRubeis, Gelfand, Tang & Simons, 1999). Desgraciadamente, escasea la literatura sobre la terapia cognitiva aplicada al tratamiento de pacientes con problemas de agresividad. No obstante, somos optimistas dado que los pocos estudios realizados sugieren que las intervenciones cognitivas pueden aplicarse a los pacientes agresivos y parecen conducir a disminuir significativamente la agresividad (Deffenbacher, Dahlen, Lynch, Morris & Gowensmith, 2000; Deffenbacher, Story, Brandon, Hogg & Hazaleus, 1988; Tafrate & Kassinove, 1998).

Los investigadores y teóricos cognitivistas también han escrito un gran número de libros y de manuales de tratamiento. Algunos de éstos son de utilidad para el desarrollo de las habilidades terapéuticas básicas del profesional

(Beck, 1995; Walen, DiGiuseppe & Dryden, 1992), en tanto que otros se centran en la aplicación de las técnicas cognitivas a problemas clínicos específicos, tales como los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias psicoactivas, la ansiedad y la depresión (Beck, Freeman & colaboradores, 1990; Beck, Wright, Newman & Liese, 1993; Leahy & Holland, 2000). Una vez más, es menor la cantidad de material disponible a propósito de los pacientes agresivos (véase Beck, 1999, y Ellis & Tafrate, 1997, como excepciones).

Dado que existen muchas variantes en la aplicación de la reestructuración cognitiva, y que algunas técnicas han sido diseñadas para grupos específicos de pacientes, la discusión de todos los modelos de tratamiento cognitivo está fuera del alcance de este libro.

En este capítulo presentaremos algunas cuestiones básicas relacionadas con las intervenciones cognitivas y después nos centraremos más específicamente en el modelo de Beck y sus colaboradores. En el modelo de la terapia cognitiva de Beck, a los pacientes se les brindan unas estrategias para evaluar sus pensamientos más característicos relacionados con los desencadenantes de la agresividad, con el propósito de ayudarles a percibir las situaciones de una forma más objetiva y realista. Su enfoque también incluye la identificación de los supuestos básicos y creencias nucleares de los pacientes, que les predisponen a sentirse agresivos. En el próximo capítulo presentaremos el modelo de Albert Ellis y sus colaboradores. En la terapia racional-emotivo-conductual (TREC) de Ellis el énfasis recae en el desarrollo de una filosofía más flexible y de una mayor aceptación en respuesta a las adversidades de la vida. Ayudando a los pacientes a ser menos exigentes y más capaces de tolerar las dificultades, se reduce la probabilidad de que reaccionen agresivamente.

## PRINCIPIOS Y MÉTODOS BÁSICOS

---

Todos los tipos de intervenciones cognitivas compartir las siguientes premisas:

- Los seres humanos están constantemente percibiendo, interpretando y pensando acerca de sus experiencias (pasadas, presentes y futuras). No se limitan sin más a reaccionar al entorno; antes bien, lo *interpretan* activamente. Así pues, los seres humanos también son capaces de pensar acerca de sus pensamientos.
- La cualidad del pensamiento, o la manera específica de pensar en los acontecimientos o experiencias, ejerce una gran influencia sobre las emociones y la conducta.

- Con el tiempo y la repetición, el pensamiento se vuelve primeramente automático y después inflexible. Al igual que sucede con otras muchas funciones humanas, las pautas de pensamiento más características acaban por quedar profundamente arraigadas y somos menos conscientes de ellas a la hora de manifestarlas. Así, los pacientes agresivos no suelen darse cuenta de los procesos de pensamiento que se desarrollan cuando aparecen los acontecimientos desencadenantes habituales.

- La modificación de los estilos de pensamiento puede ser muy útil a la hora de reducir las experiencias emocionales y las conductas expresivas desadaptativas. Además, aunque se admite que el cambio emocional y conductual puede alcanzarse por otros medios, la mejoría duradera sólo tendrá lugar a través del cambio en el estilo de pensamiento.

- Es posible modificar los estilos de pensamiento mediante el aumento de la toma de conciencia, de la reflexión y de la práctica. Dichas modificaciones pueden producir cambios en la vivencia y exteriorización de la agresividad y en el estilo de relación con los demás. Pero, como observamos en el capítulo 1, los pensamientos rígidos y profundamente arraigados son más difíciles de cambiar que los pensamientos superficiales.

Es absolutamente cierto que los teóricos y los profesionales cognitivos varían en su forma de abordar a los pacientes agresivos. Pero todos parecen compartir la creencia en estos principios básicos. Existen, pues, ciertas similitudes en la práctica. Por ejemplo, una vez que un desencadenante de la agresividad ha sido identificado, el primer paso de una intervención cognitiva consiste en realizar una evaluación de lo que el paciente está pensando *cuando* experimenta la agresividad. Aunque los pacientes tienen muchos pensamientos diferentes relacionados con la agresividad, aquellos que están *más directamente relacionados con la experiencia emocional* son los que revisten interés en la práctica de la psicoterapia cognitiva. Algunos de estos pensamientos son conscientes y persistentes, y el paciente los incluye en la información que brinda al profesional. Otros son fugaces y pueden estar por debajo del nivel de conocimiento consciente. Estrategias tan sencillas como el *cuestionamiento* por parte del profesional, los *autorregistros* por parte del paciente y el *role-playing*, pueden ayudar a explicitarlos.

Algunos teóricos cognitivistas se refieren a los pensamientos más relacionados con las experiencias emocionales como “pensamientos candentes” (Greenberger & Padesky, 1995). Por ejemplo, mientras describe una experiencia emocional problemática, un paciente puede señalar que dicha experiencia tuvo lugar en el comedor del trabajo, o sobre las once de la mañana, o que estaba lloviendo. Es probable que estos pensamientos sean “fríos” en el sentido de que son importan-

tes, pero no suelen suscitar la activación emocional. Otros pensamientos son “candentes” en el sentido de que instigan la aparición de sentimientos, dado que constituyen malinterpretaciones o exageraciones de la realidad, o provocan una reacción desadaptativa. Por ejemplo, los pacientes deprimidos tienden a desarrollar pensamientos relacionados con la propia culpabilización y denigración, creencias acerca de un bajo nivel de eficacia personal y predicciones negativas respecto del futuro. Los pacientes ansiosos tienden a sobrevalorar la probabilidad de que aparezcan consecuencias negativas y contemplan determinados acontecimientos como algo peligroso, catastrófico e inmanejable.

Aunque es menor el número de estudios sobre los estilos de pensamiento de los pacientes agresivos, la investigación y la experiencia clínica nos han permitido conocer algunas de las pautas más características. Algunas de éstas fueron revisadas en el capítulo 2, en el apartado sobre las valoraciones de los desencadenantes de la agresividad, y otras serán expuestas con más detalle en el próximo capítulo. A nivel general, estas pautas incluyen las malinterpretaciones del desencadenante (esto es, la tendencia a interpretar las situaciones neutras o ambiguas como negativas y/o maliciosas), la exigencia de que las situaciones injustas o desagradables no deberían existir, la creencia de que los desencadenantes son intolerables, la exageración del daño potencial asociado a los acontecimientos aversivos de la vida, y la descripción de uno mismo o de los demás en unos términos severos, parciales y abiertamente críticos. Al final de este capítulo aparece una lista de preguntas características que permiten acceder al estilo de pensamiento del paciente.

## LA DISTINCIÓN ENTRE PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS EN LAS DISCUSIONES TERAPÉUTICAS

---

En el capítulo 1 señalamos la importancia de confeccionar un vocabulario emocional. De hecho, un problema muy común al realizar una evaluación cognitiva es que son muchos los pacientes que no saben cómo distinguir entre *pensamientos* y *sentimientos*. Por ejemplo, un paciente puede decir:

*“Me siento como si me hubieran tratado injustamente”, o*  
*“Siento ganas de bajarle los humos”, o*  
*“Siento ganas de no volver a verle”.*

En realidad, éstas son evaluaciones o líneas de acción deseadas, a pesar de que el paciente utiliza la expresión *siento*. También, algunos pacientes respon-

den a la pregunta de *¿Qué te estaba rondando por la cabeza mientras estabas discutiendo con Bill?* con *Estaba cabreado*. Esta es una experiencia emocional y no permite captar con exactitud el *contenido* de los pensamientos.

Sugerimos que los profesionales estén alerta respecto de si el paciente es capaz o no de distinguir entre sentimientos y pensamientos. En el caso de que no sean capaces, la mayoría pueden aprender fácilmente esta distinción, si les decimos repetidamente:

*Eso es lo que estabas **sintiendo**. Pero, ¿qué te estabas **diciendo** a ti mismo a propósito de la situación?*

o

*Eso es lo que **pensabas**. Pero, ¿cómo te **sentías**?*

La terapia cognitiva se basa en la idea de que los pensamientos son la causa principal de los sentimientos. Por lo tanto, la capacidad de reconocer la diferencia entre estos dos tipos de eventos reviste una importancia crucial. También es importante que los pacientes sean capaces de distinguir entre los diferentes niveles de agresividad. El *Termómetro de la Agresividad* presentado en el capítulo 1 suele ser de utilidad.

Puede que sean necesarias varias sesiones dedicadas a revisar autorregistros, hacer preguntas sobre los episodios de agresividad, *role-plays*, y clarificar los pensamientos por contraste con los sentimientos, hasta lograr identificar los pensamientos específicos que contribuyen directamente a generar los episodios de agresividad. Una vez que las creencias relevantes han sido identificadas y los pacientes tienen cierta conciencia del papel que desempeñan sus propios estilos de pensamiento, es el momento de iniciar el proceso de rebatir estos pensamientos y sustituirlos por otras opciones alternativas más precisas y funcionales. Los modelos propuestos por Beck y Ellis difieren en el énfasis y la utilización de técnicas y estrategias ligeramente diferentes para modificar los estilos de pensamiento del paciente. En lo que resta de capítulo, pasaremos a exponer el modelo cognitivo desarrollado por Aaron Beck.

## LA TERAPIA COGNITIVA DE BECK

---

Tal y como fue formulada originalmente en los años 60 del pasado siglo, el énfasis del modelo de terapia cognitiva de Beck recaía en ayudar a los pacientes a identificar las *distorsiones en los pensamientos acerca de la realidad de los acontecimientos de la vida* y reemplazar estas distorsiones por unas *percepciones y valo-*

*raciones más exactas y realistas.* Aunque ello continúa constituyendo una preocupación principal, el modelo de Beck ha evolucionado en dirección a diferenciar tres niveles de cogniciones: pensamientos automáticos, supuestos y creencias nucleares.

***Pensamientos Automáticos.*** Los seres humanos están constantemente pensando y haciendo evaluaciones del mundo que les rodea. Los pensamientos automáticos forman parte de este continuo diálogo interior que acontece de forma natural en todas las personas. Estos pensamientos son *espontáneos y fugaces* y se supone que están *inmediatamente por debajo del nivel de conocimiento consciente*. También pueden adoptar la forma de imágenes o de recuerdos. Con un mínimo esfuerzo, la mayoría de las personas son capaces de captar este diálogo interior e identificar los pensamientos específicos a medida que se van sucediendo uno tras otro.

Por ejemplo, el lector tuvo una reacción automática bajo la forma de determinados pensamientos cuando se encontró con este libro por primera vez. Puede que tuviera un pensamiento *positivo* (así lo esperamos) como: *“Llevo mucho tiempo buscando la forma de mejorar mi trabajo con los pacientes agresivos. ¡Este libro es exactamente lo que necesitaba!”*. En ese caso, es probable que el pensamiento esté asociado a sentimientos igualmente positivos como, por ejemplo, el entusiasmo, además de acciones tales como leerlo de cabo a rabo (incluidas las secciones que pudieran parecer menos atractivas a primera vista). Un pensamiento *neutral*, como: *“Parece interesante. No pierdo nada con darle una oportunidad”*, probablemente estará relacionado con una reacción emocional más moderada y una motivación ligeramente menor. Tal vez, sin embargo, el lector tuviera un pensamiento automático *negativo* como, por ejemplo, *“He llegado a la conclusión de que mi personalidad me impide ser un terapeuta dedicado y empático y este libro no me va a ser de ninguna ayuda”*. Por supuesto, a menos que se vea contrarrestada por otros pensamientos diferentes, esta reacción disminuye la probabilidad de que lea el libro o bien haga alguna otra cosa con objeto de desarrollar sus habilidades terapéuticas. Además, este pensamiento negativo estaría probablemente asociado a un sentimiento de tristeza. Una vez sacados a la luz, es fácil identificar cómo influyen los mensajes verbales fugaces en el propio estado de ánimo y en la propia conducta.

A la hora de trabajar con pacientes agresivos, es importante identificar los pensamientos automáticos negativos y distorsionados asociados a los episodios de agresividad. Inicialmente, la atención recae en ayudar a los pacientes a darse cuenta de los pensamientos que tienen lugar cada vez que experimentan una reacción

agresiva intensa. Una vez más, es importante evaluar los pensamientos automáticos de la forma más exacta como son experimentados cuando surge la agresividad.

Consideremos el caso de Vincent, un adolescente de 17 años que nos fue derivado a causa de un historial de arrebatos de agresividad en el instituto. Tengamos en mente que, a lo largo de las sesiones anteriores, el profesional y Vincent ya han establecido una buena alianza de trabajo, y que Vincent ha manifestado su acuerdo respecto de que por su propio bien debe mejorar el control de sus arrebatos de agresividad.

Profesional: *Vincent, ¿hubo alguna vez, durante la pasada semana, en que te sintieras muy agresivo en el instituto?*

Vincent: *Pues sí. Al final me dejaron volver a la clase de historia con el Sr. Fox. Perdí tres días a causa de la expulsión. Cuando volví a clase me enteré de que había que entregar un trabajo el viernes. Pedí que me ampliaran el plazo y él me lo negó.*

Profesional: *¿Qué fue lo que te dijo?*

Vincent: *Me dijo que no podía concederme más días y que tengo que entregar el trabajo dentro del mismo plazo que los demás. Le dije que no era justo porque no me habían dejado asistir a clase y dijo que eso no venía al caso.*

Profesional: *¿Qué fue lo que se te pasó por la cabeza cuando te dijo eso?*

Vincent: *Que va a por mí. Que a nadie de este instituto le importo una mierda. Y que voy a suspender esta asignatura.*

Llegados a este punto, ha sido posible identificar tres pensamientos específicos. Cada uno de ellos será sometido a un *análisis lógico* para determinar si las interpretaciones que hace Vincent de la situación están o no avaladas por la evidencia disponible. Merced al cuestionamiento del profesional, se tomará en consideración la evidencia adicional que pueda apoyar la veracidad de cada uno de los pensamientos. El objetivo consiste en ayudar a los pacientes a pensar con claridad y objetividad sobre la situación relacionada con la agresividad. En el caso de Vincent, sus contactos adicionales con el profesor permiten ilustrar este proceso. Sólo el primero de los pensamientos específicos es analizado en profundidad en la continuación del diálogo.

Profesional: *Vincent, has identificado tres pensamientos específicos que tuviste cuando sentiste que tu agresividad empezaba a ir en aumento. El primero es “El Sr. Fox va a por mí”. El segundo, “A nadie de este instituto le importo una mierda”. Y el tercero, “Voy a suspender esta asignatura”. Vamos a analizar estos pensamientos de uno en uno.*

Vincent: *Vale.*



Profesional: *Por lo que se refiere a tu relación con el Sr. Fox, ¿ha hecho alguna otra cosa que te conduzca a creer que va a por ti?*

Observemos cómo en primer lugar el profesional trata de *obtener información* del paciente que pudiera apoyar potencialmente el pensamiento automático original. Los pacientes agresivos tienden a ver cualquier intento de cuestionar su forma de pensar como una invalidación de sus puntos de vista y puede que tengan la impresión de que el profesional se pone del lado de la otra persona. La exploración de la evidencia disponible a favor de los pensamientos del paciente ayuda a comunicar que el profesional se está tomando muy en serio los puntos de vista del paciente.

Vincent: *Pues sí. Me dio un suspenso en el trabajo del segundo trimestre cuando yo pensaba que me merecía mejor nota.*

Profesional: *Muy bien. ¿Alguna otra cosa?*

Vincent: *No. No se me ocurre nada más.*

Profesional: *Considerando la otra cara de la situación, ¿alguna vez ha hecho algo el Sr. Fox que te pareciera que lo hacía para ayudarte o apoyarte?*

Vincent: *Pues sí. Supongo que sí.*

Profesional: *¿Qué te parece que ha hecho para apoyarte?*

Vincent: *Bueno, me dio otro libro de texto de la asignatura cuando perdí el mío. Ah, y no me hizo pagarlo.*

Profesional: *¿Alguna otra cosa?*

Vincent: *Bueno, me ha dicho varias veces que está convencido de que podría rendir más.*

Profesional: *¿Y eso te sirve de apoyo?*

Vincent: *Bueno, supongo que a lo mejor él cree que soy inteligente y que puedo aprobar la asignatura.*

Profesional: *Muy bien. ¿Alguna otra cosa?*

Vincent: *No se me ocurre nada más.*

Profesional: *¿Alguna vez te ha puesto buenas notas?*

Vincent: *Sí, saqué dos notables en los exámenes.*

Profesional: *Así que, tomando en consideración todas las experiencias que has tenido con el Sr. Fox en el transcurso del año, ¿te sigue pareciendo que va a por ti?*

Vincent: *Supongo que no.*

En el paso final, a Vincent se le enseña a reaccionar a sus pensamientos automáticos con la ayuda de otros pensamientos alternativos más realistas y basados en el análisis de la evidencia disponible.

- Profesional: *Vincent, ¿cuál podría ser una forma más realista de describir tu relación con el Sr. Fox?*
- Vincent: *Supongo que es una buena persona en algunos aspectos. Pero me sigue pareciendo injusto que no me amplíe el plazo para la entrega de este trabajo.*
- Profesional: *De modo que, ¿cómo podrías conciliar estos dos puntos de vista aparentemente opuestos: por un lado se ha comportado como una buena persona y, por otro, ha hecho algo que tú piensas que es injusto?*
- Vincent: *No estoy seguro.*
- Profesional: *¿Pueden coexistir los dos puntos de vista?*
- Vincent: *Sí. Claro.*
- Profesional: *Así que, en el caso de que siguieras pensando que el Sr. Fox va a por ti, ¿cómo podrías volver a formular ese pensamiento específico? Entiéndeme, a nivel mental, para tus adentros. ¿Qué podrías decirte a ti mismo para describir la situación con más exactitud?*
- Vincent: *El Sr. Fox me trata bastante bien. Pero no siempre hace lo que yo quiero.*
- Profesional: *¿Te parece eso menos exagerado y más exacto?*
- Vincent: *Sí.*
- Profesional: *Vamos a contrastar los dos pensamientos, el antiguo y el nuevo. El antiguo es “El Sr. Fox va a por mí” y el nuevo es “Me trata bastante bien, aunque no siempre hace lo que a mí me gustaría”. ¿Cuál de los dos te hace sentirte menos agresivo?*
- Vincent: *El nuevo.*

Con la ayuda de esta especie de cuestionamiento socrático, Vincent también evaluó los otros dos pensamientos automáticos. Al poco le resultó evidente que estaba exagerando y distorsionando la evidencia y viendo a los demás y la situación de una forma mucho más negativa de lo que sería realista. Más abajo aparece un cuadro resumen que muestra las evidencias alternativas y las respuestas alternativas más precisas para los tres pensamientos automáticos de Vincent.

Al final de este capítulo aparece una hoja de trabajo para ayudarle al paciente a registrar los pensamientos automáticos, la evidencia alternativa y las conclusiones alternativas más realistas. La hoja de trabajo puede completarse durante las sesiones junto con el profesional, o bien individualmente por parte del paciente como una tarea para casa.

Pensamiento Automático:	Evidencia alternativa	Creencia alternativa más realista
El Sr. Fox va a por mí.	La verdad es que me ha ayudado en varias ocasiones. Me dio un libro de texto nuevo cuando perdí el mío. También me ha puesto algunos notables en los exámenes. Y me dijo que está convencido de que soy capaz de rendir más.	El Sr. Fox me trata bastante bien, aunque no siempre hace lo que yo quiero.
A nadie de este instituto le importo una mierda.	Hay varios profesores que parecen preocuparse de verdad. Tengo montones de amigos en el instituto. Mi tutor se pasa mucho tiempo hablando conmigo y me dijo que siempre tendré la puerta abierta.	Hay muchas personas que se preocupan realmente por mí. También hay algunas que no se preocupan en absoluto.
Voy a suspender esta asignatura.	Me ha ido bastante bien en la mayoría de los otros trabajos de la asignatura. Aun en el caso de que entregara tarde el trabajo de ahora, todavía puedo aprobar.	Si entrego algo, no es probable que suspenda la asignatura a causa de este único trabajo.

Inicialmente puede parecer difícil que los pacientes comuniquen una amplia variedad de pensamientos automáticos relacionados con sus experiencias agresivas. Ahora bien, en un plazo breve es probable que advirtamos algunas pautas recurrentes. Además, una vez que las restantes cogniciones subyacentes (supuestos y creencias nucleares) hayan sido identificadas, el contenido de los pensamientos automáticos se vuelve más comprensible y más fácil de predecir.

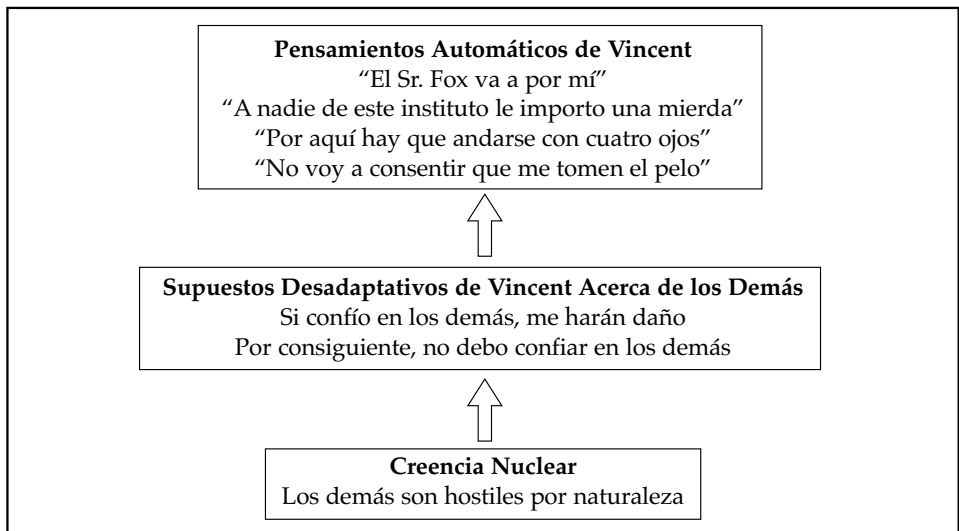
**Supuestos.** Los supuestos pueden definirse como *reglas o actitudes* que guían las acciones diarias y establecen unas expectativas (Greenberg & Padesky, 1995). Estos supuestos no suelen ser expresados verbalmente de forma directa por los pacientes, dado que puede que no sean conscientes de ellos y, por lo tanto, el profesional no puede acceder fácilmente a ellos. Dado que los supuestos generan los pensamientos automáticos, una forma de identificarlos es haciendo *inferencias a partir de los temas recurrentes* encontrados en los pensamientos automáticos. Las formulaciones de los supuestos suelen adoptar la forma característica de declaraciones del tipo “si-entonces”, o bien del tipo “debería” o “debo”. Por

ejemplo: “Si dejo que los demás se acerquen a mí, entonces me harán daño”, o “Aunque lo intente (incluso si lo intento) con todas mis fuerzas, a pesar de todo (entonces) es probable que no lo consiga”, o “No debo mostrarme débil delante de los demás”. Los supuestos pueden ser problemáticos en la medida en que sean exagerados y distorsionados, y son desadaptativos cuando se aplican de una forma rígida a todas las situaciones. Al parecer, los supuestos se desarrollan en respuesta a experiencias infantiles tempranas con los demás. Las experiencias negativas persistentes o incluso traumáticas pueden desembocar en unos supuestos negativos acerca de uno mismo y dar como resultado unas expectativas o actitudes negativas respecto de los demás.

**Creencias Nucleares.** Las creencias nucleares constituyen el nivel de cognición “mas profundo” o más abstracto. Profundo es una denominación inapropiada dado que en realidad nunca queremos decir profundo en el sentido, por ejemplo, de “medio metro de profundidad”. En realidad queremos decir *abstracto* y, por nuestra parte, preferimos este último término. Las creencias nucleares contienen las ideas sostenidas de una forma más central, relacionadas con uno mismo, los demás y el mundo. Recordemos que en el capítulo 1 señalamos que determinadas creencias ocupan una posición central y se sostienen con una enorme convicción. Estas son las creencias nucleares. Las creencias nucleares negativas subyacen a los supuestos desadaptativos y los pensamientos automáticos distorsionados. Así, las creencias nucleares pueden determinar la forma en que un sujeto interpreta la realidad de forma automática, especialmente en las situaciones ambiguas o estresantes.

En el diagrama que aparece más abajo, presentamos uno de los supuestos básicos de Vincent acerca de los demás, el cual puede inferirse de varios de sus pensamientos automáticos. Presentamos además la creencia nuclear de Vincent respecto de otras personas, junto con la relación entre los tres niveles de cognición.

La ventaja para los profesionales de definir los supuestos y las creencias nucleares desadaptativas reside en que ello brinda un marco más amplio que permite ayudar a dirigir las intervenciones de la forma más eficaz. Por ejemplo, si en el fondo Vincent cree que *los demás son hostiles* y que *no debería confiar en nadie*, y si en su trato con los demás *distorsiona* las situaciones en el sentido de *creer que lo están tratando mal*, invariablemente experimentará más agresividad y aumentará la probabilidad de que se comporte de forma inapropiada en su trato con los demás. Ciertamente, su agresividad y su conducta defensiva influirán en la reacción que los demás tengan frente a él. Su comportamiento tropezará



frecuentemente con el rechazo, la indiferencia o el castigo. Así, sus creencias nucleares y sus supuestos negativos acerca de los demás estarán recibiendo una confirmación constante en una suerte de *círculo vicioso*. En virtud de la comprensión de este círculo vicioso el profesional puede ayudar a Vincent a cambiar su estilo actual. De modo que, además de cuestionar sus pensamientos automáticos abiertamente negativos sobre de los demás, también podríamos realizar con ello una labor más conductual, moviéndole a actuar menos agresivamente, al tiempo que aumentando su confianza en las relaciones que ya tiene. El objetivo consistiría en brindarle unas experiencias que contradigan las ideas básicas que impulsan sus reacciones emocionales y sus conductas.

Desgraciadamente, como señalamos más arriba, la investigación teórica acerca de las creencias nucleares de los pacientes agresivos es relativamente escasa. Ahora bien, recientemente (1999) Beck ha propuesto que las personas que reaccionan impulsivamente, con agresividad y con agresión, tienden a verse a sí mismos como vulnerables y a los demás como hostiles. Para una descripción más detallada acerca de cómo definir los diferentes niveles cognitivos del paciente, referimos al lector a Beck (1995).

Invitamos a los lectores a comparar y contrastar el enfoque cognitivo de Beck con el de Albert Ellis, que describiremos con cierto detalle en el próximo capítulo.

## *Formulario para la Modificación de los Pensamientos Automáticos Relacionados con la Agresividad*

Como ya sabe a partir de nuestros debates, es importante que sus pensamientos sobre los desencadenantes de la agresividad sean lo más realistas posible. Por favor, escriba en esta hoja los pensamientos automáticos que tuvo en relación con una experiencia agresiva reciente, junto con la evidencia que confirme o contradiga dichos pensamientos y los pensamientos alternativos más realistas que podrían tener cabida. En primer lugar, describa el desencadenante. A continuación, complete las tres columnas. Desencadenante o evento agresivo: \_\_\_\_\_

<i>Pensamientos automáticos</i> Describa los pensamientos que se le pasaron por la cabeza cuando apareció su agresividad.	<i>Evidencia alternativa</i> Describa las acciones de los demás o alguna otra evidencia que confirmen una creencia alternativa más realista.	<i>Creencia alternativa más realista</i> Escriba la creencia alternativa más realista que permita describir adecuadamente el desencadenante de la agresividad.
1. _____ _____	1. _____ _____	1. _____ _____
2. _____ _____	2. _____ _____	2. _____ _____
3. _____ _____	3. _____ _____	3. _____ _____

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

***Preguntas que Permiten Acceder a los Pensamientos Causantes de la Agresividad***

- ¿Qué le estaba rondando por la cabeza *justo antes* de que empezara a sentirse agresivo?
- ¿Qué se estaba diciendo a usted mismo *mientras* se estaba sintiendo agresivo?
- ¿Qué pensaba usted de la situación *mientras* se estaba sintiendo agresivo?
- ¿Cómo estaba usted interpretando (o viendo o considerando) la situación *mientras* se estaba sintiendo agresivo?
- Cuando se pone a pensar en lo que pasó, ¿qué conclusiones extrae usted acerca de la otra persona (a la que usted percibe como el instigador de su agresividad)?
- ¿Qué conclusiones extrae usted de esta experiencia en su conjunto?
- ¿Qué conclusiones le permite extraer esta experiencia en su conjunto acerca de usted mismo? ¿Acerca de su vida? ¿Acerca de su futuro?
- ¿Qué le está rondando por la cabeza ahora mismo? (cuando el paciente parece sentirse agresivo durante la sesión)
- Ahora que ya ha pasado, cuando recuerda la experiencia, ¿qué piensa usted acerca de la otra persona?

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]

# Fomentar el cambio cognitivo II: Desarrollar una filosofía de vida más flexible

## 14

*Nadie puede hacer que nos sintamos inferiores sin nuestro consentimiento*

Eleanor Roosevelt

Por mucho que nos esforcemos en ayudar a nuestros pacientes a cambiar sus habilidades vitales para que se enfrenten a sus desencadenantes agresivos de una forma más eficaz, o para que perciban sus desencadenantes agresivos de una forma más realista, podemos dar por sentado que la vida seguirá presentándoles problemas nuevos e imprevistos. Y muchos de estos problemas serán *objetivamente* malos y serán percibidos *de una forma realista* por los pacientes. Por ejemplo, se perderán trabajos que se disfrutaban desde hacía mucho tiempo, aparecerán enfermedades, se desintegrarán matrimonios felices, los hijos y los amigos se comportarán de una forma estúpida, las mejores intenciones serán malinterpretadas, se generarán rumores, los profesores y los supervisores no serán justos, los estudiantes malinterpretarán a sus profesores, etc. Por esta razón, es importante ayudar a los pacientes a desarrollar o fortalecer unas filosofías que redefinan las situaciones aversivas como lo que son *inconvenientes desagradables y problemáticos*. Este es el objetivo principal de la Terapia Racional-Emotivo-Conductual (TREC), una modalidad de intervención muy útil para reducir la agresividad. Como observamos en el capítulo 9 (sobre el manejo de la activación física), la abrumadora mayoría de los desencadenantes actuales son sociales por naturaleza y no constituyen una amenaza para nuestras vidas. Esta es la razón de que nos refiramos a ellos como *inconvenientes*. Al contrario que los tiempos en los que se desarrolló la reacción de ataque o fuga con el fin de proteger las vidas humanas, los desencadenantes sociales actuales suelen provocar poco más que una pérdida de tiempo, de prestigio y de dinero.

Por contraste con el enfoque de Beck presentado en el capítulo anterior, que ayuda a los pacientes a percibir los desencadenantes con más exactitud, el



enfoque propuesto por la TREC ayuda a los pacientes a *adaptarse* a los desencadenantes –*al margen de que hayan sido o no adecuadamente percibidos*. Dado que los pacientes suelen venir a tratamiento con unas filosofías sumamente negativas y rígidas, son propensos a *catastrofizar* cada vez que las cosas van mal y, de forma característica, suelen pensar que no son capaces de *tolerar* los acontecimientos aversivos. Por lo tanto, es importante ayudarles a valorar sus desencadenantes en su justa medida. En este sentido, la TREC constituye el más elegante de los enfoques, dado que el objetivo consiste en disminuir el nivel de reactividad agresiva en virtud de un cambio de filosofía en relación con el mundo.

La TREC fue formulada en los años 50 del pasado siglo por Albert Ellis, un psicólogo en activo que estaba insatisfecho con los enfoques psicoanalíticos y no directivos de la época. La TREC se ha vuelto excepcionalmente popular como una modalidad de tratamiento para muchos problemas y son los miles los artículos y los libros al alcance del lector que quiera una exposición más a fondo de la que podemos ofrecer en este capítulo (por ejemplo, Ellis, 1962, 1973, 1994; Ellis & Dryden, 1987; Ellis & Harper, 1975; Ellis & MacLaren, 1998; Walen, DiGuiseppe & Dryden, 1992). Ahora bien, nosotros somos de la opinión de que la belleza de este enfoque reside en su simplicidad: es posible aprenderlo en un plazo breve de tiempo. Como señalamos más abajo, si los pacientes son capaces de aprender y aceptar *cuatro pensamientos racionales* acerca de los desencadenantes aversivos, gran parte de su agresividad se verá disminuida. En este sentido el enfoque es muy *sencillo*. Al mismo tiempo, *no es fácil*. Hace falta mucha reflexión, discusión y práctica para aprender a reaccionar racionalmente ante los aspectos aversivos de la vida.

Aunque el enfoque pueda parecer similar a la terapia cognitiva de Beck, existen importantes diferencias. En el modelo de la TREC las percepciones iniciales acerca del desencadenante y los pensamientos automáticos no son debatidos ni cuestionados. *Se da por supuesto que las percepciones y los pensamientos del paciente acerca del desencadenante son ciertos*. En lugar de ponerse a debatir sobre su veracidad, el profesional explora las evaluaciones y los significados que el paciente le asigna al desencadenante, con el propósito de reducir la agresividad. Así pues, la TREC se concentra en el segundo paso del modelo explicativo del episodio de agresividad (esbozado en el capítulo 2) –la valoración del desencadenante.

En el modelo explicativo del episodio de agresividad, los desencadenantes se valoran de una forma que conduce a generar las vivencias y las exteriorizaciones agresivas. En el modelo de la TREC, los desencadenantes son denominados

*Acontecimientos Activadores.* Las valoraciones son denominadas *Creencias*, que pueden ser racionales o irracionales. Es decir, pueden describir adecuadamente al desencadenante o pueden magnificar el desencadenante de una forma que no guarda proporción con la realidad. Finalmente, en el modelo de la TREC a las vivencias y exteriorizaciones agresivas se las denomina *Consecuencias*. Las muestras de diálogos entre el paciente y el profesional que vienen a continuación permiten ilustrar algunos de los principios básicos de la TREC.

## DESCRIBIR EL ACONTECIMIENTO ACTIVADOR (EL DESENCADENANTE)

Joan era una psicoterapeuta de 46 años que trabajaba en un gran centro de salud mental de la comunidad. Solía reaccionar con agresividad cuando le parecía que a otros miembros del personal les asignaban menos casos y más fáciles. Joan también pensaba que a otro colega, Jack, le estaban dando preferencia en la asignación de espacio y de un ordenador nuevo, a pesar de que ella llevaba más tiempo trabajando en el centro. Joan solía indignarse y quejarse a sus amigos y familiares, y se dedicaba a rumiar durante días la forma de acabar con sus problemas en el trabajo.

Como parte de su exposición de los “hechos”, Joan dijo: “¡Es injusto! Estoy trabajando más que Jack y llevo mucho más tiempo en el centro que él. Y sin embargo Phyllis –la directora del centro– le ha asignado el mejor despacho y un ordenador nuevo. ¡Estoy furiosa! No hace ni dos meses que Jack vino a trabajar aquí. ¿Cómo ha podido hacer Phyllis algo semejante? Parece que no se da cuenta de las reacciones emocionales tan duras a las que ello puede dar lugar. No sé qué demonios está pasando”.

La respuesta del profesional de la TREC fue: “Pareces estar verdaderamente muy alterada por esta situación que describes en el trabajo. *Empecemos por suponer que estás en lo cierto. Estás* trabajando más que los demás, *es* injusto y la directora del centro no se da cuenta de cómo te estás sintiendo”. Observemos que el profesional no cuestionó las percepciones de Joan acerca de la situación. En su lugar, se limitó a aceptar su exposición de los hechos tal y como ella los presentó.

Esta aceptación de entrada es recibida como una sorpresa agradable por parte de los pacientes, que suelen sentirse cuestionados cuando les exponen los “hechos” a los demás. En este sentido, el profesional de la TREC evita la confrontación inicial que suele darse en otros muchos enfoques psicoterapéuticos. Consideremos las siguientes situaciones bastante comunes:

Adolescente: *Estoy muy frustrado. Mi profesor de francés habla tan rápido que nadie puede comprender lo que dice.*

Progenitor: *¡Tal vez no estés prestando la suficiente atención!*

\* \* \*

Dependiente: *Esos clientes son muy violentos. Me ponen agresivo.*

Supervisor: *No son tan malos y, en cualquier caso, tu trabajo consiste en ofrecerle un buen servicio a todo el mundo.*

\* \* \*

Madre: *Estoy muy enfadada con mi marido. Una y otra vez se ha dado el caso de que he tenido que castigar a mi hijo mandándole a su habitación. Y después, al cabo de unos dos minutos, mi marido va y le dice que el castigo se ha terminado. ¡Está socavando mi autoridad como madre!*

Profesional: *Bueno, no parece que sea necesario verlo de ese modo. Trate de verlo desde la perspectiva de su hijo. Unos minutos pueden ser una eternidad para un niño.*

\* \* \*

Maestro 1: *Estoy muy enfadado. Cuando ayer me puse enfermo, la profesora suplente le dijo a la clase que no tenían que estudiar el examen de ortografía. Dijo que el examen se aplazaba. ¡Al parecer estaba un poco nerviosa! Y ahora toda mi programación de la semana se ha ido a pique.*

Maestro 2: *Tal vez estés sacando las cosas de quicio. No deberías ponerte tan agresivo.*

\* \* \*

Mujer: *Estoy furiosa porque mi novio me promete y me promete, pero jamás me compra ningún regalo. Y me llama con menos frecuencia. Me parece que simplemente está haciendo tiempo para deshacerse de mí.*

Amiga: *Probablemente sólo sea que tiene mucho trabajo. No te lo tomes así. Todos los hombres son unos memos insensibles.*

\* \* \*

Profesor 1: *Anoche, cuando estaba dando mi clase sobre la historia de Sri Lanka, unas cuatro personas se salieron de clase. Volvieron más tarde, pero creo que se estaban aburriendo. Me sentí muy ofendido. ¿Por qué demonios eligieron esta asignatura? ¡Sabían perfectamente dónde se estaban metiendo!*

Profesor 2: *Probablemente fueron al cuarto de baño o tenían que hacer alguna llamada de teléfono. No me cabe duda de que tu clase fue muy interesante. No te ofendas tanto. Tienes que tener un poco de más aguante.*

\* \* \*

Estas situaciones representan reacciones bastante características. En todos los casos, la persona que responde cuestiona la declaración del informante. Poca o ninguna credibilidad se le concede al informante, como tampoco a los sentimientos de enfado y agresividad. Y es poco probable que la respuesta sea útil en ningún sentido relevante. El profesional de la TREC, por contraste, aceptaría la información al pie de la letra. Se daría por supuesto que el profesor de francés habla muy rápido, que los clientes son violentos, que el marido está socavando la autoridad de la madre, que la programación del maestro se ha ido a pique, que la mujer está a punto de que se “deshagan” de ella y que la clase del profesor le resultó aburrida a mucha gente. La TREC no tiene por objetivo indagar la verdad, sino desarrollar *interpretaciones* (valoraciones) razonables de los desencadenantes. Ello no quiere decir que el profesional de esta orientación ignore absolutamente las valoraciones exactas de la realidad. Antes bien, se da por supuesto que las valoraciones razonables de las adversidades de la vida conducirán a reducir la agresividad y acrecentar la posibilidad de solucionar los problemas. Esto se logra escuchando las muchas historias relatadas por el paciente, aceptándolas como un hecho y ayudando al paciente a sustituir las interpretaciones negativas y rígidas por otras más flexibles y moderadas.

## ENSEÑAR A IDENTIFICAR LAS CAUSAS DE LA AGRESIVIDAD

---

En casi todos los casos, los pacientes creen equivocadamente que su agresividad está provocada por el desencadenante. Es decir, creen que los estímulos externos (los acontecimientos activadores o desencadenantes) son los que provocan su agresividad. La labor del profesional consiste en enseñarles una concepción diferente. Volviendo al caso de Joan, la psicóloga clínica, el objetivo consiste ahora en indagar su punto de vista acerca de la causa de su agresividad.

Profesional: *Joan, me hago cargo de que a Jack lo están tratando mejor que a ti y que esto te está poniendo muy agresiva. Pero, dime, ¿qué es lo que te pone tan agresiva?*

Joan: *Es Phyllis la que me pone agresiva. Hasta el punto de que el mero hecho de verla hace que me hierva la sangre.*

A continuación el profesional le muestra a Joan que en realidad es ella la que se pone agresiva. El objetivo consiste en hacer que tome conciencia de que es ella quien controla sus reacciones. La TREC favorece la autorrealización, dado que le arrebató el control a los demás y se lo devuelve a su propietario legítimo, el paciente.

- Profesional: *Joan, me da la impresión de que piensas que Phyllis controla tus sentimientos, tu agresividad. Pero me gustaría demostrarte que existe otra forma de considerar la situación. Creo que eres tú quien tiene el control de tu agresividad, y no Phyllis. Creo que tus sentimientos están provocados por tu interpretación de sus actos. Supongamos, aunque sólo sea por un momento, que Jack no sólo fuera un empleado más joven, sino que también fuera tu hijo. A Phyllis le cae muy bien y le ha asignado algunos casos fáciles para que se ocupe de ellos, y también le ha dado el mejor despacho con el ordenador nuevo. ¿Cómo te sentirías?*
- Joan: *Bueno, eso cambiaría las cosas. Supongo que me sentiría feliz de que las cosas le estuvieran yendo tan bien a mi hijo. Pero seguiría queriendo algunas cosas buenas para mí.*
- Profesional: *Parece razonable. Pero no te pondrías tan agresiva porque...*
- Joan: *Porque sería mi hijo, y no un extraño, el que se quedaría con el mejor despacho.*
- Profesional: *De modo que, si fuera tu hijo te sentirías menos agresiva que si fuera un extraño –aunque en ambos casos te quedarías sin el mejor despacho y sin el ordenador nuevo. Ello sugiere que tu agresividad no está provocada por el hecho de que te quedes sin el despacho o porque trabajes más que los demás. Son otras cosas las que parecen provocar tu agresividad. Pongamos otro ejemplo. Supongamos que el empleado más joven estuviera físicamente incapacitado. Podría ir en una silla de ruedas y el mejor despacho le sería de más fácil acceso que los otros. ¿Seguirías sintiéndote agresiva?*
- Joan: *Por supuesto que no.*
- Profesional: *¿Lo ves, Joan? Te pones agresiva cuando interpretas el desencadenante de una forma, y no te pones agresiva cuando lo ves de otra forma. Si a otra persona le asignan un despacho mejor que a ti, pero piensas que es correcto porque se trata de un miembro de tu familia o está incapacitado, entonces no te pones agresiva. Si no eres capaz de encontrar una razón aceptable, y piensas que es injusto y que no debería ocurrir, entonces te pones agresiva. Pero en todos los casos te quedas sin el mejor despacho. El resultado es el mismo, pero tus interpretaciones determinan si te pones agresiva o no. Eres tú la que controla tus interpretaciones y eres tú la que tiene el control de tu agresividad. Lo que pretendo es devolverte el control sobre tus emociones.*

## ENSEÑAR A INTERPRETAR RACIONALMENTE EL DESENCADENANTE (LA VALORACIÓN)

---

Una vez que Joan reconoce que el desencadenante no es el responsable directo de su agresividad, sino más bien *su punto de vista* acerca del desencadenante, el profesional procede a presentar las cuatro creencias irracionales que contribuyen al desarrollo de la agresividad. Estas creencias irracionales son contrastadas con cuatro creencias racionales a adoptar por parte del paciente.

El objetivo general es la *precisión semántica*, a saber, *describir y evaluar con precisión el desencadenante, sin minimizarlo ni magnificarlo*. Una parte importante de este proceso consiste en enseñarle al paciente las cuatro ideas racionales a utilizar en la evaluación de los desencadenantes aversivos actuales y futuros, a fin de minimizar el desarrollo de la agresividad. En el modelo de la TREC las *cuatro creencias nucleares irracionales* se denominan *horribilización, baja tolerancia a la frustración, exigencia y juicios globales*. Para cada una de ellas existe una alternativa racional que ayuda al paciente a interpretar los desencadenantes de una forma más flexible y moderada.

**Horribilización.** En primer lugar, los pacientes agresivos casi siempre *exageran las consecuencias* o la magnitud del infortunio asociado a los acontecimientos aversivos. Suelen conceptualizar casi todos los acontecimientos negativos como *espantosos, horribles o terribles* en lugar de *desafortunados, malos o muy malos* sin más. Tales exageraciones subrayan indebidamente los aspectos negativos y reducen la oportunidad de generar soluciones y mirar hacia el futuro, en dirección al momento en que el suceso sea menos relevante para la vida del paciente. *Espantoso, terrible y horrible* son palabras excepcionalmente fuertes que, si las examinamos cuidadosamente, significan realmente que lo hemos perdido todo. En nuestro lenguaje habitual utilizamos estas palabras para describir la devastación masiva y con frecuencia irreversible debida a los terremotos, accidentes de aviación, tornados, o al holocausto judío. En estos casos suele ser la vida misma la que se pierde.

El objetivo en esta etapa de la TREC consiste en mostrarle a los pacientes que tales evaluaciones son demasiado fuertes para aplicarlas a aquello de lo que habitualmente están hablando, como, por ejemplo, la pérdida de un trabajo, una cita fallida, la infidelidad, la pérdida de dinero en la bolsa o la no admisión en un centro de enseñanza superior. De hecho, incluso cuando estamos hablando de problemas muy, muy serios, es útil analizar los resultados a largo plazo cuando hacemos las interpretaciones. Por ejemplo, la mayoría de las personas se

recuperan bastante bien psicológicamente incluso después de tener accidentes personales graves de resultados de los cuales han quedado gravemente incapacitados. De hecho, los datos de las investigaciones muestran que los niveles de felicidad de los cuadruplégicos, al cabo de aproximadamente un año, vuelven realmente a los niveles previos al accidente (Diener, 1984).

Aunque utilizamos palabras como “terrible” inmediatamente después de tales accidentes, es importante preguntarle a los pacientes qué significa ese tipo de evaluación y si existen mejores palabras o frases que puedan utilizarse. En la mayoría de los casos, *muy malo* o *muy difícil* o *un inconveniente de primera magnitud* constituyen mejores evaluaciones del desencadenante. Estos términos no implican minimizar la gravedad de los desencadenantes o el malestar que provocan. Nadie quiere que le rechacen o que le hagan daño; nadie quiere perder dinero, ni un trabajo, ni prestigio. Antes bien, las palabras se ofrecen como descripciones *más realistas*. Con la excepción de la pérdida de la vida, casi todos los acontecimientos aversivos son gravosos simplemente en términos de tiempo, dinero o prestigio. Con el tiempo, estos costes pueden recuperarse. Palabras tales como espantoso o terrible sugieren una magnitud que va mucho más allá de una pérdida parcial y acrecienta la intensidad y la duración de la agresividad. Disminuyen la atención respecto del resto de la vida del paciente, que suele incluir muchos aspectos muy positivos.

**Baja tolerancia a la frustración.** Los pacientes también suelen minusvalorar de forma característica su capacidad de afrontar el malestar o la adversidad. En el caso de que se dé una injusticia, la cuestión con respecto a la agresividad es, como vimos a propósito del caso de Joan, *¿se puede tolerar o es realmente “intolerable”?* Es realmente asombroso la frecuencia con la que nuestros pacientes (y nuestros amigos, familiares y colegas) utilizan palabras que sugieren una incapacidad para abordar los problemas. Decimos que *no podemos soportarlo* cuando estamos esperando una cola larga y lenta, cuando un niño derrama un zumo sobre el tapete después de haberle advertido de que tuviera cuidado, cuando una pareja nos engaña, cuando nos bajan de categoría en el trabajo, cuando no nos invitan a una fiesta a la que queríamos asistir y cada vez que aparecen contrariedades similares. De hecho, una mejor evaluación sería que *no nos hace la menor gracia y preferiríamos que no hubiese ocurrido*. Una vez más, si a los pacientes se les puede ayudar a ver el mundo de una forma más realista, es probable que disminuya la agresividad y que se acrecienten las oportunidades de generar soluciones a los problemas pendientes. Si podemos ayudar a los pacientes a desarrollar una actitud de solución de problemas, junto con cierto nivel de optimismo respecto de su tolerancia, es más probable que tengan éxito. Quejarse de

la incapacidad de tolerar los acontecimientos desagradables y aversivos rara vez suele ser útil. De hecho, no existe una definición aceptable de *no puedo soportarlo*. La mayoría de las personas que son traicionadas, pierden sus trabajos, suspenden los estudios, son rechazados, etc., *verdaderamente* lo soportan. Esto es, en última instancia se ajustan y se adaptan. Además, el rechazo y otros desencadenantes negativos a veces brindan la oportunidad de que aparezcan cosas mucho mejores. El lector puede recordar el caso del conductista John Watson. Después de perder su trabajo en la Johns Hopkins University, donde luchó por un salario propio de un profesor de universidad de principios del siglo veinte, se pasó al mundo de los negocios y ganó mucho más de lo que podría haber soñado ganar en la universidad. Los pacientes que aprenden a describir los desencadenantes aversivos como difíciles y frustrantes harán mejor que si se quejan y protestan de que no pueden soportarlos o afrontarlos.

**Exigencia.** Los pacientes suelen elevar los *deseos* personales a la categoría de *dictados* absolutos o *reglas inquebrantables* que recaen impositivamente sobre uno mismo, los demás y el mundo. Al enzarzarse en semejantes *exigencias*, se olvidan de que la conducta aversiva de los demás está determinada por la biología, el modelado, la historia de aprendizaje y las normas subculturales. La exigencia ignora la realidad, impone normas dictatoriales a los demás y conduce a la perturbación. Los pacientes experimentarán menos agresividad si aprenden a diferenciar las *preferencias* de las *exigencias*.

Las exigencias se reflejan en palabras del paciente tales como *debe* o *debería* o *tiene que*. Estas palabras no dejan lugar a ninguna alternativa. Ahora bien, algunas cosas en este mundo “deben” ocurrir. Estamos de acuerdo en que debemos comer, dormir, orinar, etc. No existe ninguna opción en absoluto con respecto a estas conductas. Pero, aun en el caso de que seamos unos estudiantes muy brillantes, *¿debemos* ir a Harvard? *¿Debe* nuestro jefe valorar nuestro trabajo? *¿Debe* nuestra pareja sernos fiel, aun en el caso de que nosotros le hayamos sido fieles al 100%? (Analicemos los datos, a fin de cuentas: aproximadamente el 55% de los hombres y el 30% de las mujeres tienen aventuras extramatrimoniales durante el matrimonio). *¿Es* racional y sabio decir que todos ellos están haciendo lo que *no deben* o *no deberían* hacer? Creemos que no. Si bien estas conductas pueden ser perfectamente definidas como *no preferibles*, lo cierto es que suceden una y otra vez con bastante frecuencia. Haríamos mejor en indagar sus causas, tratar de rectificarlas en la medida de lo posible, y aceptarlas en el caso de que no podamos hacer otra cosa. Ahora bien, el mero hecho de cruzarnos de brazos y exigir que las cosas *deban* o *no deban* ocurrir no hará sino generar agresividad –sin brindar ninguna solución.



**Juicios globales acerca de uno mismo o los demás.** La mayoría de los pacientes tienen una fuerte tendencia a *sobregeneralizar* acerca de la gente. Los pacientes *culpabilizan* o *condenan* a otras personas “en su totalidad” por conductas limitadas y específicas. Como parte de esta culpabilización, tienden a utilizar un lenguaje sedicioso como “memo”, “hijo de puta”, “idiota” o “imbécil”. En realidad, todos sin excepción hacemos muchas cosas buenas y algunas cosas malas. Algunas personas hacen más cosas malas que otras. Pero incluso estas personas hacen algunas cosas buenas de vez en cuando. Así pues, de acuerdo con la TREC y muchas otras filosofías y religiones, recomendamos a los pacientes que tomen en consideración las *conductas específicas* de la gente y las evalúen consecuentemente.

Desgraciadamente, en lugar de reconocer las causas aprendidas o ambientales de las conductas específicas, los pacientes suelen atribuir la mala conducta de los demás a las características internas de su personalidad. En psicología social a esto se lo denomina “error fundamental de atribución” (Heider, 1958). En lugar de ver a la directora del centro como una persona compleja con muchas presiones actuando sobre ella que la conducen a tomar una serie de decisiones diferentes, a Joan le parece *absolutamente estúpida y malvada*. Con ello da a entender que las conductas de la directora son casi siempre injustas y están provocadas por una personalidad maligna. Es importante que Joan aprenda a verla como una mujer que hace muchas cosas –unas buenas y otras malas– y no caracterizar a la totalidad de la persona sobre la base de un solo conjunto de actos. Si aprende a obrar de este modo, es menos probable que se ponga agresiva en el trato futuro con la directora del centro.

El cuadro que aparece más adelante ilustra las creencias nucleares irracionales en torno a la cuestión de la justicia, que fueron indagadas junto con Joan, la psicóloga agresiva.

Comparado con el enfoque de Beck, la TREC ofrece más posturas filosóficas a debatir con el paciente. Además, el profesional acepta más las percepciones del paciente, lo que acrecienta el vínculo terapéutico. Al mismo tiempo, el objetivo consiste en alentar al paciente a aceptar la realidad de que el mundo es injusto y de que es muy posible tolerar la mayoría de los acontecimientos injustos durante largos períodos de tiempo. Estos acontecimientos, se les enseña a los pacientes, pueden ser ciertamente e intensamente indeseables –pero no por ello dejan de ser tolerables. Así pues, la TREC presenta un punto de vista filosófico menos exigente y más tolerante, con el fin de ayudar a los pacientes a experimentar menos activaciones emocionales dolorosas.

Creencias irracionales	Creencias racionales
<p>Es terrible (o espantoso u horrible) que me traten injustamente.</p> <p>¡La directora del centro <i>debería</i> respetar mi antigüedad!</p> <p><i>No puedo soportar</i> que me traten injustamente. ¡Es intolerable!</p> <p>La directora del centro es una auténtica gilipollas. ¡Qué tonta (o estúpida) es!</p>	<p>A pesar de que <i>no me gusta</i> esta mala situación, existen injusticias mucho peores en el mundo que podrían afectarme. En realidad esto es injusto y <i>desagradable</i> sin más.</p> <p>Quiero que la directora del centro respete mi antigüedad. <i>Espero</i> que así lo haga.</p> <p><i>Puedo</i> soportar que me traten injustamente. En la vida a veces suceden y seguirán sucediendo estas cosas, pero yo soy una persona flexible <i>capaz de afrontar</i> estos problemas desagradables.</p> <p>Aunque la directora del centro tomó esta decisión, otras veces me ha tratado bien. Hace algunas cosas buenas y otras cosas no tan buenas. <i>No puedo juzgar a la totalidad de su persona partiendo sin más de un grupo reducido de algunos de sus actos.</i></p>

En la TREC, las creencias irracionales son debatidas con el objetivo de enseñar otras vías alternativas semánticamente precisas y racionales de evaluar los desencadenantes problemáticos. Es posible utilizar una serie de métodos para lograr este objetivo. El método principal de abordar las cuestiones filosóficas es a través de la lógica. Así, las creencias de Joan fueron cuestionadas en base a hacer un determinado número de preguntas que suscitaran la reflexión y presentándole otras alternativas mejores.

- Profesional: *Joan, suponiendo que la directora del centro fue injusta, ¿por qué es tan espantoso en lugar de desagradable?*
- Joan: *Bueno, es terrible que hiciera lo que hizo.*
- Profesional: *Desagradable significa poco grato o placentero, lo que fue ciertamente el caso. Espantoso y terrible implica unas consecuencias mucho más graves. Estas palabras implican pavor, terror, horror o un grado de temor muy elevado. ¿Qué palabra, desagradable o espantoso, describe con más precisión sus actos?*
- Joan: *Supongo que lo que hizo fue realmente sorprendente, ¡y muy desagradable!*
- Profesional: *Estoy de acuerdo. Vamos a llamarle muy desagradable para referirnos a lo que hizo. (Pausa). También dijiste que no podías seguir soportándolo. ¿Qué quisiste decir con eso?*

- Joan: *Quise decir que es injusto.*
- Profesional: *Estoy de acuerdo. Pero, evidentemente puedes soportarlo. Con ello quiero decir que puedes seguir trabajando en tus casos, incluidos los difíciles, en tu despacho actual. No tiene por qué gustarte, pero tengo fe en ti y sé que puedes tolerarlo, ¿o no?*
- Joan: *Supongo que puedo. Pero no me gusta lo que hizo.*
- Profesional: *Una vez más, estoy de acuerdo. No te gusta, pero puedes tolerarlo. (Pausa). Pero, ¿por qué debería haber actuado de una forma diferente a como lo hizo?*
- Joan: *Porque yo llevo trabajando en el centro mucho más tiempo y acepto casos muy difíciles.*
- Profesional: *Correcto. Esa es la razón de que esperases que te adjudicara a ti el mejor despacho. Pero, ¿por qué razón debería hacer lo que tú querías o esperabas?*
- Joan: *No entiendo.*
- Profesional: *En esencia estás creyendo que porque una serie de acontecimientos son lógicos y esperables, entonces deben o deberían o tienen que ocurrir. Parece algo así como creer que porque está programado que un tren llegue a las 8.15 a.m., entonces debe o debería o tiene que llegar a esa hora. De hecho, se trata solamente de una expectativa o una predicción. Y aunque las expectativas y la lógica suelen prevalecer la mayoría de las veces, otras no. En tu caso, tal vez sería mejor que insistieras en “Esperaba de todo corazón que me dieran el mejor despacho, pero no tiene por qué ser así necesariamente”. Ello sería similar a “Espero que el tren llegue a las 8.15 a.m., pero no tiene por qué ser así”.*
- Joan: *Ya veo.*
- Profesional: *Eso es. Y no estoy sugiriendo que lo que sucedió fuera correcto o lógico o que te tenga que gustar. Tan sólo pretendo que aceptes la realidad de que montones de cosas esperadas no suceden en la vida y que eres muy capaz de tolerarlo. Podrías hablar con ella, pedirle que te tenga en cuenta para el despacho o pedirle que te tenga en cuenta cuando aparezca otro buen despacho. O podrías olvidarte de ello. Tienes varias opciones. Pero al margen de que consigas o no lo que quieras, me gustaría que describieras la situación de una forma precisa y realista.*
- Joan: *De acuerdo.*
- Profesional: *¿Y qué hay de la directora? Dijiste que era una auténtica estúpida. ¿Fue eso lo que querías decir?*
- Joan: *Eso es lo que pensé.*

Profesional: *Bien, la puntualización final que me gustaría hacer es que esa mujer hace muchísimas cosas a lo largo del día, muchas de las cuales te afectan a ti. Algunas son realmente malas, algunas están bien sin más y otras son buenas. ¿Recuerdas que hace dos semanas me dijiste que le concedió un tiempo libre extra a una secretaria que tenía cita para el médico?*

Joan: *Pues sí.*

Profesional: *De modo que sería más exacto que limitemos nuestras declaraciones a su conducta –y no a su persona como un todo. Digamos que su conducta fue mala. ¿De acuerdo?*

Joan: *Bueno, en ese punto estoy ciertamente de acuerdo con usted.*

Obviamente, el diálogo anterior está condensado. Se requiere una serie de sesiones para debatir adecuadamente y sustituir cada una de las creencias irracionales por una alternativa más flexible. El objetivo último consiste en lograr que Joan deje de insistir en que la injusticia no debe existir y aceptar la realidad de que las situaciones injustas forman parte de la vida de todo el mundo sin excepción. Al mismo tiempo, es importante comunicar que es razonable que no le guste lo que percibe como un trato injusto. También, además de aceptar que la injusticia existe, Joan podría seguir eligiendo vías para intentar cambiar la situación o incluso decidirse a buscar un nuevo trabajo. El resultado es lograr que renuncie a sus exigencias y, en última instancia, a su agresividad.

Existen varias formas de debatir los pensamientos imprecisos, irracionales y exagerados. La mayoría de los ejemplos ofrecidos a continuación reflejan cuestionamientos *lógicos*. Otra posibilidad consiste en cuestionar la *funcionalidad* de aferrarse a una determinada postura. Por ejemplo, al trabajar las creencias acerca de la horribilización y la baja tolerancia a la frustración, a Joan se le hicieron las siguientes preguntas:

*¿Qué te hace sentir el creerte que la situación en el trabajo es terrible?*

*¿El creer que la situación en el trabajo es terrible te lleva a alguna solución?*

*¿El que te creas que no puedes soportar la situación en el trabajo te ayuda a trabajar mejor con tus pacientes?*

*¿El creer que no puedes soportar la situación te ayuda a cambiarla?*

*¿El creer que no puedes tolerar la situación te ayuda a aumentar tu confianza a la hora de abordar otras dificultades?*

*¿Cómo te sentirías si te decidieras a creer que eres lo bastante fuerte como para afrontar la situación?*

El objetivo de esta serie de preguntas consiste en ayudar a Joan a darse cuenta de que el hecho de creer que la situación es *terrible* y que *no puede soportarla* no la ayuda a alcanzar ninguno de sus objetivos. Mediante el reconocimiento de que puede tolerar las injusticias en el trabajo, Joan estaría menos alterada emocionalmente y menos agresiva de hecho, y tendría más confianza a la hora de adoptar una medida constructiva.

Rellenar el *Formulario para el Análisis Racional-Emotivo-Conductual de la Agresividad* que aparece al final de este capítulo, es una forma de “sacarle astillas” a las ideas irracionales. A los pacientes se les pide que rellenen uno o dos formularios antes de cada sesión. Esto les insta a pensar en el modelo explicativo antes de volver al despacho del profesional, donde los episodios pueden ser discutidos a fondo.

La *inversión de papeles racionales* también puede ser útil (Kassinove & DiGiuseppe, 1975). En esta técnica el profesional describe un acontecimiento que produjo (o supuestamente produjo) agresividad, o bien el profesional hace de paciente, poniéndose agresivo y verbalizando las creencias típicas del paciente. A continuación se le pide al paciente que le ayude al profesional a deshorribilizar, a aumentar la tolerancia al acontecimiento, a comprender que no existe ninguna razón por la que el acontecimiento no tendría que haber ocurrido y a ver al instigador de la agresividad como una persona con múltiples facetas. Los pacientes aprenden más cuando se les adjudica este papel de enseñantes activos.

De forma característica, el profesional comienza diciendo:

*He tenido una semana muy mala. Estoy muy enfadado con mi colega. Me prometió que compraría los billetes de avión para que pudiéramos ir juntos a un congreso. Y ahora me entero de que no los compró y de que voy a tener que pagar un extra de 200\$. No lo aguanto más. El que no comprara los billetes fue espantoso, habida cuenta de que tenía la obligación de hacerlo. Supongo que es un imbécil.*

*Muy bien, ahora quiero que tú seas mi terapeuta. Ayúdame a superar mi agresividad.*

La mayoría de los pacientes se lanzan a la tarea de buen grado, pero con unos resultados dudosos. Sin embargo, al cabo de unos tres o cuatro de estos *role-plays*, acaban por comprender mucho mejor las diferencias entre los pensamientos razonables y racionales, por un lado, y los pensamientos magnificados o distorsionados, por otro.

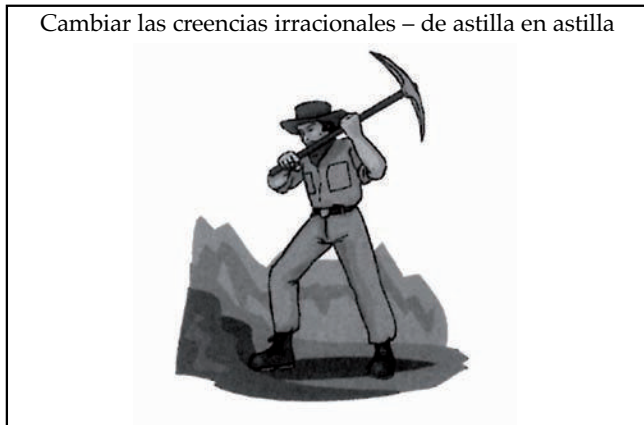
Debatir las creencias irracionales y, lo que es más importante, ayudar a los pacientes a aceptar interpretaciones precisas y más moderadas de los desencadenantes de la agresividad, requiere habilidad y puede resultar muy difícil para los profesionales que no estén familiarizados con las intervenciones cognitivas.

Suele ser útil para el profesional *modelar* cómo ha logrado él mismo superar la adversidad adoptando una filosofía racional. Muchos de nosotros, por ejemplo, hemos sido tratados injustamente o hemos tenido hijos que se comportaban mal, o fuimos el receptor de algún suceso indeseado en el trabajo. Es útil describirle a los pacientes que, en un principio, el acontecimiento nos pareció terrible y sostuvimos la creencia de que *no debía* haber ocurrido. La mayoría de nosotros, sin embargo, finalmente aceptamos estos desencadenantes desagradables como parte de la vida. Aprendemos a *descatastrofizar* el acontecimiento y a *aceptar, adaptarnos y ajustarnos*. La descripción de tales acontecimientos junto con la adaptación que tuvo lugar con el tiempo es una forma de ejemplificarle a los pacientes el desarrollo de la racionalidad y de las interpretaciones más precisas.

Algunos informes de la TREC pueden dar la impresión de que los pacientes tuvieran una experiencia casi epifánica, resultando en un cambio repentino de sus puntos de vista filosóficos. Nuestra experiencia clínica sugiere que aunque esto sucede a veces, la mayoría de los pacientes modifican sus puntos de vista filosóficos más lentamente, a lo largo de semanas o de meses. Al igual que sucede con la mayoría de las modalidades de intervención, los pacientes más inteligentes y menos perturbados puede que comprendan el sistema con más facilidad y rapidez que los pacientes menos inteligentes y/o más perturbados. Nos parece útil pensar en las creencias irracionales como unas grandes bloques de piedra a quitar de en medio. Como profesionales, no disponemos de un instrumental pesado para llevar esto a cabo, pero sí disponemos de una pequeña piqueta. Así pues, la única forma de quitar de en medio los bloques de roca es “reduciéndolos a astillas” con el transcurso del tiempo.

**Figura 14-1.**

Cambiar las creencias irracionales – de astilla en astilla



## ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

---

La información acerca de la terapia cognitiva presentada en los capítulos 13 y 14 expone los principios, conceptos y métodos básicos tal y como se utilizan con los pacientes agresivos. Son sencillos de explicar, pero no fáciles de llevar correctamente a la práctica. De hecho, hemos trabajado con muchos organismos que afirman que sus psicólogos hacen terapia cognitiva. Desgraciadamente, al observarlos de verdad resultó evidente que no se adherían a un modelo cognitivo. Las habilidades de la TREC pueden desarrollarse mediante la lectura, la asistencia a seminarios dirigidos a profesionales y las supervisiones. Todos estos son esfuerzos que merecen la pena.

Al trabajar con pacientes agresivos, recomendamos que las intervenciones cognitivas sean llevadas a la práctica después de otras técnicas más benignas tales como el entrenamiento en relajación, la meditación o el desarrollo de habilidades específicas. No es prudente empezar por las intervenciones cognitivas dado que algunos pacientes agresivos reaccionan inicialmente ante ellas de forma negativa. El proceso de cuestionar y desafiar las creencias de los pacientes puede ser percibido como una invalidación de sus puntos de vista. Recordemos que los pacientes están convencidos de que han sufrido alguna transgresión, al margen de lo distorsionados que puedan ser sus pensamientos. Cuestionar sus pensamientos al inicio de un programa de intervención puede dañar la alianza terapéutica. Creemos que la alianza terapéutica es un prerrequisito importante para el uso eficaz de las intervenciones cognitivas –y de otras intervenciones terapéuticas.

También reconocemos que los profesionales sagaces suelen darse cuenta de los pensamientos negativos de sus pacientes y los ven como objetivos para el cambio. Desgraciadamente, algunos profesionales dan por supuesto que para ayudar a sus pacientes no tienen más que reforzar algunos otros pensamientos positivos. Por nuestra parte, recomendamos que las afirmaciones vacías (por ejemplo, “Joan, en realidad eres una buena persona”) se reduzcan al mínimo. No nos oponemos a las sugerencias de afirmaciones sencillas como una herramienta terapéutica, al tiempo que las mismas desempeñan ciertamente un papel, por ejemplo, en la hipnosis. Ahora bien, las intervenciones cognitivas eficaces no tienen que ver simplemente con el pensamiento positivo. *El problema del pensamiento positivo y de las afirmaciones simples es que carecen de un análisis y un autexamen crítico.* A los pacientes se les dice simplemente que ensayen una afirmación positiva superficial sin analizar la exactitud de la creencia. Muchas de tales afirmaciones son inexactas (por ejemplo, “¡Mis actos *siempre* han sido bienintencionados y altruistas!”) o incluyen generalizaciones excesivas (por ejemplo, “¡Soy una buena persona!”) y el paciente no logra aprender de hecho otras habilidades cognitivas.

Las afirmaciones positivas fueron popularizadas por el carismático psicólogo francés Émile Coué (1923), que promovió la curación sobre la base de la autosugestión optimista. Hacía que sus pacientes repitiesen una frase afirmativa como “Día a día, y en todos los sentidos, voy mejorando cada vez más”, una y otra vez, y sus enseñanzas estuvieron en boga en Inglaterra y Estados Unidos durante los años 20 del pasado siglo. Tales declaraciones no son malas: simplemente pasan por alto el cambio filosófico, esto es, el objetivo principal de la TREC.

Otro de los inconvenientes de las afirmaciones y del pensamiento positivo es el hecho de que *existen* acontecimientos y experiencias en la vida que no son positivos. Los pacientes *no* mejoran todos los días ni en todos los sentidos. La vida *es* difícil y aprender a ver las dificultades con precisión es crucial para hacerles frente. Pedirle a los pacientes que ensayen algunas declaraciones positivas en realidad puede contribuir a evitar un problema difícil y a no emprender ninguna acción.

Por supuesto, a menudo los pacientes *son* abiertamente negativos en sus pensamientos y percepciones. Así pues, el objetivo de las intervenciones cognitivas consiste en ayudarles a cambiar sus pensamientos negativos incorrectos y exagerados acerca de las situaciones aversivas, por otros más realistas, precisos y menos exagerados. Esto es muy diferente de las meras afirmaciones positivas.

**Figura 14-2.**

Stewart Smalley – ¡El fanático de las afirmaciones positivas!





El personaje de la serie “Saturday Night Live”, Stuart Smalley, es el que mejor refleja nuestras críticas acerca del enfoque de las afirmaciones positivas. Stuart es divertido, debido precisamente a que su dependencia de las afirmaciones positivas no está basada en nada real. No es probable que las afirmaciones y las declaraciones positivas brinden un cambio duradero, y en última instancia socavan la credibilidad del profesional.

**Formulario para el Análisis Racional-Emotivo-Conductual de la Agresividad**

**A. Acontecimiento Activador:** Describa el estímulo desencadenante que inició el episodio de agresividad. ¿Qué fue lo que hizo la otra persona (o las otras personas) en cuestión? ¿Cómo lo hizo?

**B. Creencias** acerca del desencadenante. ¿Cómo lo *valoró* usted? [Nota. Usted no se dijo a sí mismo que era maravilloso. Y tampoco se dijo a sí mismo que era neutral o que le traía sin cuidado. Probablemente usted creyó que era *horrible* o *terrible* y que usted *no era capaz de tolerarlo*, y que *no debía* haber ocurrido. ¿Qué creyó usted acerca de la persona en cuestión? ¿Creyó que era un *estúpido* o un idiota? ]

**C. Consecuencias** de sus creencias y valoraciones. ¿Qué fue lo que *sintió*? ¿Fue intensa la agresividad? ¿Cuánto le duró? ¿Qué fue lo que hizo?

Haga una lista de *creencias alternativas precisas, constructivas, racionales y basadas en la realidad*. [Nota. ¿Cuáles son los hechos reales? ¿Fue *desagradable* el acontecimiento? Si ello continúa, ¿*sería usted capaz de tolerarlo*? En el caso de que le pagasen algún dinero, ¿podría usted tolerarlo? ¿Por qué *debe* hacerse realidad lo que usted quiere? Dado que probablemente la otra persona ha hecho muchas cosas, buenas y malas, ¿cómo podríamos describir a esa persona con precisión?]

[Howard Kassinove y Raymond Tafrate, psicólogos. *El Manejo de la Agresividad: Manual de Tratamiento Completo para Profesionales* © 2002]



# Perdonar

## 15

*Sin perdón no tenemos ningún futuro*

Obispo Desmond Tutu

La cruda realidad es que la vida está llena de decepciones, de cosas que nos repugnan y de conflictos. En la mayoría de los casos, estos problemas son objetivamente menores y no implican agresiones físicas. Lo más común es que las relaciones con los amigos, los conocidos, los familiares, los compañeros de trabajo y demás abundan en ofensas interpersonales tales como una desatención, un rechazo o un engaño. Pero en ocasiones nuestros pacientes se ven realmente afectados por problemas mayores –provocados por violaciones, asesinatos, guerras, conflictos religiosos o tribales, las tradiciones de la esclavitud y el *apartheid*, los terroristas y demás fuerzas externas. Puede darse el caso de que los profesionales tengan que tratar a pacientes que han padecido agresiones, ataques sexuales o tal vez la muerte de un ser amado a manos de un extraño. Tal vez los pacientes hayan sido víctimas de una opresión o una tortura que parece casi imposible de comprender. De hecho, puede que las víctimas de la tortura no estén ni tan siquiera dispuestas a hablar de su experiencia por miedo de que nadie les crea (Gorman, 2001). Pero su agresividad y su resentimiento continúan ahí. En resumen, los pacientes vienen a consulta a raíz de muchos tipos diferentes de desencadenantes aversivos. En el caso de algunos, sus experiencias aversivas están asociadas a un desencadenante grave –que genera un impulso intenso y omnipresente al justo castigo y al desquite vengativo, el rencor y las rumiaciones obsesivas– y a la incapacidad de seguir adelante con su vida.

Las intervenciones relacionadas con el perdón, tal como se describen en este capítulo, constituyen una prolongación de las estrategias de cambio cognitivo. Además de percibir las situaciones de una forma más realista y/o de aceptar las realidades de la vida, las intervenciones relacionadas con el perdón se con-

centran en la *toma de perspectiva* y en “dejarlo estar”. Este enfoque, además de aplicarse a los desencadenantes aversivos menores y más comunes que los profesionales pueden ver en el día a día, es particularmente útil para los desencadenantes aversivos *mayores* que han tenido lugar en el pasado. Tradicionalmente, las técnicas del perdón han sido delegadas en los líderes religiosos, que se esfuerzan por ayudar a grandes grupos de personas a comprender y a enfrentarse con las atrocidades de la civilización. Pero los profesionales de la salud mental también tienen mucho que ofrecer al proceso del perdón y los pacientes individuales pueden aprender a liberarse personalmente del pasado y a vivir una vida más plena en un futuro. Dado que son muchos los pacientes que no son conscientes de los beneficios de las intervenciones relacionadas con el perdón, al final de este capítulo presentamos una Hoja de Información para el Paciente con el propósito de estimular a reflexionar acerca de esta posible estrategia.

## POR QUÉ ES IMPORTANTE PERDONAR

---

Las dos reacciones condenatorias más frecuentes de los pacientes consisten en *continuar ensayando mentalmente los acontecimientos aversivos del pasado* y *guardar rencor*. Estas reacciones suelen estar asociadas a pensamientos reiterados de culpabilización, venganza, hostilidad y aferramiento al papel de víctima. A su vez, estas reacciones cognitivas están asociadas a conductas contraproducentes o derrotistas, niveles elevados de activación fisiológica y problemas médicos que suponen una amenaza para la vida, como, por ejemplo, las enfermedades coronarias.

El perdón y la ausencia de perdón influyen en las enfermedades cardiovasculares, las apoplejías y la salud mental en base a la producción de cambios en lo que se conoce como *carga alostática*. Esta carga hace referencia al total de respuestas normales y naturales del organismo frente a los estresores. Ante la amenaza, o cuando nos sentimos agresivos y hostiles, nuestro cuerpo reacciona generando respuestas para combatir el estrés al nivel del sistema nervioso y endocrino. Nos sentimos vigorizados y dispuestos para luchar, lo que constituye una reacción saludable en las etapas iniciales. Pero cuando estas reacciones se prolongan a lo largo del tiempo, la carga acaba por volverse abrumadora y el cuerpo comienza a desplomarse. Este proceso se conoce con el nombre de *síndrome general de adaptación* (Selye, 1946) e incluye tres fases. En la primera fase aparece una reacción inicial de *alarma* que alerta y vigoriza al organis-

mo frente al estresor. En la segunda aparece un despliegue continuado de *resistencia* activa y exitosa al estresor, llamada *adaptación*. Más adelante, si la excitación corporal se prolonga y el problema continúa sin resolverse, se genera un *agotamiento*. Se requieren habilidades de afrontamiento y recursos adaptativos para resistir el estrés y mejorar el funcionamiento vital a más largo plazo (Holahan & Moos, 1990). El perdón constituye una habilidad de afrontamiento a utilizar en los casos en que los pacientes se han visto expuestos a estresores intensos y de más larga duración, donde la alarma y la resistencia iniciales se han prolongado hasta el punto de ser más perjudiciales que beneficiosas. El perdón, obviamente, también puede ser útil en el caso de los desencadenantes aversivos más comunes.

Por razones éticas y morales es imposible hacer experimentos controlados para evaluar los efectos del perdón en las víctimas de violaciones, torturas y demás formas de malignidad. Así pues, hemos tenido que aprender mucho de las historias de casos, algunas de las cuales se exponen más adelante. Existe, sin embargo, un estudio que demostró claramente que los pensamientos condenatorios y las fantasías de culpabilización y de venganza provocaban aumentos en las respuestas fisiológicas de estrés en tanto que las reacciones de perdón conducían a disminuirlas (Witvliet, Ludwig & Laan, 2001). A los sujetos se les enseñó en primer lugar a condenar (esto es, a rumiar acontecimientos hirientes y guardar rencor) y a perdonar (esto es, a desarrollar sentimientos de empatía hacia los ofensores y perdonar sin por ello negar, ignorar, tolerar u olvidar la ofensa). A continuación se les pidió que volviesen a recordar a los ofensores y sus ofensas y alternasen entre pensar en perdonar y condenar al ofensor. Al igual que la mayoría de los casos que se ven en las consultas de los profesionales, los acontecimientos desencadenantes solían tener que ver con traiciones a la confianza, rechazos e insultos por parte de amigos, parejas sentimentales y familiares. Los resultados fueron impresionantes y pusieron de manifiesto la importancia de perdonar. Cuando pensaban en actitudes condenatorias, las víctimas comunicaban que se sentían más agresivos, agitados, tristes y faltos de control. Pero cuando pensaban en actitudes asociadas al perdón las víctimas decían sentir más empatía hacia el ofensor. Además de estos autoinformes, los datos fisiológicos mostraron que mientras se rumiaba la ofensa y se pensaba en guardar rencor, aparecía más tensión en los músculos faciales y más activación fisiológica medida por la conductancia de la piel, además de un aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea diastólica y sistólica. Así, "la condena crónica y las reacciones de rencor pueden contribuir a generar unas consecuencias adversas al nivel de la salud en base a perpetuar la agresividad e intensifi-

car la activación del sistema nervioso simpático y la reactividad cardiovascular... Si bien puede que los sentimientos pasajeros de condena no erosionen la salud, las imágenes y las conductas condenatorias más frecuentes, intensas y sostenidas sí pueden generar una vulnerabilidad fisiológica o exacerbar problemas ya existentes de forma que supongan una erosión para la salud” (Witvliet, Ludwig & Laan, 2001, p. 122). Parece importante, pues, que llegado el momento oportuno, los profesionales sugieran la posibilidad de perdonar como una posible respuesta ante la agitación, la agresividad y la victimización constantes.

## DEFINICIÓN DEL PERDÓN

---

No existe ninguna definición del perdón universalmente aceptada. Antes bien, las diferentes definiciones se basan en corrientes filosóficas y otras tradiciones (por ejemplo, judía, cristiana, islámica, confucionista y budista), así como en algunos principios extraídos de escritos eruditos y de historias de perdón redactadas por voluntarios. Como observamos más arriba, la práctica del perdón fue previamente delegada en los líderes religiosos que por lo general predicaban la tolerancia, el amor y la aceptación. De hecho, todas las grandes religiones prescriben el perdón como parte integrante de sus enseñanzas, si bien pueden señalar ciertos límites acerca del modo en que debemos abordar o enfocar el perdón. Consideremos, por ejemplo, la postura cristiana tal como aparece reflejada en las siguientes citas bíblicas:

Padre, perdónales, porque no saben lo que hacen (Lc 23,34).

A quienes perdonéis los pecados, les quedan perdonados; a quienes se los retengáis, les quedan retenidos (Jn 20,23).

Por eso os digo: Todo pecado y blasfemia se perdonará a los hombres, pero la blasfemia contra el Espíritu no será perdonada (Mt 12,31).

Os digo que, de igual modo, habrá más alegría en el cielo por un solo pecador que se convierta que por noventa y nueve justos que no tengan necesidad de conversión (Lc 15,7).

Así está escrito que el Cristo padeciera y resucitara de entre los muertos al tercer día y se predicara en su nombre la conversión para el perdón de los pecados a todas las naciones, empezando desde Jerusalén (Lc 24,46-47).

Que si vosotros perdonáis a los hombres sus ofensas, os perdonará también a vosotros vuestro Padre celestial; pero si no perdonáis a los hombres, tampoco vuestro Padre perdonará vuestras ofensas (Mt 6,14-15).

El ministro presbiteriano Charles Henderson, que sirvió como capellán en la Universidad de Princeton, señala que el perdón constituye un aspecto central del cristianismo, pero que a veces supone una empresa de gran dificultad (Henderson, 1986):

En algunos casos parece imposible perdonar ni tan siquiera una sola vez, por no hablar de las 70 veces 7 que requirió Jesucristo... Pero el perdón constituyó el centro mismo de su enseñanza. Fue su principal preocupación en el momento mismo de su muerte. Mientras colgaba de la cruz, con un dolor tan grande o mayor que el que cualquiera de nosotros pueda experimentar jamás, aludió directamente a quienes se complacían con su muerte diciendo: "Padre, perdónales, no saben lo que están haciendo".

Otras personas han subrayado igualmente el lugar central que ocupa el perdón dentro del cristianismo. En su página de internet, el consejero pastoral Don Dunlap escribe que "negarse a perdonar es uno de los pecados más graves que un cristiano puede cometer" y considera que "la ausencia de perdón deriva en algunos de los problemas emocionales y espirituales más graves que una persona pueda padecer" ([www.christianity.com](http://www.christianity.com)). Así, el cristianismo le concede un gran valor al arrepentimiento y al perdón y suscribe la idea de que la persona que no haya aprendido a perdonar puede llegar a padecer problemas graves y permanentes.

El judaísmo también subraya la importancia del perdón, así como de la restitución o la indemnización, especialmente en el Yom Kippur, el día de la expiación. En el *Tefilah Zaka* está escrito:

Extiendo el perdón absoluto a todo aquel que haya pecado contra mí, ya sea física o monetariamente, o haya hablado *lashon hara* (hablar mal) de mí o difundido falsos rumores acerca de mí. Y (les perdono igualmente) por cualquier daño, ya fuere sobre mi cuerpo o sobre mi propiedad, y por todos los pecados contra el prójimo, excepto en el caso del dinero que pueda reclamar en un tribunal de justicia y excepto en el caso de alguien que haya pecado contra mí diciendo: "Pecaré contra él y él me perdonará". Salvo en estas excepciones, concedo el perdón absoluto y nadie deberá ser castigado por mi causa. Y al igual que yo perdono a todos sin excepción, así tú me concederás el favor a los ojos de todos los hombres para que a su vez éstos me concedan el perdón absoluto.



Además, en el *Teshuvah* 2,9-10 está escrito:

Los pecados contra nuestro prójimo, tales como pegar, insultar o robar, jamás son perdonados hasta no haber saldado nuestra deuda y compensado a nuestro prójimo. Aunque devolvamos el dinero que debíamos, tenemos que pedir perdón. Aunque sólo hubiésemos hablado mal del prójimo, debemos compensarle y suplicarle hasta que seamos perdonados... Queda prohibido ser cruel y duro de compensar; antes bien, debemos estar prestos a perdonar y ser difíciles de enfadar y cuando el pecador nos pida perdón, debemos perdonarle de buen grado y de todo corazón....

El perdón constituye también un aspecto central del islamismo (véase N. Ali, Al-Noor, Vol. 1, N° 6, Jamadi Al-Thani. 1412 A.H. - Dec. 1991 A.D., pp. 10-11). El Corán alaba el perdón, al que define como pasar por alto las ofensas de alguien que haya obrado mal contra nosotros insultándonos, agrediéndonos o dañando nuestra propiedad. Se describen dos tipos de perdón. Primero está el perdón en el caso de que no exista posibilidad alguna de vengarse. Ahora bien, el islamismo considera esto más bien y en realidad como una forma de paciencia y tolerancia frente a la indefensión, y no como un auténtico perdón. Por contraste, la conducta más deseable es el perdón en el caso de que exista realmente la posibilidad de vengarse. Obviamente, conceder el perdón al opresor y abstenerse de ir en pos de la venganza no se consideran tareas sencillas. Para ello, el Corán observa que se precisa la intercesión de una fuerza espiritual superior (Alá).

Somos respetuosos con estas enseñanzas religiosas, al tiempo que las mismas concuerdan con la evidencia científica de la que disponemos actualmente. Ahora bien, aunque la lectura de la Biblia, el Corán o el Talmud puedan ser útiles, *las más de las veces, más necesario que leer o escuchar sermones religiosos suele ser el hecho en sí de perdonar*. El conocimiento de los beneficios cognitivos, conductuales y fisiológicos del perdón puede acrecentar la aceptación de esta opción por parte del paciente. Una vez aceptado, la materialización y la práctica del perdón, guiadas colaboradoramente por un profesional de la salud mental, incrementarán la especificidad del perdón como una modalidad de tratamiento y acrecentarán su probabilidad de éxito. Esperamos que lo expuesto acerca del perdón en el presente capítulo contribuya a clarificar el concepto y los posibles métodos a utilizar por los profesionales para ayudar a los pacientes a perdonar.

Volviendo a la cuestión de la definición, señalaremos que *el perdón es un concepto cognitivo* que surgió a partir de las elaboraciones abstractas de los filósofos, los líderes religiosos y demás teóricos. El perdón implica *un cambio cognitivo*,

esto es: a la vista de la ofensa, dirigir el centro de atención hacia el lado bueno (intenciones y obras) del ofensor. Esta actitud conduce a *disminuir la reactividad fisiológica y acrecentar las conductas adaptativas*. Perdonar implica *minimizar la frecuencia, intensidad y duración de los pensamientos rencorosos y el anhelo de venganza*. Sorprendentemente, puede implicar igualmente una generosidad inesperada hacia el ofensor y el ofrecimiento de un trato personal como, por ejemplo, atención y tiempo, que contribuyan a la reforma del ofensor. Paradójicamente, la minimización de la agresividad, el resentimiento, la amargura y el anhelo de venganza, junto con el ofrecimiento de comprensión al ofensor, conducen a la mejoría de la víctima.

## EL PERDÓN COMO UN PROCESO QUE SE DESARROLLA CON EL TIEMPO

---

El perdón implica *reducir la rumiación* o incluso *abandonar* las actitudes y sentimientos negativos tales como la hostilidad y la agresividad, y adoptar una perspectiva de piedad, compasión y buena voluntad hacia el ofensor. El objetivo de los profesionales que trabajen con pacientes ofendidos, heridos, resentidos, furiosos, vengativos y agresivos consiste en facilitar el proceso natural de sanación. El paso del tiempo, obviamente, suele ser útil en muchos casos. El perdón modifica la perspectiva temporal, permitiéndoles a los pacientes recuperar lo más rápidamente posible una vida más normal, sin por ello olvidar la ofensa.

En las primeras etapas, los pacientes más agresivos y resentidos, víctimas de ofensas de gran magnitud, se benefician del cambio de aires, el apoyo y el restablecimiento de la seguridad. De hecho, en el tratamiento de las víctimas de la violencia doméstica y sexual, así como de los veteranos de guerra, el primer paso consiste en la garantía de la seguridad (Herman, 1992). Traumas tales como violaciones, torturas y demás formas de malos tratos, suprimen la sensación de fuerza y de control y suelen conducir a llevar una existencia silenciosa en la que todas las emociones parecen haberse extinguido (véase, por ejemplo, la descripción que hace Levi en *Survival in Auschwitz*, 1959). Así pues, el primer paso de cara a la recuperación consiste en *establecer un entorno seguro* donde se recupere el control personal sobre las actividades de la vida cotidiana dentro del contexto de una relación de apoyo. Más adelante, una vez que el superviviente se sienta seguro, podrá relatar sus experiencias, al tiempo que es posible que vuelvan a emerger los sentimientos de agresividad y de rabia junto con el anhelo de venganza. Las fases siguientes incluyen, pues, la reconstrucción y la reconexión.

En la reconstrucción, el paciente elabora una narración de los acontecimientos desencadenantes. A medida que la narración es relatada una y otra vez y a muchas personas diferentes, la historia se va modificando de forma natural. Dado que la mayoría de las personas no han padecido atrocidades similares, la víctima resentida aprende a exponer los hechos ante las audiencias de amigos, familiares y profesionales de una forma que les resulte comprensible. Muchas víctimas de violencias graves, malos tratos y torturas advierten que los oyentes no pueden comprender lo que sucedió, dado que está muy alejado de su propia realidad. Así pues, en sus reconstrucciones reiteradas las víctimas acaban dejando de lado muchos aspectos. Para ayudarles a que sus historias alcancen una expresividad plena, los profesionales pueden servirse de la poesía, las expresiones artísticas y musicales, escribir libros y llevar diarios, además de las tradiciones religiosas del paciente. Con el tiempo, la reconstrucción de la historia se llenará de más detalles. Y lo que es más importante, estos detalles no tienen que ver únicamente con la subyugación, la humillación o la vergüenza que puedan haber experimentado las víctimas. Antes bien, incluyen igualmente referencias a la dignidad y la determinación, además de agresividad, culpabilización y deseos de venganza. Más adelante, llegado el momento, el profesional advertirá en el paciente una mayor disposición y apertura a discutir la experiencia desde una perspectiva diferente. Llegado este punto, cuando el profesional considere que es el momento oportuno, el paciente puede beneficiarse de discutir acerca del proceso del perdón.

## LA DIFERENCIA ENTRE EL PERDÓN Y OTROS CONCEPTOS

---

Cuando se menciona el perdón por primera vez, puede parecer algo extraño e inaceptable. Para ayudar, suele ser útil distinguir el perdón de otros conceptos relacionados pero diferentes. El procedimiento puede contemplarse como una modalidad de *entrenamiento en discriminación cognitiva*. A través de la discusión, a los pacientes se les enseña a diferenciar el perdón de otras posibles reacciones frente a una ofensa. Consideremos la diferenciación de las siguientes palabras y conceptos de cara a los pacientes:

**Aceptar.** Esta palabra implica indiferencia y una falta de motivación para cambiar los aspectos aversivos del mundo que nos rodea. Por contraste, el perdón deja abierta la opción de luchar por el cambio. Por ejemplo, perdonar la conducta de unos estudiantes que copian en los exámenes, no implica aceptar el copiar como algo inevitable. Los educadores que perdonan no dejan por ello de querer cambiar las condiciones para minimizar la probabilidad de que los

estudiantes vuelvan a copiar en un futuro. De forma similar, perdonar a un niño que enciende un fuego o que pega a otros niños del vecindario no implica indiferencia ante tales conductas. No deja de ser importante que pongamos nuestro mejor empeño en cambiar la conducta de estos niños.

**Disculpar.** Esta palabra implica minimización. Los pacientes pueden decir cosas por el estilo de: “Tampoco es tan importante que mi mujer se gastara todo nuestro dinero en las máquinas tragaperras. En el fondo es una buena persona y me consta que no volverá a hacerlo” o “Así que cada vez que bebe se pone a darme gritos. Pero hay cosas mucho peores en la vida. Por lo menos sigue trabajando y nos mantiene. Y jamás me ha puesto la mano encima. De modo que, en el fondo, no es para tanto”. Perdonar es muy diferente de disculpar sin más. Perdonar implica admitir que las conductas (desde el incumplimiento de las promesas y las malas notas en el colegio a beber en exceso y consumir drogas, a violar, maltratar y torturar) son negativas. Perdonar no implica minimizar los problemas, ni tampoco ignorar la necesidad de buscar soluciones.

**Adoptar una postura neutral.** Esta palabra implica que no hay que tomar ningún partido en los conflictos. No podemos esperar que las víctimas sean neutrales frente a las acciones de los terroristas, los dictadores y demás malhechores. Sus acciones provocaron mucho sufrimiento y la neutralidad puede acarrear más problemas en un futuro. Las víctimas están del lado contrario de los ofensores, ya se trate de la discriminación en el trabajo o de los crímenes reiterados de los asesinos en serie, y puede que se precisen fuertes medidas para erradicar tales situaciones. Los partidos están tomados de antemano, pero es la víctima quien elige perdonar al ofensor.

**Olvidar.** Douglas, un muy buen amigo nuestro, murió en un estúpido accidente de coche hace ya más de 35 años. Jamás lo hemos olvidado, dado que perdonar no significa olvidar, y el recuerdo de los buenos momentos que pasamos juntos se prolonga hasta el presente. Pero el perdón ha permitido introducir un cambio en el centro de atención. En lugar de recordar obsesivamente la inapropiadísima conducta del conductor temerario que provocó el accidente, nuestros recuerdos se centran ahora en los buenos momentos que pasamos con Douglas. Los recuerdos del accidente y las ideas de culpabilización son ahora menos frecuentes que cuando ocurrieron los hechos. Y esperamos que el conductor temerario haya modificado sus hábitos. Pero Douglas jamás será olvidado.

**Justificar.** Consideremos el caso de Fran, a la que su marido golpea con frecuencia cada vez que bebe en exceso. En un ejemplo evidente de justificación,

dice: “Es el alcohol lo que hace que se ponga así. En el fondo me quiere y en realidad no es él quien me pega. Es como si se tratase de otra persona”. Si bien el perdón implica el análisis de las causas de la conducta, no supone una justificación de los actos aversivos de los demás.

***Tranquilizarse.*** Consideremos el caso de Fred, que dejó su apartamento de Chicago y se encontró con que su arrendador no quería devolverle la fianza de 1.900\$. El arrendador decía que Fred había roto el lavavajillas y había dejado el apartamento en un estado tan lamentable que le costaría mucho más de 1.900\$ reparar los daños. Fred estaba furioso y tuvo un par de encontronazos con el arrendador. Pero al cabo de unas semanas en su nuevo apartamento, Fred empezó a hablar del problema con mucha más calma. De hecho, dos semanas más tarde inició los trámites para demandar al arrendador por los 1.900\$. Cuando le relató la historia a un abogado, lo hizo de forma bastante calmada y templada. Ello no significa que el acontecimiento tuviera menos importancia para Fred. Antes bien, había adoptado una nueva perspectiva y ahora pensaba dejar que el procedimiento legal siguiera su curso (en los juzgados de demandas menores). Tranquilizarse es muy útil, pero no es sinónimo de perdonar. Parte del perdón, en este caso, incluye la conciencia de que en la vida existen conflictos y de que disponemos de procedimientos legales para resolver las disputas. Fred no tiene por qué estar de acuerdo, ni aceptar, ni ser neutral, ni justificar la conducta del arrendador. Antes bien, perdonar implica dejarlo estar en el sentido de reducir la alteración fisiológica, cambiar de actitud y permitir que otros nos ayuden a zanjar la disputa de una forma justa.

***El perdón forzado, las treguas y el pseudoperdón.*** Consideremos el caso de Marc y Joe (ambos de 12 años) que se estaban peleando durante el recreo. Marc había dicho que la madre de Joe era una retrasada mental y que Joe no era su hijo natural. Este ataque verbal había sido en venganza por un altercado anterior en el que Joe arrojó al suelo los libros de Marc durante el almuerzo. Apareció un profesor y detuvo la pelea. El profesor le dijo a los niños, en un tono autoritario, que se pidieran disculpas y que “perdonaran y olvidaran”. Los niños, pues, dijeron “lo siento” y supuestamente se perdonaron el uno al otro. ¿Fue así? El auténtico perdón implica un proceso de análisis y de reestructuración cognitiva por las partes ofendidas. En el caso de Marc y Joe, sus palabras no reflejan un proceso semejante. Antes bien, el profesor se limitó a forzar una tregua transitoria.

***El deseo de justicia, de compensación y de sentirse bien.*** La justicia retributiva supone que una víctima se sentirá bien únicamente cuando haya podido llevar a cabo algún tipo de revancha. Por contraste, el perdón no es un arreglo del

tipo de un *quid pro quo*. No exige una compensación de entrada. De hecho, como dijo Ghandi, “Si llevamos a la práctica el ojo por ojo y diente por diente, pronto el mundo entero se quedará ciego y sin dientes” (Attenborough, 1990).

El perdón puede o no conducir a sentirnos bien. Y, dado que el perdón es un proceso que requiere tiempo, el sentirnos bien puede crecer y decrecer. Desgraciadamente, la justicia, las compensaciones económicas y demás formas de compensación, junto con la satisfacción que generan, no nos devolverán al ser amado muerto por un conductor borracho o al amigo que murió en el atentado contra las Torres Gemelas. Además, aunque algún bienestar transitorio pueda extraerse ciertamente del hecho de ver sufrir a una antigua pareja, ello no reparará la relación sentimental del paciente. Perdonar significa, pues, algo más y algo diferente de sentirse bien y recibir una compensación. A propósito de las víctimas de la tortura procedentes de otros países, Gorman (2001) escribió: “Cuando los supervivientes refugiados se deciden a hablar de sus muchas pérdidas traumáticas, también deben afrontar la toma de conciencia de que puede que no haya ninguna respuesta o compensación adecuada a las atrocidades perpetradas contra ellos” (p. 448). Al mismo tiempo, renunciar a la agresividad, el resentimiento y las fantasías de venganza no significa renunciar al deseo de justicia. El ofensor continúa siendo responsable de sus crímenes.

**Condenar.** El perdón no se deriva de un sentido de condena, que da por sentada la culpabilización y la censura. La actitud de la persona que condena puede ser algo así como: “A fulano le trae todo absolutamente sin cuidado y se merece saber lo mucho que me hirió. ¡No tiene corazón!”. Este supuesto perdón refleja un sentido de la superioridad moral que está ausente en el perdón auténtico.

## EL RETO DE PERDONAR

---

Llegados a este punto, tal vez el lector conceda que se puede perdonar a *muchas* de las personas desencadenantes de agresividad que perpetraron ofensas generadoras de agresividad. Por ejemplo, tal vez nos vengan recuerdos de un hijo, de un padre, del vecino de al lado o de un buen amigo, al que perdonamos después de que se hubieran comportado inadecuadamente. Tal vez la persona en cuestión reveló un secreto por error, o propagó falsos rumores, o nos fue infiel.

Pero, ¿es posible perdonar a *todos* los ofensores al margen de lo que hayan hecho? ¿O existen algunas personas que suscitan una agresividad, un resentimiento y un odio de tales proporciones que son imperdonables? ¿Y qué decir de los criminales a gran escala? Le pedimos al lector que reflexione sobre las per-

sonas que se describen a continuación, todas las cuales sin excepción han suscitado agresividad, resentimiento y anhelos de venganza. Algunos provocaron un sufrimiento enorme y la muerte de millones de personas, en tanto que otros cometieron actos brutales contra individuos aislados. ¿Puede tener cabida en las personas que sufrieron bajo su yugo la comprensión empática de los factores que les llevaron a actuar de tal modo? Consideremos el caso de estos diez dictadores, asesinos en serie, terroristas y paidófilos:

*Adolf Hitler*, el dictador alemán cuya solución final consistió en matar a millones de judíos, gitanos, homosexuales y enfermos.

*Saddam Hussein*, el presidente iraquí que asesinó a algunos miembros de su gobierno sospechosos de traición, utilizó armas químicas para aplastar una rebelión curda y atacó a Irán y Kuwait.

*Josef Stalin*, dictador de la antigua URSS, bajo cuyo mandato miles de personas “desaparecieron” sin más en tanto que otras fueron enviadas a campos de trabajo en el Gulag siberiano, sin haber sido juzgadas y desconociendo cuál era la naturaleza de su “crimen”.

*Jeffrey Dahmer*, que estranguló a varios hombres a los que había invitado a su apartamento para ver videos pornográficos y posar para hacer fotos. Solía tener relaciones sexuales con los cadáveres, se masturbaba encima de ellos y desmembraba a sus víctimas, fotografiando cada una de las etapas del proceso para sus futuros placeres visuales.

*El Dr. Harold Shipman*, el asesino en serie más prolífico del mundo. Shipman, un “solitario” que había sido educado por una madre sobreprotectora, se convirtió en un falsificador y drogadicto que asesinó a más de 300 de sus pacientes.

*Nannie Doss*, conocida como la “abuela veneno”. Mató a cinco de sus maridos, además de a hijos, nietos, hermanas y madre. Doss se servía de un matarratas a base de arsénico que daba a sus víctimas mezclado dentro de una compota casera de ciruelas.

*Ted Kaczynski*, conocido como el “antibombardero atómico”, se confesó culpable de 13 delitos por atentados en tres estados que acabaron con la vida de tres personas e hirieron a otras muchas. Se libró de la pena de muerte y fue sentenciado a cadena perpetua. En su niñez fue maltratado emocionalmente y constituyó el blanco de las burlas de los demás niños. Kaczynski era muy inteligente e hizo dos cursos en uno a los 6 y a los 11 años. A los 16 años comenzó su educación en Harvard. A los 25 completó su licenciatura y su doctorado. Al acabar sus estudios universitarios en

1967, aceptó el cargo de profesor asistente de matemáticas en la Universidad de California en Berkeley. Pero dimitió en 1969, alegando que no acababa de ver la aplicabilidad de lo que estaba enseñando.

*Timothy McVeigh*, que fue el responsable del atentado con bomba de Oklahoma. A McVeigh le gustaba el ejército, que le brindaba disciplina, sentido del orden y una formación en técnicas de supervivencia. En 1991, McVeigh intervino en la operación Tormenta del Desierto, destacó como soldado y ganó la Estrella de Bronce.

*Osama bin Laden*, que estuvo detrás de la destrucción de las Torres Gemelas de Nueva York. Hombre rico y protegido por el movimiento talibán de Afganistán, bin Laden proclamó la guerra santa contra Estados Unidos y los judíos. Nacido en Arabia Saudí en el seno de una familia yemenita, partió para luchar contra la invasión soviética de Afganistán. El Departamento Norteamericano de Estado lo calificó como uno de los promotores más importantes del movimiento extremista islámico en todo el mundo. Bin Laden estuvo implicado en los atentados con bomba y la destrucción de las Torres Gemelas en 1993 y en el 2001, en la muerte de 19 soldados norteamericanos en Arabia Saudí en 1996, y en los atentados con bomba de Kenya y Tanzania en 1998.

*El Padre James Porter*, sacerdote de Massachusetts que abusó sexualmente de más de 200 niños entre 1953 y 1992. Aunque sus superiores del seminario ya habían advertido en 1960 que Porter era un paidófilo, las múltiples quejas, un arresto criminal y varias confesiones por parte de Porter no condujeron a tomar ninguna medida inmediata ni relevante. En lugar de ello, recibió en varias ocasiones “asesoramiento espiritual” y fue trasladado sucesivamente a varias localidades diferentes. En 1993, fue condenado a un período de 18 a 20 años de cárcel.

¿Se puede perdonar realmente a unos opresores semejantes, de pueblos y de individuos, que cometieron actos de una violencia brutal? Ciertamente nos sería más difícil perdonarles si hubiésemos sufrido personalmente sus atrocidades. Pero a medida que pasa el tiempo, ¿es mejor que las víctimas sigan agresivas, resentidas y vengativas? ¿Qué efecto ejercerá probablemente la rumiación constante sobre el funcionamiento emocional y comportamental de las antiguas víctimas a medida que van pasando los años? Como profesionales de la salud mental, ¿qué les recomendaríamos a los pacientes que sufrieron a consecuencia de tales actos?

Las medidas para erradicar futuras agresiones y reinados del terror están absolutamente justificadas. Todos sin excepción debemos ciertamente tomar en



consideración las palabras “nunca más”. Pero, ¿estas personas pueden ser finalmente perdonadas por sus víctimas? Si estos criminales estuviesen vivos hoy en día, ¿seríamos capaces de salir a su encuentro y de mostrarnos amables, sin experimentar una agresividad y una alteración fisiológica enormes, al tiempo que sin dejar de reconocer su culpabilidad y de seguir luchando por la justicia y por un mundo mejor? ¿Cuál es el objetivo de estos criminales que todavía siguen con vida? ¿Cuál es el objetivo de sus víctimas?

¿Cuál es la alternativa del perdón? Consideremos los casos de los psicólogos Viktor Frankl y Bruno Bettelheim, ambos supervivientes de los campos de concentración nazis durante la Segunda Guerra Mundial. Si actualmente fueran nuestros pacientes, ¿cómo querríamos que actuaran y que se sintieran, para que el resto de sus vidas fuese sosegado y provechoso? ¿Qué recomendaciones acerca del resentimiento, la venganza y el desquite, por contraste con la conmemoración, la prevención y el perdón, les haríamos a estos supervivientes? Supongamos que nuestros pacientes fuesen norteamericanos de origen nativo o africano. ¿Cómo querríamos que pensarán, actuarán y se sintieran cuando recuerden la opresión y la esclavitud perpetrada por los blancos? ¿Y qué podemos decir de los norteamericanos de origen japonés que fueron instalados en campos de detención norteamericanos durante la Segunda Guerra Mundial? Y, ¿podrán los norteamericanos pacíficos de origen árabe o musulmán perdonar las sospechas y la agresividad mostradas hacia ellos después del ataque de las Torres Gemelas de Nueva York? ¿Cabe la posibilidad de enseñar a los judíos, musulmanes, negros, homosexuales y demás personas que hayan sido víctimas, a salir pacíficamente al encuentro de aquellos que les ofendieron y desencadenaron su agresividad? ¿Cabe la posibilidad de enseñarles a ser amables con sus ofensores, sin experimentar agresividad ni ideas de venganza, al tiempo que sin dejar de reconocer la culpabilidad de estos ofensores ni de tomar las medidas adecuadas para prevenir futuras transgresiones? ¿Es más fácil perdonar si sabemos algo más de algunas de las circunstancias excepcionales y abusivas de la niñez que condujeron a los violadores, a los asesinos en serie y a los terroristas a actuar de una forma tan abominable? ¿Podríamos perdonarles aun en el caso de que supiésemos poco o nada acerca de lo que provocó la conducta de tales personas?

## REACCIONES DE CONDENA Y DE PERDÓN

---

Mucho de lo expuesto más arriba se deriva de las enseñanzas filosóficas y religiosas, y no les brinda a los profesionales elementos específicos en relación

con las reacciones de perdón más apropiadas a desarrollar en los pacientes agresivos. Precisamos, pues, de definiciones más rigurosas para que los profesionales puedan hacer su labor.

**Reacciones de condena.** Cuando los pacientes no perdonan, se enzarzan en frecuentes *ensayos cognitivos* en relación con el ofensor o los acontecimientos desencadenantes. Imágenes y pensamientos acerca del acontecimiento aversivo y del ofensor penetran en la conciencia a lo largo del día y de la noche, aunque tal vez involuntariamente. Los pacientes se imaginan una y otra vez al desencadenante de la agresividad perpetrando sus ofensas, recuerdan cómo se sintieron y culpabilizan al ofensor por su mala intención y su mal comportamiento. Se dedican a rumiar el “ultraje” y piensan en la forma de “desquitarse”. Ello conduce a *guardar rencor*. El rencor pone de manifiesto que los ensayos cognitivos son constantes, que el paciente se recrea en el papel de víctima y que las reacciones agresivas siguen adelante. El rencor suscita el anhelo de un justo castigo, de revancha y del pago de la “deuda” por parte del ofensor, lo que se piensa que de algún modo permitirá zanjar la cuestión. Pero lo que realmente hace el rencor es mantener al paciente atado al papel de víctima. Hasta que el paciente no sea capaz de abandonar este papel, será difícil que haya ninguna mejoría.

**Reacciones de perdón.** Por contraste, el perdón implica el desarrollo de sentimientos de *empatía* hacia el instigador de la agresividad. Al igual que hace la teoría de la Terapia Racional-Emotivo-Conductual (TREC), a los pacientes se les alienta a pensar en el ofensor como en un ser humano total con múltiples facetas, en lugar de definir a la persona en su totalidad desde el punto de vista de sus obras o actuaciones ofensivas. En este sentido, el perdón concuerda con el enfoque conductual que define la personalidad como una serie de *conductas específicas*, cada una de las cuales es configurada por determinados estímulos ambientales y reforzada por las consecuencias. Ello sugiere adicionalmente que cualquiera de nosotros que haya vivido en la pobreza, en el seno de una familia perturbada, en la Alemania nazi o con un problema médico en particular como, por ejemplo, un tumor cerebral, podría actuar aversivamente, al igual que hizo la persona ofensora. La agresividad y el deseo de venganza implican culpabilizar. Por contraste, el enfoque conductual sugiere que la causa de nuestras conductas (tanto las socializadas como las ofensivas) reside en nuestra propia historia, donde aprendimos a comportarnos como lo hacemos, y en nuestras aptitudes biológicas, que decididamente no están dentro del ámbito de nuestro control consciente.

Dado que muchos pacientes son religiosos, conviene que seamos conscientes de que el enfoque del perdón concuerda con las enseñanzas que diferencian al

*pecador*, que supuestamente puede ser perdonado a nivel cognitivo, del *pecado* (esto es, de la conducta), que debe ser modificado o erradicado. La acertada frase de “Odia al pecado, ama al pecador” –que procede de una cita de San Agustín– puede ser de mucha ayuda para los profesionales.

La perspectiva del perdón implica retroceder y contemplar al ofensor de una forma diferente. En el lenguaje del enfoque de la TREC de Ellis (1994), significa dejar de definir a los ofensores como absolutamente “despreciables”, “incompetentes”, “malvados”, “cabrones” y demás. En su lugar, Ellis sugiere que el ofensor sea definido como una persona compleja con muchas conductas diferentes en su repertorio, algunas de las cuales son bastante aceptables en tanto que otras son sumamente ofensivas e incluso repugnantes. Ellis sugiere que en rigor nadie puede *ser* un “malvado” y un “cabrón”. Pero las personas pueden ciertamente hacer maldades y cabronadas. Así pues, él también diferencia a la persona de sus obras.

Consideremos el caso de Frank, un ejecutivo de 33 años, que lleva ocho años casado con Stephanie, su novia de toda la vida. Stephanie espera que Frank reaccione ante *todos* los acontecimientos importantes como, por ejemplo, los cumpleaños y los aniversarios, enviando una tarjeta, flores o cualquier otro regalo. Frank no tiene las mismas expectativas y considera que estos acontecimientos representan el mero hecho del paso del tiempo a lo largo de una relación amorosa. Frank ofrece muchos regalos y demás signos de reconocimiento a lo largo del año, pero no habitualmente en el cumpleaños de Stephanie o en el día de San Valentín. Entonces ella se pone furiosa y se dedica a rumiar el hecho de que él “debería” actuar como ella espera (exige). La tensión dentro de la relación ha ido en aumento. En el caso de Stephanie, el perdón implicaría ver a Frank desde una perspectiva más amplia, como un hombre con muchísimas características –algunas buenas y otras no tan buenas. El perdón implicaría comprender los factores que conducen a Frank a actuar como lo hace, esto es, a ponerse en su lugar. Tal vez el padre de Frank modeló este tipo de conducta o tal vez el problema sea de índole económica o esté relacionado con las limitaciones de tiempo. El perdón no significa que Stephanie renuncie a sus deseos, ni que acepte el comportamiento de Frank, ni que disculpe lo que éste hace. Antes bien, el proceso del perdón consiste en valorar las cosas en su justa medida y desarrollar una actitud comprensiva, lo que conduce a disminuir la activación fisiológica agresiva y la rumiación cognitiva.

*Perdonar significa cambiar las reacciones cognitivas, emocionales y conductuales.* Cuando los pacientes perdonan, *piensan* en unos términos diferentes y más amplios acerca de la vida del ofensor y de las fuerzas que le condujeron a com-

portarse aversivamente. El paciente *siente* entonces menos agresividad cuando piensa en el problema y puede que incluso se decida a *actuar* para ayudar al ofensor de alguna forma.

El caso de Frank y Stephanie representa un problema relativamente menor. Por contraste, de entrada parece imposible que las víctimas de actos criminales, terroristas o dictatoriales de mayor magnitud puedan perdonar. Sin embargo existen muchos testimonios que demuestran que el perdón también es posible en estos casos.

Consideremos el caso de Ronald Carlson, que aparece analizado con cierta profundidad en internet ([www.restitutioninc.org/forgive/carlson](http://www.restitutioninc.org/forgive/carlson)). Su hermana fue asesinada en 1983 e inmediatamente comenzó a sentir deseos de vengarse. Después de ser capturados, un hombre y una mujer fueron declarados culpables y sentenciados a muerte. Carlson parecía satisfecho, aunque seguía consumido por la agresividad y por el odio. También tenía ideas de suicidio. Tratando de ayudar, el fiscal le sugirió que se sentiría mejor después de la ejecución de la pareja, sabiendo que con ello pagarían por lo que habían hecho. Pero Carlson siguió sintiéndose afectado, agresivo y alterado. Más adelante, transcurridos ocho años, decidió enfrentarse con los asesinos, con uno de ellos en la cárcel y con el otro por carta. Indicó que les perdonaba y que no tenía intención de seguir esgrimiendo sus delitos contra ellos. Carlson afirmó que su perdón le produjo un enorme alivio y evitó la posibilidad de que destruyera el resto de su vida. Aunque más tarde fue testigo de la ejecución de uno de los asesinos, Carlson no es partidario de la pena de muerte y considera que incluso puede generar más víctimas. Está convencido de que su perdón le permitió salvar su propia vida.

Otro ejemplo es el caso de Aba Gayle, que perdonó al hombre que asesinó a su hija de 19 años. El asesino, Douglas Mickey, fue capturado y condenado a muerte. Al principio Gayle se sintió llena de agresividad, odio, deseos de venganza y desesperación. No era capaz de conducir porque se ponía a llorar y no podía ver la carretera. Al igual que en el caso anterior, el fiscal le aseguró a Gayle que cuando el Sr. Mickey fuera ejecutado, ella se sentiría mucho mejor. Pero después de ocho años deseando vengarse, empezó a leer cosas sobre el perdón. Vio un vídeo que mostraba a un superviviente del holocausto judío que fue capaz de perdonar ya no sólo al pueblo alemán, sino también a los propios guardias de los campos de concentración que habían asesinado a todos los miembros de su familia. Ello cambió su forma de ver las cosas y comenzó a pensar que también ella podía perdonar al hombre que había asesinado a su hija. Empezó a meditarlo y finalmente le escribió una carta al asesino en la que le expresaba su

perdón y su compasión. Gayle afirmó que este había sido un momento decisivo que le permitió sentir un alivio en relación con la desesperación. Aunque a las personas ajenas a la cuestión les pueda parecer extraordinariamente sorprendente, entabló “amistad” con el asesino y desde entonces ha ofrecido igualmente su amistad a otros internos condenados a muerte. Visita y les envía cartas a muchos de ellos. Gayle escribió: “Lo que aprendí es que la curación y la gracia pueden ser alcanzados por cualquiera y bajo cualquier circunstancia a través del milagro del perdón” ([www.catherineblountfdn.org/aba's.htm](http://www.catherineblountfdn.org/aba's.htm)).

Mencionaremos igualmente el caso de Debbie, de 16 años (Morris, 1998). Mientras estaba con Mark, su novio, dos extraños (Robert Willie y Joseph Vaccaro) colocaron un revolver sobre la cabeza de éste. Dispararon sobre Mark, dejándole sin vida, y violaron y torturaron repetidamente a Debbie. Después de ser capturados, uno de los hombres fue condenado a muerte. Admitió haber cometido otros asesinatos, incluida una niña. Pero al igual que en los dos casos presentados más arriba, la agresividad y la angustia de Debbie no acabaron cuando Willie fue condenado a muerte. La justicia no alivió sus emociones y pensamientos negativos, que prosiguieron con una frecuencia e intensidad muy elevadas. No se sintió aliviada hasta que no logró comprender los actos de los dos hombres y perdonarlos. Según se dice, Debbie llegó a la conclusión de que el perdón no sólo reconoce que el ofensor continúa teniendo que pagar una deuda, sino que también permite que la vida de la propia víctima salga adelante.

Finalmente, señalaremos que muchos supervivientes y víctimas se sirven de sus propias tragedias como base para intentar ayudar a los demás. Consideremos la declaración de principios de *Life Sentence*, una organización creada por padres que perdieron a sus hijos a causa de la violencia:

*Nuestro objetivo consiste en educar a los jóvenes, a los padres y al público en general en los efectos devastadores de la violencia. A lo largo de nuestra exposición de las diferentes opciones, compartimos las experiencias extraídas de nuestra propia vida real de una manera muy gráfica y convincente. Acercamos a los jóvenes de hoy en día a la realidad de una forma que ellos puedan comprender: a través del corazón de una madre ([www.lifesentence.org](http://www.lifesentence.org)).*

Estos testimonios de casos sugieren que las personas parecen ser capaces de perdonar muchos tipos de ofensas, tanto leves como graves. Y, dado que abundan en las referencias a la religión como fuente del perdón, les serán de utilidad a los profesionales que trabajen con pacientes religiosos. Ahora bien, es importante que los profesionales sepan cómo ayudar a llevar el perdón a la práctica tanto en el caso de los pacientes religiosos como en el de los no religiosos.

---

## UN MODELO DE PERDÓN PARA LOS PROFESIONALES

---

Como observamos más arriba, el perdón constituye un *proceso* que se desarrolla con el tiempo. Aunque tal vez a los profesionales les gustaría disponer de una serie de pasos claramente diferenciados y convenientemente programados, quizás con el propósito de asegurarse de que los pacientes están progresando, al igual que sucede con otros aspectos del tratamiento también es probable que en el caso del perdón los pacientes no procedan paso a paso. La evolución hacia el perdón, con o sin la ayuda de un profesional, sigue únicamente unas directrices generales. No existe una secuencia rígida y puede que los pacientes experimenten únicamente algunos de los pasos (Enright, 2001). Es probable que perdonar acontecimientos relativamente menores como, por ejemplo, el mal comportamiento de un amigo o de un familiar, siga un procedimiento diferente de perdonar conductas más graves como, por ejemplo, una violación o un encarcelamiento injusto. También es más probable que los pacientes que siempre han vivido en un mundo relativamente estable y predecible evolucionen a lo largo del proceso del perdón de una forma diferente a las víctimas de la tortura y demás experiencias aversivas mayores. Lo que sigue es una descripción breve de las cuatro fases del perdón:

**Reconocer la agresividad.** El perdón se ve precedido del desarrollo de una *conciencia* plena de la experiencia de agresividad. Dependiendo del desencadenante de la agresividad y de la valoración asociada, el paciente puede experimentar odio, hostilidad y resentimiento, junto con pensamientos ruminativos de venganza y ciertas pautas contraproducentes como, por ejemplo, obnubilación emocional, anticipación obsesiva de sucesos futuros altamente improbables y trastornos del sueño. Los estilos de expresión varían de la obsesión en relación con los sentimientos negativos y el deseo cognitivo de venganza a la mera negación. Valiéndose de habilidades básicas de discusión, reflexión, apoyo y escucha activa, el profesional puede ayudar al paciente a afrontar los sentimientos, pensamientos y conductas asociados al desencadenante. A medida que la agresividad va saliendo a la luz, es posible reconstruir la experiencia y disminuir la reactividad.

El proceso se inicia, pues, con el profesional y el paciente compartiendo el *reconocimiento de que ha tenido lugar una injusticia*, de que el paciente ha experimentado un dolor psicológico y posiblemente un dolor físico, y de que los efectos y las consecuencias han sido negativos. En el caso de algunos pacientes, el desencadenante será objetivamente menor. En el caso de otros, será grave. Consideremos el caso de los pacientes que han sido traicionados por amigos que revelaron secre-

tos personales, o los pacientes que perdieron su dinero a causa de empresas sin escrúpulos, o los pacientes que han sido víctimas de otras estafas económicas. O consideremos el caso de los pacientes que hayan sido el blanco de desencadenantes agresivos mayores como, por ejemplo, el racismo, el sexismo o los prejuicios contra las personas mayores, con el resultado de pérdidas de puestos de trabajo y oportunidades de ascender. Finalmente, otros pacientes habrán sido atacados físicamente, violados, o habrán sufrido enormemente de alguna otra forma. En cada uno de estos casos, es probable que los pacientes sientan agresividad, tal vez de una gran intensidad, y que hayan cambiado su forma de ver el mundo. Ahora son desconfiados, escépticos acerca de las promesas de los demás y con frecuencia cínicos. Puede que cuestionen sus creencias religiosas, que anteriormente les habían brindado un gran consuelo, y también pueden haber desarrollado problemas interpersonales, conductuales y médicos de resultados de la exposición al desencadenante de agresividad. El pleno reconocimiento del acontecimiento desencadenante, de la agresividad en sí misma y de los problemas asociados, constituye el primer paso dentro del proceso.

**Optar por perdonar.** Los pacientes suelen aferrarse a una cierta forma de reaccionar, aunque ésta sea contraproducente. De hecho, en un estudio de parejas de sujetos que participaban en un determinado juego (el dilema del prisionero), a éstos se les informó de que la *cooperación* conduciría al mejor resultado para ambos jugadores en tanto que la *competición* sería por lo general perjudicial para los dos (Kassinove y colaboradores, 2001). A pesar de estas instrucciones, los jugadores con un nivel elevado de agresividad-rasgo se esforzaron repetidamente por competir en lugar de cooperar –lo que constituye una pauta de conducta contraproducente. El resultado fue que ambos jugadores acabaron perdiendo.

La agresividad condenatoria y las fantasías vengativas acaban por convertirse en algo habitual. Aunque conduzcan a que el problema siga sin solucionarse, el paciente insiste en la actitud contraproducente. En esta fase, pues, el profesional ayuda al paciente a darse cuenta de que el hecho de seguir centrando la atención en el daño desencadenante y en las valoraciones sediciosas puede conducir a un sufrimiento mayor e innecesario. Merced a la empatía y el apoyo del profesional, y al relato reiterado de la reconstrucción del incidente que provocó la agresividad, puede que el paciente finalmente comience a calibrar la idea del perdón como una posible estrategia para mejorar su calidad de vida. Otra opción sería que el profesional sugiera amablemente la posibilidad de perdonar. Volver a relatar la experiencia es importante, dado que cada recuento le permite al paciente ver elementos nuevos y a veces menos aversivos del aconteci-

miento negativo. En esta etapa, el profesional ayuda al paciente a comprometerse a perdonar como una estrategia para superar la agresividad y el resentimiento y seguir adelante con su vida. Un paso importante es el cambio en la *dimensión temporal*. Pidámosle al paciente que “deje estar” el pasado, sin por ello olvidarlo. Preguntémosle acerca del futuro. ¿Cuáles son ahora sus objetivos y qué es probable que suceda? Preguntémosle: “¿Qué sucedería probablemente si las ideas y las intenciones vengativas desapareciesen?”.

**La labor de perdonar.** El paciente inicia ahora la labor activa y concreta de perdonar a la persona que le ofendió. Ello implica el desarrollo de nuevas formas de pensar acerca del ofensor que favorezcan la compasión y la comprensión. Se puede ayudar al paciente agresivo y todavía resentido a comprender la niñez del ofensor o a contextualizar lo sucedido mediante la comprensión de las presiones bajo las que se encontraba el ofensor en el momento de cometer la ofensa. ¿Qué papel desempeñaron las drogas, el alcohol, los malos tratos infantiles, una enfermedad psiquiátrica o una disfunción cerebral en la vida del ofensor? ¿Contribuyeron sus creencias religiosas o ilusorias, o el aprendizaje de determinadas conductas en determinados contextos sociales o culturales, a generar su conducta? ¿Qué normas aprendió el ofensor en su familia, cultura o religión de origen acerca de cómo tratar a los niños, a los criminales, a las mujeres, a los ancianos y a los demás en general? ¿La biología y el aprendizaje hicieron del ofensor una víctima?

El profesional no ayuda al paciente a desarrollar esta nueva forma de pensar para eximir al ofensor de su responsabilidad. Antes bien, el objetivo consiste en *comprender* mejor al ofensor y las fuerzas determinantes que desembocharon en la conducta ofensiva. Sin disculpar, olvidar, aceptar, ni justificar, el objetivo consiste en desarrollar la disposición a experimentar empatía y compasión hacia el ofensor.

El objetivo central de esta fase de trabajo es la aceptación sin más del dolor físico y del malestar emocional injustos derivados de la actuación del ofensor. Cuando hablamos de aceptación, nos referimos a recordar los acontecimientos y reconocer lo que sucedió, sin desear vengarse. El reto para el paciente reside en ver al ofensor como una persona total cuya mala actuación se debió a fuerzas biológicas y ambientales. Cuando este cambio tiene lugar, puede que en ese caso el paciente se encuentre en mejores condiciones de comenzar a mostrar cierto grado de buena voluntad hacia el ofensor. Ello puede incluir simplemente la renuncia al deseo de venganza. También puede incluir un autoconcepto más sólido por parte del paciente, que incluya las cualidades de piedad y generosidad.



Los pacientes comienzan a preguntarse: “¿Qué clase de persona soy?”. El cambio también puede o no incluir alguna forma de reconciliación. La idea de dar algo al ofensor puede parecer imposible al principio del tratamiento. Por ejemplo, los pacientes pueden hablar de algún familiar al que no ven desde hace años a causa de alguna falta que provocó una intensa agresividad e incluso puede que inicialmente expresen su esperanza de que el familiar en concreto continúe sufriendo. Pero existen casos de perdón en el último momento, tales como hacer una visita a un hospital donde se encuentra una persona con una enfermedad terminal que ofendió al paciente en el pasado. Llegado ese momento, el paciente puede hacer el regalo de dedicarle un tiempo al ofensor, o puede ofrecerse a cogerle la mano, o puede enviar una tarjeta, flores, dulces, etc. Cuando vemos al ofensor en un estado debilitado, adoptamos un punto de vista diferente. Paradójicamente, es el paciente quien resulta más favorecido por este tipo de perdón. Es el paciente quien se siente mejor una vez que ha podido hacer las paces.

**Liberación y profundización.** El paciente comienza entonces a darse cuenta de que perdonar al ofensor conduce al cambio cognitivo y al alivio emocional. Con la ayuda del profesional de la salud mental, el paciente puede reconstruir parcialmente el pasado (esto es, pensar en ello de una forma diferente) y encontrarle un sentido a la agresividad y el dolor experimentados. Este sentido se descubre y consolida de distintas formas, algunas de las cuales pueden ser sugeridas por el profesional.

Algunas víctimas de opresiones graves escriben libros. En 1959 el superviviente italiano Primo Levi, escribió *Survival en Auschwitz*. Su objetivo era relatar su experiencia y satisfacer su impulso de “liberación interior” (p. 5). En las páginas multiuso de internet, otras personas escriben poesías, relatos o guiones de películas, conocen a otros supervivientes, o conversan por correo electrónico con el propósito de ahondar en su liberación personal de la agresividad y de la venganza (por ejemplo, [www.stardate.bc.ca/survivors](http://www.stardate.bc.ca/survivors)). Algunos pacientes crean páginas en la red consagradas a sus propios casos únicos. Una simple búsqueda en internet de “supervivientes” conducirá a establecer muchos contactos que permitirán compartir todas estas experiencias.

En el caso de unas pocas personas excepcionales, el sentido se revela a través de la auténtica erudición. Consideremos la vida y la obra de Viktor Frankl, que creó la logoterapia y el análisis existencial. Frankl estaba convencido de que los seres humanos no son meros títeres de las fuerzas biológicas y ambientales: antes bien, piensan y toman sus propias decisiones respecto de la vida. Frankl vio, pues, que la “búsqueda de sentido” constituye una motivación humana

fundamental. Su logoterapia ayuda a los pacientes a descubrir el sentido de sus propias situaciones vitales. Los logoterapeutas ayudan a los pacientes a reorientarse y recuperarse de las experiencias vitales aversivas mediante el fortalecimiento de la confianza en el sentido incondicional de la vida y en la dignidad de la persona. Las ideas de Frankl se basan en parte en su propia búsqueda de sentido cuando estuvo prisionero en los campos de concentración nazis entre 1942 y 1945. Aunque sólo podemos especular acerca de cómo reaccionaría Frankl ante Saddam Hussein o bin Laden, su búsqueda de sentido le ayudó ciertamente a sobrevivir a los campos de concentración (véase Frankl, 1984).

La visión de Frankl difiere de la nuestra. Los eruditos llevan años discutiendo hasta qué punto somos unos pensadores libres y hasta qué punto estamos a merced de la biología y el entorno. Frankl adopta el primer punto de vista, en tanto que nosotros comprendemos la importancia del segundo. Pero lo importante es que ambos pueden ser de utilidad para profundizar en la comprensión de las experiencias aversivas de la vida y ambos pueden brindar un medio para liberarse del dolor innecesario.

Con el fin de consolidar el hallazgo de sentido y la experiencia de liberación, son muchos los pacientes que se benefician de llevar un diario en el que se ocupan de cada una de las fases del proceso del perdón (Enright, 2001). Lo valioso aquí es que los profesionales pueden sugerir preguntas específicas para que el paciente las analice en el diario y que fomenten la evolución en dirección a renunciar a seguir ensayando mentalmente las injusticias pasadas. Por ejemplo, con respecto a la toma de conciencia, podemos sugerirle al paciente que responda a preguntas tales como “¿Cuánto tiempo lleva sintiéndose agresivo?” o “¿Cuáles podrían ser algunas de las razones para renunciar a la agresividad, sin perder de vista la responsabilidad del ofensor?”. Con respecto a alentar la toma de perspectiva y el desarrollo de una visión más amplia, podemos solicitarle al paciente que responda por escrito a “¿Cómo cree que pudo ser la niñez y la adolescencia del ofensor?” o “¿De qué forma podría haber intentado el ofensor enfrentarse a los malos tratos de su padre?” o “¿Se podría de alguna forma ver también al ofensor como una víctima?”. El paciente puede o no querer informar de las respuestas al profesional y cada una de las opciones es absolutamente aceptable. El mero hecho de tomar las preguntas en consideración, al margen de si se informa o no de las respuestas, ya es de utilidad.

Es importante respetar las diferencias culturales entre los pacientes. Algunos estimularán su mejoría conociendo a otras personas, en tanto que otros prefieren trabajar solos. Algunos hablarán con desconocidos en las primeras fases de su mejoría, en tanto que otros hablarán únicamente con sus familiares. Algunos

atribuirán su fuerza a una figura religiosa o un conjunto de creencias religiosas, en tanto que otros se dirigirán a la ciencia o a los recursos seculares en busca de ayuda. Algunos estarán dispuestos a discutir las anotaciones de sus diarios, pero a otros les parecerá inadecuado informar a nadie de ello. Hemos sugerido que la mejor forma de aumentar la probabilidad de que un programa para el manejo de la agresividad logre tener éxito es que se base en un plan elaborado conjuntamente. Dicha colaboración es crucial en esta etapa del proceso del perdón.

El proceso del perdón, el cambio cognitivo, la disminución de la agresividad y el reciente hallazgo del sentido asociado a la ofensa y al ofensor conducen a acrecentar la comprensión y el interés por uno mismo y los demás. Los pacientes redescubren el sentido de la vida y desarrollan una preocupación por su comunidad. Ciertamente, el paciente que perdona descubrirá la paradoja del perdón: a medida que el ofensor recibe tiempo, compasión, empatía, piedad y generosidad, es la persona que perdona quien mejora.

## Hoja de Información para el Paciente

### La Agresividad, el Resentimiento y el Perdón

Muchas personas se guardan la agresividad, convencidos de que es “apropiado” seguir sintiéndose mal. Repasan mentalmente una y otra vez el problema que les llevó a sentirse agresivos, piensan lo desafortunado que estuvo la otra persona y creen que ésta debería “pagar” por la agresividad y el resentimiento que suscitó.

A veces, el rencor se guarda durante años y años. Desgraciadamente, la agresividad, el resentimiento y los deseos de venganza no son sanos. Conducen a preocuparnos por el pasado, en lugar de permitirnos disfrutar del presente, y mantienen a la persona ofendida en el papel de “víctima”.

¿Hasta cuándo debemos seguir sufriendo por los acontecimientos pasados? En cierta medida, nos corresponde a nosotros decidirlo. Ciertamente, no sería prudente que ignorásemos sin más las injusticias pasadas que nos hicieron sufrir. Pero la agresividad y la amargura actuales no son útiles porque conducen a la rumiación y provocan niveles elevados de estrés físico. A la larga, ello puede provocar perturbaciones del sueño, problemas cardíacos y demás alteraciones.

La educación en el perdón puede ser el primer paso para salir de la cárcel del pasado. Perdonar implica poder diferenciar de una forma clara y consciente entre la reacción sana de “dejarlo estar” y “renunciar al papel de víctima”, por un lado, y otras formas menos aceptables de adaptación, como olvidar lo que pasó, por otro. Perdonar significa renunciar a la creencia de que únicamente la condena y el desquite permanentes nos harán sentirnos mejor. La educación en el perdón nos brinda la capacidad de controlar nuestras propias emociones, pensamientos y conductas. Perdonar significa vivir en el presente, tratar de comprender qué fue lo que hizo que la otra persona se comportara de un forma ofensiva y, tal vez, comprender que ésta también era a su vez una víctima de las circunstancias de la vida. El perdón supone un proceso de curación que requiere tiempo.

*“El perdón no modifica el pasado, pero ensancha el futuro”* (Paul Boese, escritor)

Pídale a su profesional de la salud mental que le ayude a comprender por qué *perdonar no es lo mismo que:*

- Aceptar la conducta del ofensor
- Disculpar lo que hizo
- Adoptar una postura neutral
- Olvidar la conducta ofensiva
- Justificar la conducta del ofensor
- Tranquilizarse sin más, o hacer una tregua

Considere lo que dijo el psiquiatra Thomas Szasz:

*El estúpido no perdona ni olvida;  
el ingenuo perdona y olvida;  
el sabio perdona, pero no olvida.*

¿Se encuentra usted entre los sabios? Le sugerimos que discuta con su profesional de la salud mental los beneficios de la educación en el perdón.



# Quinta Parte

## EL MANTENIMIENTO DEL CAMBIO



# La prevención de recaídas

## 16

*Acabo de volver de Boston.  
Es lo único que se puede hacer si uno se deja caer por allí*

Fred Allen

Son muchos los pacientes que logran obtener mejorías substanciales de resultados de su participación en un programa estructurado para el manejo de la agresividad siguiendo las estrategias descritas en este manual. Ahora bien, dado que la agresividad constituye una constelación compleja de pensamientos, pautas de activación física y conductas motrices y verbales, es improbable que el cambio se desarrolle siguiendo una progresión uniforme. No es infrecuente que los períodos de disminución de la agresividad se vean interrumpidos por la reaparición de vivencias agresivas personales y de manifestaciones agresivas hacia los demás. Otra complicación frecuente es que durante el transcurso de un período de mejoría puede aparecer un episodio de agresividad intensa que derive en unas consecuencias dramáticas, dejando al paciente (y tal vez al profesional) con la sensación de haber fracasado. Cuando un paciente reincide o recae en las viejas formas de actuar, es fácil concluir que el tratamiento no está funcionando y adoptar una actitud pesimista, creyendo que el paciente no es capaz de desarrollar ninguna mejoría sustancial ni duradera. En esos momentos, la visión a largo plazo del profesional, junto con la capacidad de concentrar nuevamente la atención en el tratamiento, ejercerán un efecto decisivo sobre el resultado general del programa de intervención.

La prevención de recaídas se inició con el trabajo de Marlatt y Parks (1982) y Marlatt y Gordon (1985), quienes observaron que después del tratamiento eficaz de diversos problemas conductuales –como fumar, beber, comer en exceso, adicción a las drogas o al juego y trastornos obsesivo-compulsivos– los pacientes volvían a caer muy a menudo en sus conductas anteriores. De hecho,



entre el 50% y el 90% de los pacientes que logran reducir el consumo de comida, tabaco y demás problemas, finalmente recaen.

La recaída no es lo mismo que el fracaso del tratamiento, en el que han habido pocos progresos o ninguno en absoluto. Más bien, los términos “lapso” y “recaída” se refieren al aumento, ya sea leve o prácticamente total, de las conductas-problema, luego de haber dado muestras de una clara mejoría. Con toda probabilidad, ello tiene lugar porque no nos concentramos seriamente en consolidar y mantener las ganancias del tratamiento. Así pues, un paso final y muy importante en cualquier programa para el manejo de la agresividad consiste en preparar a los pacientes *por anticipado* ante la probabilidad de que la agresividad vuelva a aparecer. Mientras que el programa para la reducción de la agresividad descrito en este manual se concentra en las intervenciones para disminuir la reactividad frente a los desencadenantes agresivos conocidos y actualmente presentes, la prevención de recaídas se concentra en identificar, analizar y manejar las señales que advierten de una posible recaída y que pueden incluir desencadenantes desconocidos o infrecuentes. La prevención de recaídas incluye medidas *activas* para minimizar la tendencia de los pacientes a reincidir y reaccionar con agresividad. A los pacientes se les enseña que en lugar de culpabilizarse y condenarse cuando aparezca un lapso, es más productivo comprender lo que ha ocurrido y asumir la responsabilidad de continuar manteniendo la mejoría conductual.

Se pueden utilizar varios métodos para ayudar a los pacientes a retomar una actitud productiva y combatir la desesperanza respecto de la posibilidad de seguir progresando una vez que la agresividad haya vuelto a aparecer. Aumentar la atención prestada en el tratamiento a un desencadenante de agresividad particularmente problemático o excepcional, incrementar la frecuencia de las sesiones, elevar la intensidad o la frecuencia de la práctica de ciertas habilidades recientes, todo ello contribuye a disminuir la probabilidad de reincidir. Así pues, la parte final de un programa completo para el manejo de la agresividad incluye el desarrollo de una estrategia activa para prevenir las recaídas. La prevención de recaídas se constituye en parte integrante de un plan formal de acción elaborado conjuntamente entre el profesional y el paciente para mantener las ganancias del tratamiento y abordar las situaciones difíciles o arriesgadas, e implica el desarrollo de la *anticipación* y del *afrentamiento* como parte de un programa de *autocontrol* a cargo del paciente, una vez que el tratamiento propiamente dicho se haya dado por finalizado.

Las recaídas son lentas e insidiosas y comienzas con los lapsos. Esto es, en medio de un progreso evidente los pacientes experimentarán y manifestarán agresividad como solían hacerlo. Así, los lapsos pueden constituir inicialmente

una sorpresa tanto para el profesional como para el paciente, dado que todo parecía ir tan bien. Se han identificado los elementos más comunes del proceso de recaída dentro del tratamiento de diversas adicciones (Parks & Marlatt, 2000) y pensamos que éstos también son aplicables al tratamiento de la agresividad.

El proceso de recaída comienza con la vivencia de una sensación de *control* o *autoeficacia*. Ello puede ocurrir a medida que los pacientes aprenden a relajarse, a aplicar nuevas valoraciones cognitivas a sus desencadenantes agresivos habituales o a desarrollar la visión más amplia que es crucial para el perdón. Aunque las ganancias reales sean mínimas, como suele ocurrir al inicio de cualquier programa de intervención, *los pacientes pueden sobrevalorar sus progresos* creyendo que ya han logrado dominar las habilidades necesarias para manejar la agresividad, cuando en realidad sólo han tenido éxito con desencadenantes infrecuentes o menores. A medida que aumenta el número de desencadenantes habituales manejados con éxito, esto es, abordados con una agresividad mínima o nula, y que el éxito se prolonga a lo largo del tiempo, existe un correspondiente *aumento de la sensación de autoeficacia por parte del paciente*.

Ello puede prolongarse hasta experimentar un desencadenante de alto riesgo, extraordinariamente aversivo y tal vez novedoso (por ejemplo, "Ahora me veo capaz de afrontarlo casi todo, ¡salvo si me entero de que mi hija ha suspendido! ¡Puf! ¡Eso sí que me sacaría totalmente de quicio!"). Esta experiencia amenaza la sensación de control, disminuye la autoeficacia y finalmente acrecienta la probabilidad de recaer de pleno.

Por contraste, una respuesta eficaz de afrontamiento previamente programada de cara a abordar un desencadenante novedoso de alto riesgo como, por ejemplo, un conflicto o una decepción inesperados, disminuirá la probabilidad de recaer. Si el paciente afronta eficazmente el desencadenante novedoso, la sensación de autoeficacia se acrecentará todavía más. A medida que el control de la agresividad se prolonga en el transcurso del tiempo y que el paciente es capaz de afrontar eficazmente los desencadenantes agresivos tanto habituales como novedosos, la probabilidad de recaer en los estilos previos de expresión de la agresividad se reduce sensiblemente. De esta forma, se desarrolla un círculo de *feedback* positivo.

Los pacientes que no han aprendido a utilizar respuestas de afrontamiento eficaces cuando se encuentran ante situaciones novedosas de alto riesgo, son más propensos a entrar en un círculo negativo. Por ejemplo, un lapso relacionado con la reaparición de un episodio de agresividad puede derivar en una disminución de la autoeficacia y en un sentido de impotencia. El paciente se siente fracasado. A su vez, la disminución del sentido de la autoeficacia y la sen-

sación de fracaso pueden ir seguidas de una vuelta total a los viejos estilos agresivos o del desarrollo de otras conductas desadaptativas como, por ejemplo, el consumo de alcohol, el uso de drogas o las agresiones físicas.

En la práctica, y de acuerdo con Parks y Marlatt (2000), la piedra angular de la prevención de recaídas es *el entrenamiento en habilidades de afrontamiento*. Por lo que se refiere al manejo de la agresividad, estas habilidades tienen por objetivo enseñar a los pacientes a:

- a) comprender que los lapsos forman parte del proceso de mejoría y, por lo tanto, predecir anticipadamente que aparecerán. Al final de este capítulo presentamos una *Hoja de Información para el Paciente*, que podemos dejar en la sala de espera o entregar directamente a los pacientes, para aumentar la conciencia de la posibilidad real de recaer;
- b) identificar y acordar una lista de desencadenantes de alto riesgo (personas o situaciones) que pueden formar parte habitual del entorno del paciente o representar situaciones infrecuentes, pero posibles;
- c) afrontar desencadenantes de alto riesgo y resistirse al deseo de volver a los antiguos estilos agresivos mediante el desarrollo de habilidades para prevenir la agresividad;
- d) llevar a la práctica algún tipo de “control de daños” cuando las (inevitables) reincidencias en la agresividad tengan lugar de hecho, de manera que el paciente no vea el lapso como un signo evidente de fracaso;
- e) persistir en el plan de tratamiento después de tener un lapso, y
- f) aprender a crear un estilo de vida más equilibrado en el que los desencadenantes novedosos y las valoraciones desadaptativas tengan menos probabilidad de aparecer o de ser molestos. Ello incluye ayudar a los pacientes a dormir bien, comer bien y organizar su tiempo eficazmente, además de asegurarse de que dentro del plan de vida se incluya igualmente algún tiempo libre con propósitos recreativos. Los pacientes serán más capaces de afrontar problemas novedosos si están bien descansados y no se encuentran abrumados por otras dificultades adicionales.

Pensamos que, con respecto al manejo de la agresividad, es particularmente importante preparar a los pacientes para la aparición de los lapsos dentro de los progresos, desarrollar estrategias para manejar los altibajos e identificar constantemente desencadenantes de riesgo y valoraciones cognitivas perjudiciales con objeto de mantener las ganancias del tratamiento. A continuación analizaremos algunas formas específicas de incorporar una filosofía de prevención de recaídas al tratamiento de la agresividad.

## PREPARAR A LOS PACIENTES PARA LOS LAPROS: VALORAR LOS ALTIBAJOS EN SU JUSTA MEDIDA

---

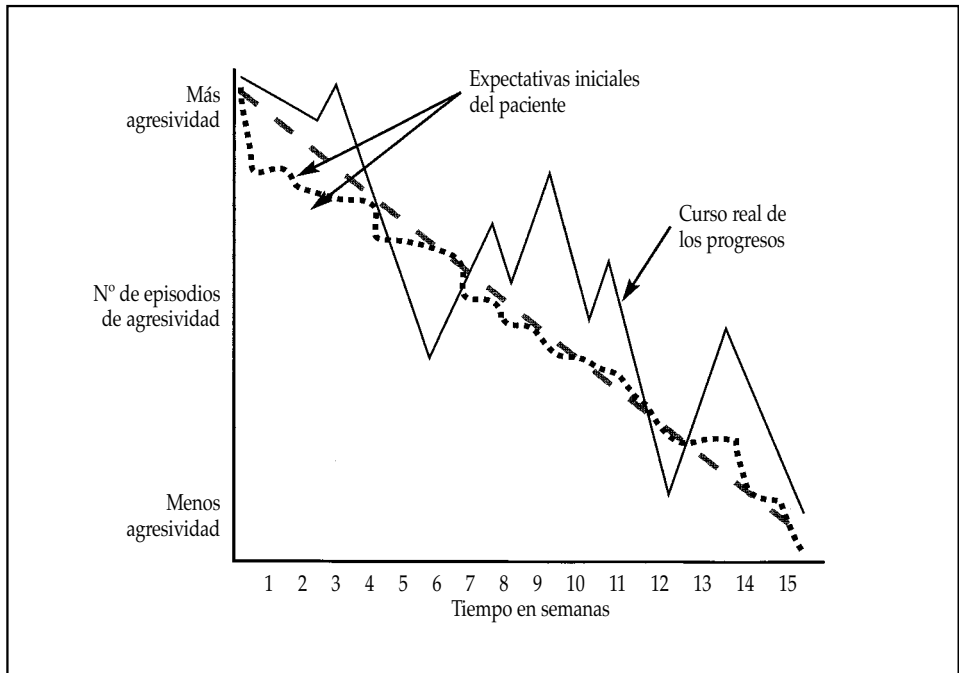
Los pacientes suelen creer que la participación en una terapia individual o de grupo significa que darán muestras de una mejoría continua y regular en el transcurso del tiempo. Esperan que cada semana de tratamiento les brindará más progresos, en el sentido de que cada vez tendrán menos experiencias personales de agresividad y manifestarán menos estilos desadaptativos de expresión. Por supuesto, aunque el tratamiento sea todo un éxito, el curso real de los progresos rara vez suele ser así. Pueden aparecer nuevos desencadenantes en mitad del tratamiento, puede identificarse alguna psicopatología adicional (por ejemplo, beber o jugar en exceso) como un factor problemático más a tener en cuenta y ciertas habilidades novedosas pueden tardar más tiempo en aprenderse y llegar a formar parte del repertorio conductual automático del paciente. Las nuevas habilidades pueden estar presentes en la consulta, pero no aparecer en el entorno natural. La mejoría suele ser variable y es de esperar que aparezcan altibajos. Es importante brindar unas expectativas realistas respecto del curso que seguirá el cambio.

El momento de introducir la cuestión de las recaídas es cuando el paciente exprese por primera vez su decepción por haber experimentado un nuevo episodio de agresividad. Una forma útil de abordar la situación consiste en preguntar: “¿Qué representación gráfica se supone que debería seguir la mejoría?”. Hagamos que el paciente represente gráficamente una previsión razonable de sus progresos. Para ello podemos servirnos de un sencillo gráfico con la agresividad (frecuencia, intensidad o duración) en el eje vertical y el tiempo (en sesiones o semanas) en el eje horizontal.

La mayoría de los pacientes dibujarán algo similar a las líneas de rayas o puntos de la Figura 16-1. Si éste es el caso, podemos preguntar: “Esto parece indicar que prácticamente cada semana mostrarás una mejoría mayor que la semana anterior. Pero, ¿qué lugar deja esta línea para los altibajos importantes que pueden aparecer de semana en semana?”.

El objetivo, evidentemente, consiste en mostrar la inadecuación de una progresión lineal uniforme y reducir la preocupación (esto es, la rumiación cognitiva) ante la aparición de los lapsos. Les pediremos a los pacientes que vuelvan a dibujar la línea de modo que refleje una previsión más realista de los progresos, dado que los estresores varían de semana en semana. Con la ayuda de algunas otras preguntas, finalmente acabarán dibujando algo parecido a la línea continua como una representación más exacta de los progresos esperados.

**Figura 16-1. Gráfica de los Progresos**



Varias cuestiones pueden ser aclaradas con la ayuda de este gráfico. La primera es que los altibajos tienen lugar a lo largo de todo el proceso de tratamiento y son absolutamente normales y esperables. Así pues, la reacción excesiva ante un lapso puede socavar innecesariamente los futuros progresos. En segundo lugar, las mejorías relevantes se obtienen a más largo plazo y sólo pueden ser juzgadas dentro de un marco temporal más amplio que el inicialmente esperado. Y en tercer lugar, aunque la agresividad jamás desaparecerá por completo, sí es posible reducir substancialmente su frecuencia, intensidad y duración. En otras palabras, el objetivo real consiste en lograr que la agresividad suponga un problema en la vida de la persona en mucha menor medida.

Además de educar a los pacientes en la *secuencia* más probable que seguirán los progresos, también es útil educarles en las *causas* potenciales de las recaídas. Aunque estas causas difieren de forma natural en cada uno de los pacientes, las que se exponen a continuación son algunas de las razones por las que la agresividad puede volver a aparecer después de que el tratamiento haya comenzado a ser efectivo:

- Aumento abrumador de:
  - el *número* de estresores vitales generadores de agresividad (por ejemplo, nuevas deudas, un accidente de coche o la aparición adicional de problemas matrimoniales o familiares).
  - la *intensidad* de los estresores vitales generadores de agresividad (por ejemplo, un aumento sustancial de las deudas ya existentes o el aumento de la gravedad de una enfermedad).
- Aumento abrumador de:
  - el *número* de estresores vitales *positivos* (por ejemplo, un cambio de casa, un ascenso laboral o un embarazo).
  - la *intensidad* de los estresores vitales *positivos* (por ejemplo, un incremento en el número de empleados que trabajan para el paciente, adquirir un coche deportivo más grande y más caro, o ganar en la lotería).
- Implicarse por propia iniciativa en situaciones altamente conflictivas.
- Ausencia de *feedback* procedente de los demás (por ejemplo, los pacientes no consultan con otras personas).
- Ser deshonesto, no asertivo y desconfiado con los demás.
- Aparición de otras emociones perjudiciales, tales como ansiedad, depresión y culpa.
- Fantasías espontáneas acerca de la atribución de culpas y responsabilidades.
- Pensamientos insistentes y obsesivos acerca de heridas pasadas y deseos de venganza.
- Implicarse en conductas excesivas, como la adicción al trabajo, el juego patológico, comer en exceso o tener excesos sexuales.
- Sensaciones intensas de estar solo, falta de apoyo y abandonado.
- Aislamiento (por ejemplo, cuando el paciente está lejos del apoyo de su familia).
- Reacciones negativas de la gente ante los cambios (“¿Por qué demonios estás perdonando tanto?”).
- Miedo al cambio (se requiere un nuevo autoconcepto para vivir sin el trastorno de agresividad al que el paciente está tan acostumbrado).
- Interrupción de las sesiones de tratamiento (por ejemplo, vacaciones o enfermedad que conducen a la aparición de un período entre sesiones más largo del habitual).
- Interrumpir o iniciar una nueva medicación.
- Beber y consumir drogas.
- Anular o faltar a sesiones de tratamiento.

- Confiarse en exceso –pensar que el apoyo profesional formal ya no es necesario.
- Sentar objetivos no realistas para los demás o ser demasiado duro con uno mismo.
- Cambios en las pautas de alimentación, sueño, higiene personal o niveles de energía.
- Falta de apoyo social procedente de los amigos, familiares, colegas, compañeros de trabajo, estudiantes, supervisores, etc.
- Aparición de síntomas psiquiátricos, o cambios en los mismos.
- Evitación y falta de resolución a la hora de afrontar problemas personales y demás problemas de la vida diaria, de manera que éstos se acumulan.
- Ignorar las señales y los desencadenantes que advierten de una posible recaída.

## ESTRATEGIAS PARA MANEJAR LOS ALTIBAJOS

---

Aunque el tratamiento de pacientes externos suele llevarse a cabo tradicionalmente a razón de un encuentro semanal, cabe la posibilidad de considerar otras opciones. La flexibilidad puede ser especialmente útil en contextos educativos, con pacientes internos, en contextos carcelarios o en la práctica privada, donde la frecuencia de los encuentros se puede acomodar al funcionamiento del paciente. Además, el contacto telefónico y por internet pueden ser utilizados como elementos adicionales al contacto cara a cara. Así, una forma de manejar los altibajos consiste en aumentar la frecuencia del contacto entre el profesional y el paciente.

Consideremos, por ejemplo, el caso de Ryan, un ejecutivo de 38 años y padre de tres hijos, con un historial de explosiones de cólera en el trabajo. Anteriormente, su agresividad ha contribuido a que perdiera varios clientes importantes para la empresa. A su vez, esto ha hecho que sus supervisores se cuestionen si sería prudente ascenderle y darle más responsabilidad. Dicho ascenso se vería acompañado de un considerable aumento salarial, lo que sería muy de valorar en una familia formada por cinco miembros. Desgraciadamente, y sobre la base de sus dificultades con los clientes, la empresa ha decidido desestimar temporalmente su ascenso. Esta ausencia de evolución en la empresa durante los últimos dos años se ha convertido para Ryan en una fuente adicional de agresividad, rumiación y resentimiento. Como suele ser costumbre en los pacientes con trastornos de agresividad, Ryan se niega a asumir su plena responsabilidad en relación con las dificultades que han venido apareciendo e insiste en que se le

asignó un grupo de “clientes particularmente difíciles”. Sus supervisores no apoyan el análisis de Ryan, lo que ha hecho que se convenza de que “van a por mí”. En su expediente personal figuran una serie de evaluaciones negativas acerca de su rendimiento laboral.

Ryan vino a tratamiento porque su mujer le insistió en que buscara ayuda. Le fue muy bien en las primeras sesiones, a razón aproximadamente de un encuentro semanal con el terapeuta. Fue capaz de analizar el modo en que sus pensamientos agresivos y sus reacciones conductuales (por ejemplo, sus caras largas y su deseo de castigar a los demás) estaban obstaculizando su éxito profesional. También fue capaz de colaborar con el terapeuta y parecía dispuesto a aprender nuevas formas de reaccionar ante la decepción, la desaprobación y las observaciones negativas. En la quinta sesión Ryan llegó muy alterado y preocupado. Había tenido un “encontronazo” con uno de sus supervisores a propósito de la forma de tratar con un cliente difícil y sumamente exigente. Una vez más, a Ryan le pareció que en las disputas el supervisor se ponía del lado del cliente y pensó que le estaban tratando injustamente.

Aunque Ryan había mostrado una disminución significativa en el número de episodios de agresividad que experimentaba en el trabajo desde que se inició el tratamiento, este incidente en particular fue muy importante porque esta vez corría el riesgo de quedarse sin trabajo. Ryan no sabía cómo reaccionar ante el supervisor “injusto” y tampoco estaba seguro de si sería capaz de seguir controlando su agresividad en vista de lo sucedido. Evidentemente los progresos terapéuticos de Ryan estaban en peligro, además de su puesto de trabajo.

Ryan y el terapeuta acordaron verse tres veces a lo largo de la semana siguiente con objeto de ayudarle a abordar mejor la reciente situación y reconducir el tratamiento. Además, se le animó a contactar con el terapeuta por teléfono o por e-mail en el caso de que apareciera algún problema adicional inmediato. (Otra alternativa útil, aunque no fue utilizada en este caso, sería el uso de un servicio de “mensajería urgente” por ordenador o de “sesiones por red” a nivel visual).

El aumento de la frecuencia de las sesiones y demás formas de contacto con los pacientes que sufren altibajos reviste una serie de ventajas. Algunas son absolutamente evidentes, en tanto que otras son más sutiles. Entre las más evidentes figura el hecho de que el aumento del contacto permite un mejor seguimiento de las reacciones frente a los desencadenantes cotidianos. De este modo, el terapeuta se encuentra en mejor posición de evaluar los riesgos relativos a los peligros para el propio paciente o para los demás –o, en el caso de Ryan, el riesgo de una pérdida potencial– y de intervenir y prevenir la posibilidad de que aparezcan consecuencias negativas graves.



Segundo, el contacto más frecuente permite que el profesional y el paciente pongan un mayor esfuerzo en reducir la agresividad en respuesta a un desencadenante actual específico. Habilidades tales como la relajación, formas alternativas de valorar y de pensar, la evitación planificada e incluso el perdón pueden ensayarse con más frecuencia y más intensidad. En el caso de Ryan, el manejo de su activación física en relación con el incidente por medio de la relajación fue importante, junto con algunas sugerencias prácticas para evitar mayores conflictos. Se llevó a cabo un enfoque de solución de problemas para ayudar a Ryan a concebir un plan de acción encaminado a reparar los daños en la relación con el supervisor. También se añadieron nuevas habilidades, como sustituir los pensamientos sediciosos (por ejemplo, “Este hijo de puta jamás me concede el beneficio de la duda y siempre se pone del lado del cliente”) por otras alternativas más realistas (“La labor de mi supervisor consiste en hacer que la empresa gane dinero. De modo que tiene que esforzarse por conservar las relaciones con los clientes. Entra perfectamente dentro de mi capacidad el ver las cosas desde su perspectiva y no tengo por qué tomármelo necesariamente como algo personal”).

Los beneficios más sutiles de aumentar el contacto terapéutico se desprenden del mensaje que esta línea de acción transmite al paciente. El aumento de la frecuencia de las sesiones indica que la situación es seria y que los problemas que están teniendo lugar en la vida del paciente son importantes. Además, también pone de manifiesto que el profesional se preocupa y está decidido a apoyar. El hecho de programar sesiones más frecuentes demuestra también que el profesional está dispuesto a trabajar más a fondo con el paciente y no tiene la intención de darse por vencido. De hecho, esta sencilla acción permite modelar la idea fundamental de que la mejor forma de afrontar las dificultades y los desafíos suele ser *el esfuerzo acrecentado*. También transmite un mensaje a propósito de la cuestión de la responsabilidad. En última instancia, el paciente desempeña un papel central en lo referente a desplegar un esfuerzo creciente y constante para reducir las experiencias de agresividad y las manifestaciones agresivas.

## MANTENER LAS GANANCIAS UNA VEZ FINALIZADO EL TRATAMIENTO

---

Como muy bien saben los profesionales de la salud mental, la mejor manera de abordar la finalización del tratamiento es enfocándola como una etapa cuidadosamente meditada dentro del proceso de cambio. La finalización abrupta de las sesiones de tratamiento, por prácticamente cualquiera que pudiera ser la

razón, no es recomendable. La mejor forma de decidir la finalización del tratamiento es hacerlo conjuntamente y en colaboración, una vez que los objetivos específicos ya han sido alcanzados y el paciente está convenientemente preparado para afrontar los sucesivos desencadenantes que tuvieran probabilidad de generar una reacción agresiva en un futuro.

Por ejemplo, en el caso de Ryan, el tratamiento tuvo lugar a lo largo de unas 30 sesiones. Uno de los objetivos de su tratamiento fue reducir la frecuencia y la intensidad de sus episodios de agresividad en el trabajo. Se le pidió que llevara un registro diario y cuando comenzó su programa para el manejo de la agresividad, Ryan informó de la ocurrencia de aproximadamente unas ocho experiencias o episodios semanales de agresividad relacionados con el trabajo. De la vigésima a la trigésima sesión, sus episodios de agresividad registrados semanalmente se redujeron a aproximadamente unos dos. Dado el gran número de desencadenantes potenciales asociados a su trabajo, el objetivo de reducir a cero los episodios de agresividad en el trabajo no se consideró realista. Así, un segundo objetivo y tal vez más importante, en vista especialmente del altercado verbal comunicado en la quinta sesión, fue que Ryan aprendiera nuevas formas de expresarse asertivamente cada vez que experimentara agresividad ya fuese en respuesta a un cliente o al supervisor. Ryan y el terapeuta se concentraron en concebir nuevas formas de reaccionar ante las críticas a través de una combinación de exposición y *role-playing*. Una vez que Ryan demostró su pericia en la utilización de las nuevas habilidades en las simulaciones ensayadas en la consulta, se decidió que podía utilizar los desacuerdos previos aparecidos en el trabajo como una razón para discutir su actual rendimiento laboral con su supervisor. Esto, evidentemente, requirió que Ryan solicitara, escuchara, tolerara y respondiera razonablemente a las críticas. Además de los beneficios de la exposición en la vida real, Ryan también utilizó esta oportunidad para clarificar algunos de los objetivos específicos que se esperaba que alcanzase para ser tenido en cuenta de cara a un posible ascenso. Esto le brindó una mayor sensación de control respecto de su trayectoria profesional. El terapeuta y Ryan también aplicaron los diferentes pasos de la solución de problemas en relación con la posibilidad de que Ryan decidiera abandonar su puesto actual y dedicarse a buscar un mejor entorno laboral. Se acordó que actualizaría su curriculum y se pondría a considerar sosegadamente otras opciones de empleo. Fue en este momento cuando Ryan y el terapeuta tomaron la decisión de comenzar a concluir el tratamiento.

Como parte del proceso de finalización, el terapeuta hizo que Ryan confeccionara una lista de situaciones de alto riesgo que pudieran desencadenar reacciones agresivas intensas en el trabajo. Se le pidió que incluyera situaciones

conocidas del pasado además de, valiéndose de su imaginación, posibles desencadenantes novedosos que pudieran aparecer a lo largo del mes siguiente. A continuación se dedicaron cuatro sesiones a identificar y ensayar las estrategias que podrían aplicarse a cada uno de los desencadenantes de la lista. Por ejemplo, Ryan previó la aparición de dificultades en el caso de que un cliente pidiera simplemente “consultar con un superior” y hablar con su supervisor. Ryan solía “catastrofizar” ante una solicitud de estas características. Se imaginaba que ello siempre quería decir que el cliente estaba insatisfecho, en lugar simplemente de desear recabar información de una persona más experimentada. Las reacciones cognitivas alternativas a este desencadenante fueron discutidas y ensayadas. Mediante la solución de problemas, también quedó patente que en esta situación la mejor opción era “representar” una actitud indulgente y cooperativa y poner inmediatamente al cliente en contacto con el supervisor. Más adelante podría consultar con el supervisor para determinar si había algo más que él pudiera hacer para atender al cliente. Esta situación fue ensayada varias veces, con la ayuda de un *role-playing* en el que el cliente manifestaba diferentes niveles de insatisfacción. Ryan no tuvo grandes dificultades en seguir su plan de acción.

Una vez que se desarrollaron y ensayaron planes similares para cada uno de los desencadenantes, se tomó la decisión de ir disminuyendo el tratamiento espaciando las sesiones a razón de una vez cada dos semanas a lo largo de los dos meses siguientes. Dependiendo de los progresos, se reduciría adicionalmente la frecuencia del tratamiento. De mantenerse los progresos, se programarían sesiones auxiliares esporádicas a intervalos que serían convenientemente acordados. También se acordó que Ryan llamaría al terapeuta para pedirle una cita si pensaba que estaba deslizándose en dirección a los viejos estilos agresivos y dejando de utilizar las habilidades aprendidas en el tratamiento.

El caso de Ryan representa un ejemplo de tratamiento realizado en condiciones óptimas. Era inteligente, estaba motivado y entabló una relación de trabajo productiva con el profesional. Además, fueron pocos los obstáculos en lo referente a la estructura del tratamiento (esto es, el número de sesiones no estuvo limitado por ningún seguro médico y hubo absoluta libertad para que paciente y terapeuta tomases las decisiones conjuntamente). Somos conscientes de que tal vez muchos de los lectores trabajen en contextos institucionales o en el marco de unos servicios sanitarios gestionados que impongan limitaciones respecto del número de sesiones que los pacientes puedan recibir. Además, el tratamiento de la agresividad en contextos institucionales suele realizarse en grupos más que a nivel individual. Los grupos difieren en su funcionamiento; algunos reciben constantemente nuevas admisiones (existe la posibilidad de incluir nuevos

miembros en cualquier momento), en tanto que otros tienen un comienzo y un final claramente establecidos para todos los participantes. Ciertamente, la forma de finalizar el tratamiento y de prevenir que los altibajos se desarrollen hasta el punto de desembocar en un fracaso terapéutico son cuestiones importantes a considerar en los programas para el manejo de la agresividad, al margen del formato en el que se lleve a cabo el tratamiento.

## Hoja de Información para el Paciente

### *La Reparación de la Agresividad: Causas y Remedios*

La agresividad puede reaparecer cuando nos sentimos abrumados por nuevos problemas como, por ejemplo, el aumento de las deudas, un accidente de coche, la aparición de otros conflictos, una enfermedad, etc. La agresividad también puede reaparecer cuando nos suceden cosas “buenas” como, por ejemplo, comprar una casa, conseguir un ascenso laboral o incluso que nos toque la lotería. Todo ello puede ser muy estresante. La prevención de recaídas implica toda una vida de planificación activa y conciencia. A continuación se exponen algunas de las causas de las recaídas y sus posibles remedios:

**1) Sentirnos abrumados.** Ello puede ocurrir por: (a) sobreprogramar las actividades cotidianas, sin dejar ningún espacio para los acontecimientos inesperados; (b) no dedicar ningún tiempo al ejercicio, los deportes y demás actividades recreativas placenteras; y (c) no afrontar directamente los problemas de la vida y dejar que se acumulen pequeñas contrariedades sin resolver. **Remedio:** Todos sin excepción somos propensos a sentirnos agresivos cuando aparecen nuevos estresores y disponemos de poco tiempo para resolver los problemas. Anticipemos y planifiquemos consecuentemente. No asumamos nuevas responsabilidades exigentes sin meditarlo antes convenientemente. Consultemos con otras personas para recabar una opinión objetiva acerca del posible impacto que la responsabilidad adicional puede ejercer sobre nuestra vida. Practiquemos las habilidades de relajación. Gestionemos nuestra vida de modo que dispongamos de tiempo libre para el ejercicio y las actividades recreativas. Cuando ello sea posible, evitemos las situaciones y a las personas que tengan una alta probabilidad de desembocar en conflictos.

**2) Confiar en las viejas actitudes agresivas.** No olvidemos que actuar con agresividad reporta beneficios a corto plazo. Es posible que nuestros hijos, nuestra pareja o nuestros compañeros de trabajo se decidan a obedecer transitoriamente nuestras solicitudes. A veces nos sentimos muy bien gritándole a los demás y desahogándonos. Y es probable que las viejas actitudes nos parezcan muy naturales en momentos delicados y difíciles. **Remedio:** Reconozcamos que la manifestación de la agresividad tiene sus costes a largo plazo y que para desarrollar otras actitudes más eficaces se requiere dedicación y disciplina. Aplacemos la gratificación inmediata que podamos experimentar con las explosiones de cólera. Olvidémonos de “cargarnos” al otro. Decidamos qué es lo “mejor” para resolver el problema a largo plazo en lugar de limitarnos simplemente a hacer lo que nos “pide” el cuerpo.

**3) Aislarnos en nosotros mismos, sin compartir nuestras preocupaciones y temiendo las observaciones que nos puedan hacer.** Podemos creer que lo mejor es mantener una fachada impecable y no pedir consejo ni ayuda a los demás. Este puede ser especialmente el caso, cuando no confiamos en los demás. Aunque la confianza en uno mismo reporta muchas ventajas, no deja lugar para la interrelación social necesaria para el crecimiento y el cambio. **Remedio:** Mantengámonos diariamente en contacto con las personas que nos apoyan. Admitamos públicamente que somos falibles y que a veces no sabemos qué hacer. Pidamos ayuda. Busquémonos un modelo del que pensemos que se maneja bien con el estrés. Preguntémonos a nosotros mismos: “¿Qué haría esta persona en esta misma situación?”. Confiemos en los demás y busquemos las observaciones negativas tanto como las positivas. Reconozcamos que, de hecho, *podemos* tolerar la desaprobación de los demás.

**4) No ser honestos con nosotros mismos respecto de nuestras capacidades.** El decirnos a nosotros mismos que podemos hacernos cargo de cualquier cosa, exagerando nuestras habilidades para controlar la agresividad y sin escuchar los consejos de los demás, puede socavar los progresos. Ello incluye perder sesiones de tratamiento y no hacer las tareas asignadas para casa. ¡La grandiosidad no es compatible con el manejo adecuado de la agresividad! **Remedio:** Seamos realistas respecto de nuestros progresos. Tengamos nuestras dudas sinceras acerca de nuestras habilidades. Escuchemos los consejos de las personas de confianza. Recordemos que todos los progresos tienen “altibajos”. Cualquier situación puede transformarse en un reto y desembocar en un fracaso. Aumentemos el contacto con nuestro profesional en los momentos difíciles. Afrontemos las dificultades redoblando los esfuerzos.

**5) Aferrarnos a las viejas ideas.** Mantener ciertas ideas aumentará probablemente las experiencias de agresividad. Por ejemplo, decirnos a nosotros mismos obsesivamente que el mundo “debería” o “tiene la obligación” de ser justo, o “se supone” que debe serlo, sentar unos objetivos poco realistas para nosotros mismos o para los demás, o rumiar conductas hirientes pasadas, no nos ayudará a reducir la agresividad. Además, exagerar la importancia de todo lo que nos sucede en la vida, tomándonos demasiado en serio los pequeños inconvenientes y diciéndonos que los demás son unos “estúpidos” y que “no podemos soportar” lo que hacen, no hará más que aumentar nuestra alteración. Finalmente, las rumiaciones acerca de la justicia y la venganza no harán sino absorber unas energías innecesarias sin permitirnos seguir adelante con nuestra vida. **Remedio:** Aceptemos de buen grado la realidad de que la injusticia forma parte de la vida de todo el mundo. Describamos de forma realista las situaciones y a las personas desagradables. Diferenciamos entre lo que las personas hacen (sus actos) y lo que las personas son. Es mejor decir “No me gusta esa *forma de actuar*” que decir “No me gusta esa *persona*”. Aceptemos de buen grado la posibilidad de perdonar a la persona, sin dejar por ello de buscar la forma de generar un cambio en su forma de actuar. Minimicemos los juicios, las culpabilizaciones, las quejas y el resentimiento.

Tal vez el **remedio más importante** frente a la reaparición de la agresividad sea nuestra relación colaboradora con nuestro profesional. Programemos más contactos con él cuando las cosas se pongan difíciles. ¡Nuestro profesional puede ayudarnos!



## **Sexta Parte**

# **LA IMPORTANCIA DE TRABAJAR NUESTRA PROPIA AGRESIVIDAD**





# La reducción de la agresividad de los propios profesionales

## 17

*Observa a todos los hombres, y a ti mismo principalmente*

Benjamin Franklin

En los capítulos precedentes hemos presentado un plan de intervención en cuatro fases (preparación, cambio, aceptación y prevención de recaídas) que incluía diferentes estrategias para reducir la agresividad de los pacientes. Pero los pacientes no son los únicos que experimentan agresividad. La agresividad es muy común en todos sin excepción y los profesionales no son inmunes a ella. Y cuando la agresividad del profesional es frecuente, intensa y duradera, puede ejercer un impacto muy negativo sobre la vida personal y profesional. Así pues, nos permitimos señalar que las técnicas descritas en este manual también pueden utilizarse para *manejar nuestra agresividad* como profesionales cuando ésta comience a interferir nuestro propio funcionamiento.

Los profesionales tienen que hacerle frente a toda una variedad de desencadenantes de agresividad. Al igual que sucede con los pacientes, es probable que los desencadenantes más habituales estén asociados a las relaciones con familiares, amigos y colegas. Pero también pueden aparecer desencadenantes adicionales como resultado directo de las condiciones derivadas del entorno laboral, tales como una preautorización por parte de un seguro médico, limitaciones a las sesiones y trámites burocráticos, aislamiento profesional, falta de apoyo institucional y de supervisión de casos, muchas horas de trabajo y un sueldo escaso. Los desencadenantes de agresividad también pueden estar directamente relacionados con el tipo de pacientes tratados. Por ejemplo, la frustración puede hacer acto de presencia cuando los pacientes no están motivados (por ejemplo, adolescentes derivados por sus padres), son olvidadizos (por ejemplo, las personas muy mayores) o de un bajo nivel de educación o inteligencia. El presente capítulo se centra en la aplicación de las habilidades para

el manejo de la agresividad a nuestra propia vida, y especialmente a la agresividad que tiene lugar durante el transcurso de las sesiones con los pacientes.

## LOS EFECTOS DE LA AGRESIVIDAD DEL PROFESIONAL SOBRE LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS

---

Todos hemos pasado por la experiencia de tratar a pacientes que hacen gala de una personalidad muy hiriente, dan muestras de unas actitudes interpersonales inflexibles y tienen una forma de percibir el mundo que hacen difícil llevar adelante el tratamiento de una forma eficaz. Algunas de las características más comunes y notables de los pacientes que suponen una fuente de irritación y agresividad para el profesional incluyen:

*Falta de motivación, ambivalencia y resistencia.* Algunos pacientes parecen no tener un verdadero interés en trabajar con el profesional. Otros no están seguros acerca de sus objetivos y otros muestran una resistencia pertinaz frente a nuestros esfuerzos más sinceros por ayudarles, a pesar de la abrumadora evidencia de que su forma de abordar las dificultades de la vida no les está reportando ningún beneficio.

*Hostilidad y agresividad.* Otros pacientes, dada su tendencia a distorsionar y malinterpretar las intenciones de los demás, se muestran sumamente críticos y atacan verbalmente a los profesionales. Cuestionan nuestra formación, nuestras habilidades, nuestra experiencia y nuestra sinceridad, y poco de lo que decimos parece satisfacerles.

*Impulsividad y conductas destructivas.* Existen, evidentemente, algunos sujetos que se desvían de las recomendaciones terapéuticas y actúan espontáneamente de una forma que se había acordado previamente que conduciría con toda probabilidad a tener problemas. La forma de abordar conductas peligrosas como el suicidio y la agresión física hacia los demás constituye también una preocupación de primera magnitud para los profesionales en el tratamiento de determinados casos.

*Conductas desvalidas, dependientes y de aferramiento.* Ciertos pacientes parecen esperar que el profesional les resuelva todos los problemas de su vida, mientras que ellos se mantienen en una actitud relativamente pasiva en lo referente a emprender alguna acción para cambiar sus circunstancias. Pueden pedirle al profesional una y otra vez que les aconseje o les tranquilice, tener dificultades a la hora de respetar los parámetros temporales previamente acordados para los encuentros terapéuticos y buscar de forma persistente el contacto con el profesional entre sesiones.

*Manipulación y mentiras.* Evidentemente, algunos pacientes no pretenden realmente reducir su agresividad y entran en tratamiento únicamente para satisfacer algún otro objetivo. Los sujetos que son obligados a entrar en tratamiento, y especialmente los casos relacionados con el enjuiciamiento criminal, pueden tener una razón alternativa para querer venir a tratamiento (por ejemplo, la pareja considerará la posibilidad de proseguir la relación, el departamento de libertad condicional verá con buenos ojos a los internos que se inscriban en los programas, etc.). Puede que estos pacientes no sean sinceros a la hora de informar de sus síntomas o de comprometerse a hacer las prácticas entre sesiones. Los profesionales también advertirán la ausencia de una relación de trabajo productiva.

Dependiendo del encuadre, los profesionales pueden encontrarse rutinariamente con pacientes que cumplan una o más de estas características. Ellos mismos parecen ser sus peores enemigos. Sus actos de autosabotaje, su falta de responsividad o la anulación directa de los esfuerzos del profesional pueden conducir a la exasperación. Aunque pueda parecer natural sentir agresividad cuando tratamos con este tipo de casos o pensamos en ellos, lo cierto es que la agitación, la rumiación y las reacciones agresivas del profesional son de dudoso valor. De hecho, el control de las propias emociones puede ser un factor crucial a la hora de tener éxito con estos casos difíciles.

En la mayoría de los casos, el hecho de sentir y manifestar agresividad hacia un paciente interferirá el éxito del tratamiento. Como ya observamos en el capítulo 6, los tres componentes básicos de la alianza terapéutica son *el acuerdo acerca de los objetivos* del tratamiento, *el acuerdo acerca de los métodos a utilizar* para alcanzar dichos objetivos y *la calidad del vínculo relacional*. Si falta cualquiera de estos elementos, disminuye la probabilidad de que el tratamiento tenga éxito. La alianza terapéutica constituye un componente esencial en el tratamiento a lo largo de una amplia variedad de modalidades de psicopatología, grupos de pacientes y encuadres de salud mental. En virtud de la alianza terapéutica es probable que la agresividad sentida y manifestada disminuya su fuerza. La alianza es además *dinámica*, lo que significa que después de establecerse no necesariamente es permanente. Las alianzas con los pacientes pueden romperse, de hecho se rompen, y en ocasiones es preciso restablecerlas. Se requiere una vigilancia constante por parte del profesional, en el sentido de no perder de vista la propia agresividad.

La agresividad del profesional no es funcional. Por ejemplo, no va a ayudar a alcanzar un acuerdo acerca de los objetivos. No ayuda a negociar las tareas a realizar y ciertamente no va a sentar las bases de una actitud cálida y respetuosa entre el profesional y el paciente. Si el lector, como profesional, se siente agre-

sivo cuando piensa en su paciente o durante el transcurso de una sesión, es probable que ello anule los esfuerzos por establecer una alianza terapéutica o provoque una ruptura dentro de la alianza ya existente.

Excepto en el contexto de los ejercicios de *role-playing* planificados y acordados, la manifestación de una agresividad intensa y directa hacia los pacientes no suele estar recomendada. Hay ocasiones en las que sí es recomendable una declaración *asertiva* del tipo: "John, me sentí sorprendido y enfadado cuando no apareciste la semana pasada". Pero la confrontación violenta (discutir, interrumpirse, insistir en que el paciente está equivocado, exigir que cambie) o las expresiones emocionales intensas (por ejemplo, "John, la semana pasada me sentí furioso contigo. Sabes muy bien que debes avisarme si no vas a venir. ¿Qué coño fue lo que pasó?") están asociadas al fracaso terapéutico. Puede que sea perfectamente útil reaccionar ante el paciente con un enfado, o incluso con agresividad, de forma ocasional, dado que este tipo de *feedback* realista es útil para el desarrollo personal. Pero las manifestaciones repetidas de agresividad por parte del profesional, sin un propósito terapéutico, deben evitarse decididamente.

Algunos profesionales creen que la confrontación violenta es necesaria en el caso de los pacientes difíciles como, por ejemplo, los que tienen problemas de agresividad, o con los pacientes que abusan de sustancias psicoactivas o los que están encarcelados. Pero la reacción característica ante la agresividad del profesional suele ser reaccionar elevando el tono de la discusión y aumentando la negación y las declaraciones hostiles en un esfuerzo por defender y preservar los propios puntos de vista. Estos tipos de interrelaciones, en las que el profesional manifiesta agresividad y el paciente reacciona defensivamente, no hacen sino atrincherar todavía más a los pacientes en sus formas agresivas originales de pensar y de actuar. Estas formas rara vez suelen ser derrotadas por el punto de vista del profesional mediante la ayuda de una manifestación agresiva enérgica. Con mucha más frecuencia, el hecho de manifestar directamente una agresividad intensa hacia el paciente erosionará la alianza terapéutica y contribuirá al fracaso del tratamiento.

Por otro lado, la *empatía* del profesional está asociada por lo general con más éxitos terapéuticos. Ser capaz de demostrar paciencia y una comprensión de la posición del paciente, incluso en el caso de que haya cometido una transgresión contra el profesional, es más probable que permita retomar un curso terapéutico productivo. Dado que es difícil empatizar cuando nos sentimos agresivos o resentidos, los profesionales que se alteran más de la cuenta tienen un problema. Sentir una agresividad justificada cuando los pacientes actúan desacertadamente, al tiempo que sin dejar de reconocer que la empatía constituye la mejor línea de

acción, puede suponer un equilibrio difícil de encontrar. Sin embargo, es un problema que los profesionales –y no los pacientes!– deben reconocer y solucionar.

Tratar con pacientes que se comportan de una manera desafiante e irritante forma parte de nuestro trabajo, incluso dentro de los entornos más favorables, y obviamente en mayor medida en los entornos más difíciles como, por ejemplo, las cárceles. Las reacciones agresivas de los profesionales tienen escasas probabilidades de ser productivas. A continuación presentamos algunas de las medidas que los profesionales pueden adoptar para reducir su agresividad en respuesta a los pacientes.

## LA FASE DE PREPARACIÓN

---

Como parte de la preparación para manejar nuestra propia agresividad, consideremos cómo podríamos *fomentar la toma de conciencia de nuestras propias reacciones agresivas dentro de las sesiones y de sus consecuencias asociadas*. Esto es, tomar conciencia de nuestras propias experiencias agresivas así como de las verbalizaciones y conductas agresivas manifiestas pero sutiles que emitimos en respuesta a los pacientes difíciles. Por ejemplo, ¿nuestra agresividad está relacionada con pacientes que presentan un tipo específico de psicopatología? ¿Reaccionamos con más intensidad ante cierto tipo de declaraciones, conductas o lenguaje corporal de los pacientes? ¿Nuestra agresividad genera una menor motivación a la hora de reflexionar sobre algunos casos específicos y encontrar la mejor forma de intervenir? Es decir, ¿nuestra agresividad nos conduce periódicamente a “darnos por vencidos”? Es necesario tomar conciencia de los estímulos que desencadenan la agresividad para manejar bien nuestra propia agresividad.

Recomendamos algunos métodos para facilitar la toma de conciencia de los efectos que ejerce la agresividad sobre la relación profesional-paciente:

*Realizar autorregistros de los episodios de agresividad.* Mediante el uso del *Registro de los Episodios de Agresividad* presentado en el capítulo 3, o del *Formulario de Autorrevisión de la Agresividad* del capítulo 7, los profesionales pueden comprender mejor la cadena de acontecimientos que les conducen a reaccionar agresivamente con los pacientes, además de las consecuencias de dichos episodios.

*Grabar las sesiones en cassette o vídeo.* La revisión periódica de las sesiones, escuchando nuestras palabras reales y observando nuestro lenguaje corporal, es muy recomendable para el desarrollo personal. Observemos la forma en que comunicamos nuestra propia agresividad a los pacientes. Aunque las declaraciones directas sean el método más obvio de comunicación, debemos prestar

igualmente atención a las indicaciones más sutiles, como el tono de voz, las expresiones faciales y la postura corporal.

*Recabar supervisiones y feedback de otros profesionales.* Discutamos los casos difíciles con otros colegas. Solicitemos una opinión objetiva respecto de cómo nos hemos manejado con los pacientes que suscitaban agresividad. Elijamos, por supuesto, a unos colegas que sean unos profesionales habilidosos y experimentados, que estén dispuestos a aceptar de buen grado puntos de vista diferentes y que se sientan ellos mismos relativamente cómodos con la agresividad.

*Hacer un análisis de los resultados.* Reflexionemos acerca de los resultados obtenidos con nuestros pacientes de acuerdo con nuestro propio historial de casos tratados hasta la fecha. Revisemos aquellos casos en los que hayamos experimentado agresividad y actitudes negativas hacia los pacientes. Consideremos igualmente los casos de los pacientes con los que hayamos tenido conflictos declarados. ¿Cómo finalizan habitualmente estos casos? ¿Cuán productivas eran las sesiones? Consideremos si la agresividad ha demostrado o no ser productiva a largo plazo.

*Ensayar diferentes estilos de reacción ante los pacientes difíciles.* Podemos oscilar entre las declaraciones enérgicas y las declaraciones empáticas para ver qué estilo es más productivo. Por ejemplo, podríamos reaccionar enérgicamente cuando un paciente no hiciera las tareas para casa (como ilustra el primer diálogo) o reaccionar con una escucha más empática e intervenciones a modo de reflejo (como ilustra el segundo diálogo). Ensayemos diferentes estilos y observemos cómo reaccionan los pacientes. Si los pacientes reaccionan de una forma más positiva a nuestras intervenciones, será menos probable que desencadenen agresividad en nosotros.

### ***Estilo profesional n° 1:***

Paciente: *Tengo que decir que no hice los ejercicios de relajación porque realmente no estaba convencido de que fueran a ser de mucha ayuda.*

Profesional: *¿Cómo puedes estar seguro de que no van a ayudarte si ni siquiera te has tomado la molestia de intentarlo? (El profesional utiliza un tono de voz enfadado).*

Paciente: *No sé. Simplemente no me acababa de convencer.*

Profesional: *Pues si no le da una oportunidad, entonces es seguro que no va a funcionar. ¿Qué piensas que podría ayudarte?*

Paciente: *No sé.*

Profesional: *¿Qué se te pasa por la cabeza como una posibilidad?*

Paciente: *No sé.* (Nótese que el paciente se muestra poco colaborador y comunicativo).

**Estilo profesional nº 2:**

- Paciente: *Tengo que decir que no hice los ejercicios de relajación porque realmente no estaba convencido de que fueran a ser de mucha ayuda.*
- Profesional: *Da la impresión de que no acabas de creerte que la relajación pueda ser uno de tus objetivos.*
- Paciente: *Pues no. No acabo de ver cómo el hecho de emplear 45 minutos en mí mismo puede hacer algo para cambiar la situación con mi jefe. (Nótese que el paciente revela más información que en el ejemplo anterior).*
- Profesional: *Parece, entonces, que no acabas de ver claro de qué forma podría ayudarte la relajación en tu trabajo.*
- Paciente: *Eso es. Mi problema es el trato con mi jefe.*
- Profesional: *Así que te gustaría hacer algo que estuviera más directamente relacionado con el problema que tienes con tu jefe.*
- Paciente: *Exacto. (Nótese que el paciente ha manifestado su acuerdo con las dos declaraciones anteriores).*
- Profesional: *¿Qué crees que te sería más útil en este momento?*
- Paciente: *Algo que pudiera decirle a mi jefe, para que no siguiera dándome el trabajo que le corresponde a los demás.*
- Profesional: *De modo que te sería más útil que nos pusiéramos a pensar en alguna forma de hablarme más directamente a tu jefe esta semana.*
- Paciente: *Pues sí. (Aunque la relajación no fue aceptada por el momento, el paciente trabajó productivamente sus habilidades verbales en el trabajo).*

Oscilar entre dos estilos diferentes pondrá de manifiesto que uno de los estilos parece provocar la retracción, mientras que el otro enfoque permite descubrir una línea más productiva.

## ESTRATEGIAS PARA CAMBIAR

---

Existen una serie de estrategias para cambiar que los profesionales pueden utilizar para manejar mejor sus propias reacciones agresivas durante las sesiones. Entre las mismas se encuentran las siguientes:

*Aprender a manejar la activación física durante el transcurso de las sesiones. La reducción de nuestra propia activación física durante el trato con los pacientes contribuirá a disminuir nuestra agresividad y nos permitirá reaccionar más eficazmente. Las estrategias de relajación presentadas en el capítulo 9 se pueden*



modificar fácilmente para ser utilizadas por los profesionales. Además, dado su papel central en el manejo del nivel de activación emocional dentro del tratamiento, pensamos que es aconsejable que todos los profesionales lleguen a ser expertos en el desarrollo de la respuesta de relajación. Así pues, sin dejar de prestar atención cognitivamente a los pacientes, conviene que nos centremos en nuestra propia respiración y en la valoración de nuestras propias reacciones verbales, y nos liberemos de la tensión muscular en la mandíbula, los brazos y el estómago. Es muy probable que ya estemos familiarizados con el proceso; animamos a practicarlo regularmente, con objeto de que esté a nuestra disposición en el caso de que lo necesitemos durante el transcurso de las sesiones.

*Ampliar las habilidades – Desarrollar habilidades y técnicas terapéuticas avanzadas a aplicar durante las sesiones.* Para cualquier tipo de situaciones terapéuticas con las que nos encontremos y que nos parezcan especialmente difíciles, existen habilidades que pueden ayudarnos a mantener una relación productiva de colaboración. Por ejemplo, podemos encontrarnos con que nos sentimos especialmente agresivos en las etapas iniciales del tratamiento, cuando los pacientes dan muestras de una falta de motivación o de una actitud ambivalente hacia el cambio. Si este fuera el caso, conviene que desarrollemos un mayor nivel de competencia en las habilidades destinadas a aumentar la motivación y a ayudar a los pacientes a progresar en dirección al cambio. O tal vez nos sintamos agresivos cuando los pacientes se muestran verbalmente hostiles o insultantes. En ese caso, puede ser útil que aumentemos nuestro repertorio de habilidades de “descripación”, permitiéndonos aceptar las observaciones mordaces sin necesidad de reaccionar intensamente. Libros tales como este mismo, además de la continuación de nuestra formación mediante la asistencia a seminarios, la realización de cursos de postgrado y la supervisión de casos, acrecientan nuestras habilidades. Desgraciadamente, como profesionales a veces colocamos nuestro propio desarrollo al final de la lista. Ello es natural, dadas las restantes exigencias de nuestro trabajo y de nuestra vida personal. No obstante, recomendamos encarecidamente que le concedamos prioridad a la posibilidad de incrementar nuestra propia competencia, especialmente en aquellas áreas en las que tendamos a sentirnos agresivos con los pacientes. En algunos lugares la continuación de la formación de los profesionales es obligatoria. Donde no sea así, le corresponde al profesional encontrar el tiempo necesario para proseguir su propio desarrollo.

*Solución de problemas.* Cuando nos encontremos con situaciones difíciles con los pacientes, podemos considerar múltiples líneas de acción y sus correspondientes consecuencias. Por ejemplo, uno de los autores de este libro dispone de una modesta consulta privada y no quiere trabajar dentro del marco de ningún

seguro médico. Recientemente, una paciente que acababa de iniciar su tratamiento comunicó que no podía seguir permitiéndose el lujo de tener sesiones semanales e insistió en que se aceptara su seguro médico. Dado que la paciente jamás había indicado previamente que el dinero pudiera ser un problema, hubo algún que otro enfado y agresividad reconocidos en respuesta a sus demandas. Inicialmente, la situación fue contemplada en unos términos simplistas de blanco o negro –o trabajar con la compañía de seguros o finalizar el tratamiento. Pero mediante la solución de problemas se generaron una serie de acciones alternativas con sus respectivas consecuencias (véase el cuadro).

Acciones potenciales	Consecuencias
1) Trabajar con la paciente dentro del marco de su seguro médico.	Satisface la responsabilidad para con ella. Montones de trámites burocráticos y de llamadas telefónicas para conseguir que me paguen. Me sentiré resentido.
2) Aceptar el caso <i>pro bono</i> .	Satisface la responsabilidad para con ella. Pero es probable que me sienta resentido con el tiempo.
3) Reducir el precio de las sesiones.	Satisface la responsabilidad para con ella. Podría ser un compromiso aceptable.
4) Reducir el precio de las sesiones hasta que la paciente encuentre un trabajo mejor pagado. La búsqueda de un trabajo mejor está en concordancia con los objetivos.	Satisface la responsabilidad para con ella. También permite que los dos nos beneficiemos de su éxito laboral. Supone un compromiso para ambos.
5) Finalizar el tratamiento.	No satisface la responsabilidad para con ella, dado que el tratamiento ya había comenzado.
6) Derivarla a otro profesional.	No es lo ideal, dado que ya habíamos comenzado el tratamiento. Pero es una posibilidad, en el caso de que las soluciones intermedias no salgan adelante.

La opción número cuatro pareció ser preferible. Esta solución de compromiso fue expuesta y aceptada. Ello permitió que el tratamiento siguiera adelante y que ambas partes mantuvieran un compromiso y una actitud positiva respecto del arreglo. De no haber tomado en consideración el espectro completo de posibilidades, ello habría derivado muy probablemente en un resultado mucho menos satisfactorio.

*Evitación y huida.* Existe un cierto número de situaciones en las que la evitación y la huida planificadas pueden ser de utilidad para los profesionales. Por ejemplo, cierta cantidad de agresividad y frustración podría ser evitada fácilmente mediante la decisión de no aceptar más casos adicionales. Esto podría suceder porque hemos decidido establecer unos límites en relación con el número óptimo de casos con los que queremos trabajar. La evitación del exceso de trabajo nos permite establecer un equilibrio en lo referente a dedicarle un tiempo a la familia y los amigos, además del trabajo. Uno de los autores de este libro solía trabajar viendo casos hasta las diez y media de la noche, perdiendo oportunidades de estar con la familia y sintiéndose muy cansado mientras veía al último paciente de la noche. El resentimiento fue a más hasta que tomó la decisión de no ver ningún caso después de las nueve de la noche. Ello supuso menos cansancio, más tiempo con la familia y menos resentimiento hacia los pacientes. También podemos considerar la posibilidad de establecer unos límites respecto del número de pacientes tratados con problemas particularmente difíciles, tales como los que presentan simultáneamente dificultades de agresividad y abuso de sustancias psicoactivas. Dado que estos pacientes pueden exigir más tiempo y competencia por parte del profesional, dichos límites nos permiten dedicarle una mayor y mejor atención a sus problemas.

Un procedimiento de huida que podemos utilizar estratégicamente consiste en derivar casos a otros profesionales cuando el tratamiento no parece ir por buen camino y los esfuerzos por progresar no han dado resultado. Podemos sugerir amablemente que podría ser valioso disponer de otra opinión. El paciente puede probar a tener una sesión con otro profesional para ver si un estilo o un enfoque diferente pueden ser más eficaces. Estos pacientes pueden seguir con nosotros hasta que se sientan cómodos haciendo la transición a otra persona. Hay veces en que simplemente la “química” no es adecuada y en ocasiones una persona o un enfoque nuevos pueden ayudar a salir del estancamiento.

*Utilizar la exposición para volvernos más hábiles en el manejo de las situaciones interpersonales difíciles.* Tal vez la mejor forma de aumentar nuestra competencia en el manejo de los pacientes problemáticos y asegurarnos de que podemos mejorar nuestras habilidades de solución de problemas, sea realizar prácticas de exposición (capítulo 12). Por ejemplo, pongamos por caso que tenemos tendencia a sentirnos agresivos cuando los pacientes se muestran críticos con nosotros y/o con otras personas. Podemos buscar a uno o dos colegas que

estén dispuestos a ayudarnos a trabajar en desarrollar habilidades para reaccionar constructivamente ante las críticas. A continuación, podemos pensar en algunas de las peores cosas que los pacientes nos hayan dicho. Le pediremos a nuestros colegas, o bien a un amigo o un familiar de confianza, que nos diga estas mismas cosas. Nos turnaremos en desempeñar el papel del terapeuta y del paciente. Nos diremos el uno al otro las críticas y practicaremos hasta lograr reaccionar de una forma que sea productiva y fortalezca la alianza terapéutica.

Por ejemplo, un paciente contrariado podría decirnos lo siguiente:

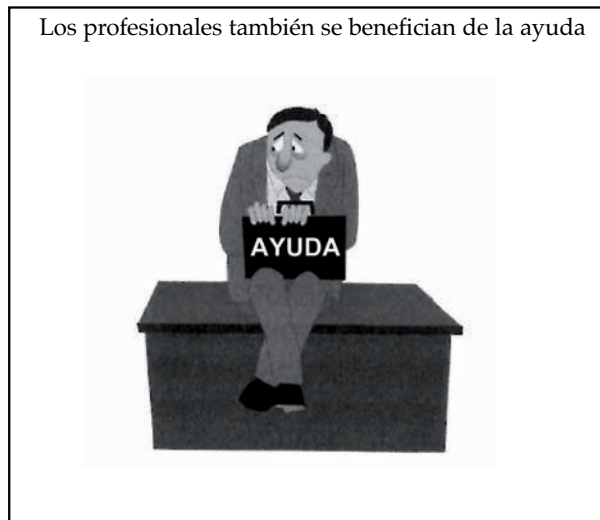
*No le importo una mierda. Usted está aquí únicamente para ganarse un sueldo.*

Aunque este tipo de declaración es difícil de encajar además de desagradable para muchos profesionales, sin embargo existen varias respuestas eficaces que podemos utilizar. El profesional podría responder diciendo:

*Suena como si estuvieses muy enfadado. ¿Podrías decirme qué fue lo que hice para darte la impresión de que me traes sin cuidado?*

Esta no es la única respuesta eficaz posible, pero sí permite progresar en dirección al restablecimiento de la alianza terapéutica con el paciente. Podemos practicar con nuestros colegas la generación de diversas reacciones eficaces frente a las críticas severas.

**Figura 17-1.**



Cuando hagamos un ejercicio de exposición como éste, es importante imitar el lenguaje, el tono de voz y la postura corporal del paciente que formula la declaración real. Recordemos que los objetivos son: (1) *la habituación a las críticas severas* y (2) *el desarrollo de nuevas habilidades de reacción*. Es importante que escuchemos las observaciones duras formuladas de una manera enérgica y a continuación mantengamos la compostura. No nos hacemos ningún favor a nosotros mismos ni a nuestros colegas siendo educados y utilizando palabras suaves. Además, *la repetición es crucial*. No basta con practicar el oír las observaciones negativas una o dos veces. Hemos comprobado que la práctica semanal durante las supervisiones, encaminada a aprender a reaccionar a las observaciones difíciles que formulan los pacientes, es extremadamente útil para el desarrollo de la competencia y la confianza del profesional.

## ESTRATEGIAS PARA ACEPTAR

---

Hacer psicoterapias de cualquier tipo es una labor difícil y desafiante. Así, la *actitud* del profesional a la hora de pensar en los pacientes, en sus progresos y en la interrelación durante las sesiones, puede influir enormemente en el funcionamiento emocional del terapeuta. Pensar correctamente y con realismo, y fomentar la aceptación y una visión filosófica flexible, fueron cuestiones tratadas en los capítulos 13 y 14. Aunque generalmente solemos pensar en desarrollar estas habilidades en los pacientes, las mismas también son relevantes para los que realizamos una labor clínica. Además, incluso en las mejores circunstancias, ocasionalmente los profesionales cometen errores, presionan con demasiada severidad a los pacientes y no escuchan debidamente. Creemos que en estos casos el hecho de aceptar nuestros errores y pedir disculpas a los pacientes cuando ello sea apropiado tiene sus ventajas. Las estrategias relacionadas con la aceptación incluyen:

*Fomentar una visión filosófica realista, de aceptación, flexible y menos exigente respecto de nuestros pacientes.* Cuando se les pregunta a los profesionales: “¿Qué es lo que quiere para sus pacientes?”, suelen responder algo así como: “Disminuir sus conflictos, su agresividad y sus conductas negativas”. En resumen, queremos *cambiar* a nuestros pacientes. Ello es admirable. Pero desgraciadamente, como ya hemos señalado muchas veces, son muchos los pacientes que no quieren cambiar. Y aunque utilicemos todas las estrategias de este manual, algunos pacientes no avanzarán. De modo que sería recomendable que adoptásemos una actitud flexible y de aceptación frente a los resultados del tratamiento.

Por supuesto, *es difícil aceptar* cuando vemos que nuestros pacientes toman decisiones contraproducentes y no responden a nuestras intervenciones. Lo que pedimos es que se tome en consideración lo que en realidad es más bien evidente: el resultado de un tratamiento es bastante impredecible. Aunque utilicemos todas las herramientas a nuestra disposición, tengamos mucha experiencia clínica, analicemos los datos de la investigación acerca de intervenciones específicas y consultemos con los colegas, continúa siendo difícil saber en las primeras etapas del tratamiento cuáles de nuestros pacientes saldrán adelante. Los dos autores de este libro se han visto humillados muchas veces por hacer predicciones pesimistas acerca de determinados pacientes y sorprenderse agradablemente de que finalmente se desarrollaran bastante bien. Por supuesto, lo contrario también ha resultado ser cierto en ocasiones. Otros pacientes, a pesar de haber dado la impresión desde el principio de poseer muchos indicadores positivos a favor de un buen pronóstico, eventualmente obtienen pobres resultados.

Desgraciadamente, las estrategias y las tecnologías en el ámbito de la salud mental no son tan precisas como las de otros oficios y profesiones, y no podemos hacer las predicciones exactas que son propias de otras ciencias como la física o la química. De modo que, por muy buenos que seamos, estamos condenados a experimentar muchísimos fracasos y decepciones. Ello no significa que nos tengamos que dar por vencidos. Antes bien, quiere decir que acabamos por aceptar lo impredecible de los resultados de nuestro trabajo si tenemos la intención de mantenernos libres de agresividad y mentalmente sanos. (Conviene señalar que con frecuencia los físicos y los químicos tampoco son capaces de predecir los resultados con certeza. De hecho, fue un físico –Werner Heisenberg– quien descubrió que el mero hecho de *observar* un fenómeno físico modifica el resultado. Ni que decir tiene que ello es igualmente cierto en el ámbito de las ciencias humanas y de las actividades profesionales asociadas a las mismas).

Tal vez fuera el terapeuta gestáltico Fritz Perls (1969) quien mejor reconoció la independencia de los seres humanos. Aunque no estaba particularmente interesado en el estudio de la relación profesional-paciente, dijo:

*Yo me dedico a mis cosas y tú a las tuyas.  
No estoy en este mundo para vivir a la altura de tus expectativas,  
y tú no estás en este mundo para vivir a la altura de las mías.  
Tú eres tú y yo soy yo,  
y si por casualidad coincidimos – mejor que mejor.  
Y si no, qué le vamos a hacer.*

Por lo que respecta a la relación profesional-paciente, otra forma de aplicar lo que Perls decía sería recordar que muchos pacientes suelen “ir a su propio ritmo” y al de *sus* propias dificultades y al de *sus* propias luchas. Como profesionales, nos limitamos sin más a movernos a su lado.

Desgraciadamente, algunos profesionales ven a sus pacientes casi como unas marionetas. Erróneamente creen que aquellos a quienes dedican su labor *tienen la obligación*, con toda seguridad y absolutamente, de someterse a las estrategias para reducir la agresividad sugeridas en las sesiones, siempre que las expliquen cuidadosamente, las desarrollen colaboradoramente, y prometan las oportunas recompensas sociales a cambio de la obediencia. De hecho, el profesional puede haber hecho todo esto correctamente y sin embargo cierto porcentaje de pacientes seguirá sin responder. Esta es la razón por la que nos será de mucha utilidad desarrollar una actitud de aceptación de la realidad.

Una de las mejores formas de desarrollar esta actitud de flexibilidad y de aceptación de la realidad consiste en practicar el pensamiento racional, de acuerdo con el modelo de la TREC de Albert Ellis. Consideremos el caso de Frank, que trabaja como profesional en una clínica para pacientes externos, y que estaba tratando a Paul, un marido agresivo. Paul solía descontrolarse con frecuencia, acusaba a su mujer de ser descuidada y despreocupada, y sospechaba que tenía una aventura extramatrimonial. Frank lo había hecho todo correctamente. Decidió que Paul estaba ya en disposición de trabajar su agresividad. En la fase de preparación, se concentró en desarrollar una alianza firme y ayudó a Paul a aumentar su conciencia respecto de los componentes de sus episodios de agresividad. En lo referente a las estrategias de cambio, Frank le enseñó a Paul habilidades de relajación e idearon conjuntamente algunas formas adecuadas de utilizar la evitación y la huida en los momentos en que la agresividad pareciera ser inminente y potencialmente destructiva. Sin embargo, cuando Frank introdujo la estrategia adicional de utilizar la exposición en la imaginación para ayudar a Paul a manejar más eficazmente sus rumiaciones, fueron pocos los progresos. El paciente se mostraba reticente a ensayar visualizaciones relacionadas con dos situaciones muy perturbadoras: la despreocupación de su mujer y sus propios pensamientos invasores acerca de su supuesta infidelidad. Al cabo de varias sesiones de intentar persuadir al paciente para que realizase las prácticas de exposición, Frank se sintió sumamente frustrado y agresivo. Acusó a Paul de no querer mejorar y de socavar la efectividad del programa de tratamiento.

El cuadro que aparece más adelante muestra los pensamientos irracionales que constituían a generar la agresividad de Frank, así como los pensamientos racionales que generarían menos agresividad y una actitud más realista y flexible hacia el tratamiento.

Pensamientos irracionales que conducen a la agresividad	Pensamientos racionales que conducen a la aceptación de la realidad y a la flexibilidad
<p>1) Es <i>horrible</i> que Paul continúe poniéndose agresivo cuando piensa en su casa y en su mujer. Y además, es <i>terrible</i> que Paul ni siquiera intente hacer las prácticas de exposición. ¿Cómo demonios voy a ayudarlo si se niega a hacer lo que le pido?</p>	<p>Es <i>desagradable</i> que Paul continúe poniéndose agresivo cuando piensa en su mujer. Y además, es <i>sorprendente e inesperado</i> que no haya accedido a realizar las prácticas de exposición. Los pacientes no siempre responden a todas las intervenciones. Este parece ser uno de esos casos.</p>
<p>2) <i>No puedo tolerar</i> la falta de progresos de Paul ni su negativa a intentar hacer la exposición. Trato de ayudarlo todo lo que puedo. Ya <i>no lo aguanto</i> más.</p>	<p>Me cae bien Paul y <i>me gustaría</i> que mejorase. Pero, aun en el caso de que no mejore jamás, puedo <i>aceptar</i> el resultado. <i>Sencillamente no me gustará.</i></p>
<p>3) Paul <i>debería</i> mejorar desde ahora mismo. Lo estoy haciendo todo correctamente. Paul <i>tiene la obligación</i> de responder.</p>	<p>No existe ninguna razón por la que Paul deba ni tenga la obligación de responder. Pero lo cierto es que yo <i>predije</i> que respondería. Supongo que me equivoqué.</p>
<p>4) Paul es un <i>estúpido</i>. ¿Es que no es capaz de ver que su mujer es como es y que siempre ha sido descuidada? Además, ¿no puede ver que, aun en el caso de que ella decidiera abandonarle, él sobrevivirá? Podrá tolerar esta eventualidad perfectamente. Pero se comporta como si fuera el fin del mundo. ¡Paul es tonto de remate!</p>	<p>Paul es una <i>persona compleja</i>, como todos nosotros. Es inteligente y ha respondido bastante bien en varios sentidos, pero en otros no, aunque parece estar de acuerdo con nuestro plan concebido de mutuo acuerdo. Bueno, en realidad no existe forma alguna de valorar a Paul en su totalidad; tan sólo su respuesta a cada una de las intervenciones.</p>

Una forma de que los profesionales practiquen y logren finalmente interiorizar una filosofía más realista y flexible consiste en utilizar los *Formularios para el Análisis Racional-Emotivo-Conductual de la Agresividad y la Modificación de los Pensamientos Automáticos Relacionados con la Agresividad* presentados en los capítulos 13 y 14. Al igual que otras habilidades, lo más probable es que la repetición conduzca al éxito. Recomendamos revisar frecuentemente nuestro archivo de casos y utilizar estos formularios como guías para cambiar nuestra forma de pensar, alejándonos de las creencias distorsionadas e inflexibles y progresando en dirección a otras que sean más racionales y productivas.

*Practicar el perdón / las disculpas con los pacientes.* Dado que la agresividad afecta negativamente a las relaciones interpersonales, es importante restablecer los



contactos que hayan podido resultar dañados por las emociones negativas. Esto se aplica igualmente a la relación terapéutica.

Nuestros pacientes hacen algunas cosas muy negativas y nosotros podemos reaccionar con enfado, agresividad o rabia manifiesta. Tal vez no mostremos nuestra alteración abiertamente. Pero ello afectará a la alianza terapéutica. Dependiendo del contexto, puede que los profesionales tengan que trabajar con ladrones, paidófilos, maridos que maltratan a sus mujeres, asesinos, pirómanos, traficantes de drogas y demás gente de mala fama. Pacientes como éstos se dan en todas partes y sus conductas deshonestas y dañinas suelen iniciarse en la niñez. Los profesionales de la salud mental que trabajan en la enseñanza pública, en la universidad y en el ámbito del enjuiciamiento criminal suelen ver casos muy difíciles. Los casos de fraude industrial son perjudiciales para el público en general, dado que los daños pasan de unas personas a otras a través del precio de los productos. Existen además muchos casos en los que la gente ha perdido los ahorros de toda una vida debido a la deshonestidad de los ejecutivos empresariales (por ejemplo, el escándalo de la Compañía Enron descubierto en el 2001). Tales casos suscitarán de forma natural sentimientos agresivos en los profesionales. Este es el momento propicio para practicar algunos de los principios relativos al perdón descritos en el capítulo 15.

Estamos convencidos de que es importante que la sociedad haga todo lo posible por corregir o castigar los actos desadaptativos. No sería prudente aceptar, excusar, olvidar, ni justificar los estilos de comportamiento antisociales. Pero el hecho de condenar a la persona como un todo interferirá las intervenciones terapéuticas. Recomendamos, pues, que los profesionales piensen en las causas de tales actos e incluso que discutan los casos difíciles (con cuidado de proteger la confidencialidad del paciente) con sus colegas, sus estudiantes y demás personas. El perdón tiene lugar cuando se reconoce que los pacientes no son “malos” en el sentido más amplio de la palabra, sino que, antes bien, son instrumentos de su historia de aprendizaje, de la biología y de la genética, como todos sin excepción. El desprendernos de cualquier vestigio de condena global que podamos tener hacia sus actos nos permitirá desarrollar mejores programas de intervención para ellos y en última instancia ello le prestará un mejor servicio a toda la sociedad.

También queremos resaltar que los profesionales son humanos. ¿No? De modo que sin lugar a duda alguna cometemos errores cuando hacemos terapias (¡por supuesto!). Y además, podemos tener dificultades a la hora de satisfacer las expectativas de los pacientes. Podemos llegar con retraso u olvidarnos de alguna cita previamente acordada, tener conflictos con los horarios, problemas

a la hora de devolver a su debido tiempo las llamadas telefónicas, no escuchar con atención o decir algo que demuestra una falta de delicadeza. Cuando suceden estas eventualidades, los profesionales podemos tender a minimizar nuestra propia culpabilidad, o pensar que el paciente es demasiado sensible a los errores, o que no es quién para juzgarnos. Obviamente, la mayoría de las veces estas actitudes suelen ser las mismas que intentamos modificar en nuestros pacientes. *Una mejor forma de manejar nuestros propios errores consiste en acostumbrarnos a pedir disculpas a los pacientes cuando seamos conscientes de que nos hemos equivocado.* Las disculpas transmiten algunos mensajes importantes. Primero, permiten modelar la capacidad de asumir la responsabilidad de nuestros propios actos. Segundo, demuestran que somos unas personas falibles que aceptamos que cometemos errores. También transmite el mensaje de que nos preocupan los pacientes y somos empáticos, aunque tengamos nuestros fallos. En última instancia, las disculpas impiden que el resentimiento se acumule y permiten reparar la ruptura de la alianza terapéutica.

Por supuesto, en casos altamente excepcionales las disculpas pueden poner en peligro nuestra reputación, en el supuesto de que en un futuro se interpusiera alguna queja contra nosotros ante las autoridades civiles o profesionales. El paciente que dice “¡El Dr. Jones sabía que estaba equivocado! ¡Incluso me pidió disculpas!” puede, si se presenta el caso, argumentarlo en nuestra contra en una sociedad tan amante de los litigios como la nuestra. Sugerimos consultar con colegas y especialistas autorizados acerca de la ética de nuestra profesión, con el propósito de orientar nuestra propia línea de acción en los momentos en que las disculpas parezcan ser adecuadas.

## PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

---

Como hemos venido observando durante todo este libro, la reducción de la agresividad es un proceso largo que requiere un compromiso constante para modificar los estilos de pensamiento y de comportamiento que suelen haber permanecido inalterados a lo largo de años de práctica. Aprender a manejar mejor nuestras propias reacciones agresivas en el ejercicio de nuestra profesión no va a ser un proceso uniforme y lineal. Es probable que tengamos los mismos altibajos que los pacientes. Así pues, aunque hagamos nuestros progresos, conviene que aceptemos los tropiezos y los errores como algo normal.

Como profesionales, el reconocimiento de nuestras propias situaciones personales de alto riesgo constituye el primer paso para prevenir las futuras recaídas y

consolidar las ganancias. Dedicemos algún tiempo a considerar estas situaciones que estén más asociadas a la agresividad y a desarrollar estrategias para afrontar cada una de ellas. El cuadro que aparece más abajo ilustra este proceso a propósito de uno de los autores de este libro. En este caso, la agresividad venía suscitada por el hecho de que los pacientes faltaran a las sesiones o dieran por finalizado el tratamiento sin ninguna explicación. En estas situaciones, el profesional solía tratar de contactar con el paciente por teléfono para hablar de la situación. Esto rara vez solía derivar en un resultado productivo. Los pacientes en cuestión solían no volver a terapia y parecía menos probable que pudieran volver a llamar en un futuro después de haber sido confrontados con su forma de actuar. Obviamente, la agresividad hacia los pacientes no ayudaba a mejorar la situación y era preciso encontrar otra forma de afrontar estas situaciones.

Finalmente, el desarrollo de una atmósfera de apoyo y aceptación entre colegas puede ser de utilidad para fortalecer y mantener los progresos en la reducción de la agresividad y manejar los casos difíciles. Esto se aplica tanto a los profesionales noveles como experimentados. Las discusiones de casos o las sesiones de supervisión semanales suelen ser habituales en muchos encuadres.

<b>Conductas de los pacientes asociadas a la agresividad del profesional</b>	<b>Formas mejores de abordar estos desencadenantes</b>
1) Los pacientes faltan a la sesión previamente acordada; no llaman para cancelarla.	No te lo tomes como algo personal. Trabaja tus propias creencias que exigen que las sesiones deben mantenerse a toda costa. En lugar de ponerte agresivo, formula unas normas claras de cancelación como, por ejemplo: “Los pacientes están obligados a pagar las sesiones canceladas, a menos que lo adviertan con 24 horas de antelación”. Redacta una hoja de información para el paciente en la que se expliquen claramente estas normas.
2) Los pacientes no discuten la posibilidad de finalizar el tratamiento, sino que dejan de venir sin dar ninguna explicación.	Tampoco te lo tomes como algo personal. Trabaja las creencias asociadas a la propia competencia profesional. En lugar de llamar, envía una carta atenta y previsoras que enfatice que el paciente siempre será bien recibido en el caso de que decidiera reanudar el tratamiento.

Desgraciadamente, existen algunos entornos laborales que no brindan ningún tipo de supervisión o *feedback*. En ocasiones, los profesionales que carecen de las oportunas relaciones colegiales encuentran alguna forma original de compensar esta carencia. Por ejemplo, conocemos a varios profesionales independientes que acuden quincenalmente a grupos de apoyo dirigidos a trabajadores de la salud mental. Otros pagan por tener sesiones puntuales de supervisión con colegas más experimentados.

Nuestra labor como profesionales de la salud mental es difícil, con muchos desencadenantes de agresividad potenciales relacionados con estresores que “forman parte” de nuestro trabajo. La falta de atención a nuestras propias reacciones agresivas ejercerá un impacto negativo sobre nuestra eficacia real y sobre el sentido de nuestra propia eficacia. Conviene, pues, que pensemos en la forma de aplicarnos a nosotros mismos los cuatro componentes del programa para el manejo de la agresividad. El hecho de prepararnos para *abordar más eficazmente* nuestra propia agresividad, de pensar en la forma de *minimizarla*, de dedicarnos a desarrollar estrategias de *cambio y aceptación* con respecto a nuestras reacciones agresivas hacia los pacientes, y de ser conscientes de que es probable que el manejo de nuestra propia agresividad constituya una *tarea de por vida*, nos permitirá avanzar considerablemente en dirección a nuestro crecimiento como profesionales de la salud mental y como personas.



# **Séptima Parte**

## **EJEMPLOS DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO**



# Posibles aplicaciones del programa de tratamiento para el manejo de la agresividad

## 18

*Cuando pretendemos construir algo,  
primero inspeccionamos el terreno y después trazamos el modelo*

William Shakespeare

En este libro hemos presentado un modelo descriptivo y explicativo de los episodios de agresividad con el propósito de ofrecer una base común de conocimientos para los profesionales y los pacientes. Ello permite disponer de una comprensión conjunta de los componentes de la agresividad, incluidos los costes asociados a las experiencias agresivas. El modelo del episodio de agresividad es la base sobre la que se construye el programa de tratamiento. Se entiende que el tratamiento en sí mismo consta de cuatro fases diferentes: *preparación, cambio, aceptación y prevención de recaídas*. Se describieron en detalle algunas de las posibles estrategias e intervenciones para cada una de estas fases. Aunque los capítulos fueron redactados pensando en pacientes adultos, las diferentes estrategias pueden ser adaptadas para su aplicación a niños y adolescentes. Para los profesionales cuya labor se centra en pacientes más jóvenes, recomendamos igualmente la obra de Feindler y colaboradores (Feindler, 1995; Feindler & Ecton, 1986).

Conscientes de que es probable que un modelo único no sea apropiado para todos los pacientes, decidimos en su momento no exponer un enfoque de tratamiento sesión por sesión. Esta decisión se basó en las observaciones recibidas cuando presentamos nuestro programa para la reducción de la agresividad en varios seminarios de formación y encuentros profesionales. Quedó patente que los profesionales trabajan en una amplia variedad de contextos terapéuticos con muy diferentes objetivos y recursos. Las estrategias sugeridas parecen prestarse a ser aplicadas en determinados entornos y no en otros. Existe además una variabilidad significativa en lo referente a la educación y la formación de los profesionales. Así, puede que los profesionales se sientan más cómodos con determinados tipos de técnicas que con otras.



Nuestro programa pretende ser un marco de trabajo desde el que los profesionales puedan seleccionar las estrategias que mejor encajen con sus pacientes, con el encuadre terapéutico y con sus propias preferencias individuales. Aunque alentamos a los profesionales a elegir intervenciones que abarquen las cuatro fases del tratamiento, la cuestión de qué estrategias específicas aplicar a cada caso en particular y de cuánto tiempo se debe emplear en cada una de las fases, se deja al juicio del profesional. Alentamos a utilizar este manual para confeccionar programas individualizados para el manejo de la agresividad concebidos para cada uno de los pacientes en particular.

Naturalmente, la selección de estrategias y de intervenciones para cada caso particular requiere una atenta consideración. Presentaremos, pues, a continuación algunas sugerencias para adaptar el programa a diferentes situaciones o contextos terapéuticos. Sobre la base de nuestras propias experiencias, ofreceremos ejemplos de directrices para el tratamiento, con el fin de ilustrar los distintos objetivos. En esta sección hemos tratado de clarificar algunas de las preguntas más habituales que se plantean los profesionales cuando tienen que confeccionar programas de intervención para sus pacientes agresivos.

## APLICACIONES AL TRATAMIENTO EN GRUPO

---

La información presentada en este manual fue escrita pensando principalmente en los profesionales que tratan a los pacientes en el formato individual. Ahora bien, buena parte de los tratamientos –especialmente en contextos institucionales, como cárceles, hospitales y colegios– se llevan a cabo en un formato grupal. Así pues, una pregunta habitual es: “*Estoy llevando un grupo para el tratamiento de la agresividad y quiero confeccionar un programa eficaz. ¿Qué debo hacer?*”.

Las técnicas descritas pueden adaptarse fácilmente a un formato grupal que seguiría el mismo modelo básico de tratamiento: *preparación, estrategias de cambio, aceptación y prevención de recaídas*. Subyacente al programa estaría la misma filosofía de que la motivación se acrecienta por el hecho de compartir una base de conocimientos y de que el cambio es el resultado de la práctica reforzada. Por ejemplo, *preparar* a los miembros del grupo de cara a modificar activamente sus reacciones agresivas puede ser el objetivo principal de las primeras tres o cuatro sesiones de grupo. Los temas de la discusión grupal pueden consistir en definir la agresividad, desarrollar la comprensión de los componentes de los episodios de agresividad, hacer autorregistros (con el *Registro de los Episodios de Agresividad*, el *Formulario de Autorrevisión de la Agresividad* y el *Cuestionario de*

*Experiencias Vitales*) y desarrollar la toma de conciencia de las consecuencias asociadas a las reacciones agresivas. De hecho, los propios miembros del grupo suelen ser de ayuda a la hora de darse *feedback* unos a otros acerca de las consecuencias potenciales de los episodios de agresividad. En nuestra propia observación de grupos hemos encontrado que el mayor error que cometen los profesionales consiste en pasar con demasiada precipitación a las intervenciones activas sin dedicar el tiempo suficiente a desarrollar la motivación y el impulso en dirección al cambio.

También se pueden seleccionar varias *estrategias de cambio* como objetivo de los encuentros grupales. Conviene, por supuesto, que los profesionales tomen en consideración las limitaciones de tiempo y la forma en que muchas de las intervenciones sugeridas podrían ser razonablemente discutidas, practicadas y revisadas durante la vida del grupo. Por consiguiente, y dependiendo de la duración del grupo, recomendamos seleccionar una o dos intervenciones en esta fase del tratamiento. Hemos encontrado que el modelo de solución de problemas presentado en el capítulo 11 se presta muy bien al formato de grupo. Los miembros del grupo pueden identificar individualmente situaciones en curso que estén asociadas a la agresividad, y realizar los diferentes pasos de la solución de problemas al tiempo que reciben *feedback* de los demás. Aprender a manejar y reducir el nivel de activación física (capítulo 9) también se puede hacer en un formato grupal, pero es probable que tenga más éxito con adultos que con niños o adolescentes. Respecto de la exposición, hemos hecho que los pacientes confeccionen individualmente sus propias escenas de exposición dentro de un contexto grupal y las compartan con los restantes miembros del grupo a fin de recibir *feedback*. Los ensayos de exposición se suelen asignar como tarea para casa. Las reacciones a los ensayos de exposición se discuten en sucesivos encuentros grupales (Grodnitzky & Tafrate, 2000). Todavía no hemos probado a incorporar la exposición *in vivo* a las críticas en un contexto grupal, donde los participantes se lanzarían observaciones mordaces los unos a los otros. Los profesionales deben considerar cuidadosamente el riesgo potencial de que los miembros del grupo reaccionen agresivamente entre sí y creen una atmósfera que aumente la probabilidad de que se den algunos altercados. Necesitamos disponer de datos de investigación sobre la aplicación sistemática de métodos *in vivo* como un tratamiento grupal específico para pacientes con trastornos de agresividad.

Las *estrategias de aceptación* también pueden ser manejadas en los encuentros grupales. Una vez más, no es necesario abarcarlas todas y los profesionales pueden seleccionar las que parezcan más apropiadas dependiendo de la composi-

ción del grupo. Ciertamente, el tema del perdón permite introducir una discusión que favorece la reflexión en el caso de que algunos miembros del grupo hayan experimentado el beneficio del perdón y puedan compartir sus experiencias personales con otros de los miembros, que puede que continúen centrados en las ideas de venganza y de revancha.

Se recomienda dedicar las dos últimas sesiones a la *prevención de recaídas*. Los miembros del grupo pueden identificar situaciones de alto riesgo y ayudarse unos a otros a desarrollar planes para afrontarlas. También se puede establecer algún arreglo relativo a las subsecuentes sesiones ocasionales o reuniones de seguimiento.

Existe una variabilidad significativa en lo referente a la forma de concebir los grupos. Algunos establecen un punto de partida y un punto final para todos los participantes (grupos cerrados), mientras que otros tienen una política de admisiones constantes y es posible admitir nuevos miembros en cualquier momento (grupos abiertos). Dado que el presente programa se desarrolla a lo largo de cuatro fases de tratamiento claramente diferenciadas, puede ser problemático tener a los miembros del grupo trabajando en diferentes fases al mismo tiempo. Nos inclinamos, pues, por los grupos *cerrados*. Ahora bien, una vez que los participantes hayan aprendido algunas de las habilidades básicas y hayan completado un programa de tratamiento que abarque las cuatro áreas, podría ser útil formar un grupo *abierto* de seguimiento para continuar garantizando el apoyo y ocuparse de intervenciones adicionales que no fueran tratadas la primera vez. La estructuración del grupo de manera que satisfaga las necesidades de los pacientes y las del organismo mediador, constituye el primer paso.

A continuación esbozamos una muestra de un programa de tratamiento grupal en 12 sesiones de hora y media de duración y con un promedio de diez participantes. Obviamente, en el caso de que las sesiones grupales sean más breves o de que haya más participantes, habrá que modificar el programa con el propósito de cubrir menos materia.

### **Sesión 1** (*Preparación*)

Se define la agresividad, la hostilidad y la agresión con los miembros del grupo. Se comparten ejemplos de cada uno de estos conceptos extraídos de la vida real. Se concentra la atención en los efectos de la agresividad sobre la conducta motriz y la percepción de posibles soluciones a los problemas vitales (esto es, la Ley de Yerkes-Dodson). Se utiliza el *Termómetro de la Agresividad* (capítulo 1) para ayudar a los miembros del grupo a desarrollar un vocabulario común aplicado a las experiencias de intensidad variable.

**Sesión 2 (Preparación)**

Se presenta el modelo explicativo del episodio de agresividad. Se pide a los participantes que identifiquen un episodio de agresividad reciente y rellenen un *Registro de los Episodios de Agresividad* en la reunión de grupo. Las consecuencias de la agresividad para cada uno de los miembros del grupo se clarifican a lo largo de la discusión. Como tarea para casa se asigna rellenar el *Cuestionario de Experiencias Vitales* y un nuevo ejemplo de *Registro de los Episodios de Agresividad*.

**Sesión 3 (Preparación)**

Se revisan los *Registros de los Episodios de Agresividad*, enfatizando los costes asociados a la agresividad. Los miembros del grupo y el profesional discuten otros de los posibles costes adicionales de la agresividad. Como tarea para casa se asigna nuevamente rellenar un nuevo ejemplo de *Registro de los Episodios de Agresividad*.

**Sesión 4 (Cambio)**

Se revisan los *Registros de los Episodios de Agresividad*, enfatizando los síntomas físicos experimentados. Se discute el papel que desempeña la activación física en la agresividad, como una base lógica para introducir la relajación muscular progresiva. Se les enseñan a los pacientes las habilidades de relajación. Como tarea para casa se reparten grabaciones con las instrucciones para la relajación (que fueron realizadas previamente sirviéndose del guión esbozado en el capítulo 9).

**Sesión 5 (Cambio)**

Los pacientes informan de sus experiencias con la relajación muscular progresiva. A continuación, se dedica otra sesión de grupo a la relajación. Se expone a los miembros del grupo la base lógica para introducir la exposición en la imaginación (visualización). Se ofrecen directrices para la confección de las escenas de agresividad. Como tarea para casa se pide a los pacientes que hagan un primer borrador de las escenas de agresividad.

**Sesión 6 (Cambio)**

Los pacientes leen sus escenas de agresividad y reciben *feedback* del profesional y de los restantes miembros del grupo. Las sugerencias se incorporan a las escenas. Se pide a los pacientes que practiquen individualmente en la imaginación sus escenas de agresividad. A continuación, comparten sus experiencias con los miembros del grupo. Como tarea para casa se asigna ensayar las escenas de agresividad en la imaginación y aplicar las habilidades de relajación.

**Sesión 7 (Cambio)**

El grupo se concentra en la discusión relativa a la práctica de la exposición en la imaginación junto con la relajación. A continuación se presenta el modelo

de solución de problemas y se ejemplifica mediante la aplicación del modelo a diferentes situaciones agresivas actuales. Como tarea para casa, se pide a los pacientes que formulen por escrito los diferentes pasos de la solución de problemas en relación con una situación personal actual de agresividad.

### **Sesión 8** (*Cambio*)

Se revisan y discuten las tareas de solución de problemas. En el caso de los pacientes que no hicieran la tarea para casa, se realiza la solución de problemas en el grupo. Como tarea para casa, se asigna rellenar un nuevo *Registro de los Episodios de Agresividad*.

### **Sesión 9** (*Aceptación*)

Se revisan los *Registros de los Episodios de Agresividad*, enfatizando el segmento relativo a los pensamientos. Se discute el papel desempeñado por los errores cognitivos y las malinterpretaciones en relación con algunos episodios de agresividad específicos. Se revisan las técnicas para fomentar las valoraciones cognitivas adecuadas y realistas. Como tarea para casa, se asigna rellenar el *Formulario para la Modificación de los Pensamientos Automáticos Relacionados con la Agresividad* (capítulo 13).

### **Sesión 10** (*Aceptación*)

Se revisan los *Formularios para la Modificación de los Pensamientos Automáticos*. Se pide a los pacientes que expongan sus pensamientos automáticos personales al grupo, y los restantes miembros del grupo ayudan a generar formas alternativas de pensar que sean más realistas en relación con las situaciones expuestas. Como tarea para casa, se pide a los participantes que rellenen un *Formulario para el Análisis Racional-Emotivo-Conductual de la Agresividad* (capítulo 14).

### **Sesión 11** (*Aceptación*)

Se revisan los *Formularios para el Análisis Racional-Emotivo-Conductual de la Agresividad*. Se hace que cada uno de los miembros del grupo discuta los pensamientos relacionados con cada uno de los desencadenantes, con la atención puesta en enfatizar por qué los pensamientos alternativos son racionales.

### **Sesión 12** (*Prevención de recaídas*)

Los pacientes identifican y discuten situaciones de alto riesgo. Los miembros del grupo comparten sus ideas para afrontar eficazmente las situaciones potencialmente provocativas expuestas. Se revisan los planes para prevenir las recaídas y el profesional y los miembros del grupo ofrecen *feedback*. También se lleva a cabo una revisión general de las habilidades enseñadas en el grupo. Se planifican las sesiones de seguimiento.

## CONTEXTOS JUDICIALES: PRISIONES, INSTITUCIONES ALTERNATIVAS A LOS CENTROS DE RECLUSIÓN, Y CENTROS DE LIBERTAD CONDICIONAL

---

Los programas para reducir la agresividad están ampliamente extendidos a lo largo de toda una variedad de contextos relacionados con el enjuiciamiento criminal. Lo más habitual es que el tratamiento se realice en un formato grupal, de modo que las sugerencias ofrecidas anteriormente a propósito de la terapia de grupo también son apropiadas para estos contextos. Ahora bien, en las instituciones penitenciarias existe obviamente un interés en mantener la seguridad y reducir las agresiones entre los internos. Así pues, la reducción de la agresividad suele contemplarse como un objetivo valioso entre los funcionarios de prisiones, dado que es probable que el hecho de ayudar a los presos a controlar su agresividad reduzca los altercados entre los internos así como los ataques peligrosos al personal.

Una de las preocupaciones de los profesionales que trabajan en prisiones es que las técnicas más efectivas aplicadas al asesoramiento y la psicoterapia de los pacientes externos pueden no ser fácilmente aplicables en instituciones u organismos penitenciarios. Una pregunta habitual sería: *“¿Es posible utilizar estas intervenciones con las poblaciones de delincuentes?”*.

Los contextos relacionados con el enjuiciamiento criminal plantean cierto número de obstáculos a los tratamientos productivos. Por ejemplo, en estos contextos puede haber una proporción más amplia de pacientes coaccionados a entrar en tratamiento, o puede que elijan participar en ellos porque los centros de libertad condicional contemplan más favorablemente a los internos que se inscriben en programas de intervención, o puede que escojan un programa bajo la amenaza de otro tipo de sanciones. Es probable, pues, que estos pacientes estén menos interesados personalmente en reducir su agresividad. No obstante, es posible adaptar muchas de las estrategias presentadas para acomodarlas al funcionamiento de los organismos relacionados con el enjuiciamiento criminal y su población de pacientes procesados.

La evaluación previa a la admisión a los programas de tratamiento puede ser de utilidad a la hora de determinar si el paciente está o no suficientemente motivado a cambiar. Recomendamos que se intente descartar a los pacientes procesados que estén extremadamente desmotivados o, cuanto menos, crear grupos separados para los pacientes procesados que parezcan estar más y menos motivados.

La evaluación desempeña igualmente un papel crucial a la hora de identificar a los pacientes procesados con rasgos antisociales significativos y trastornos psicopáticos, que no es probable que respondan positivamente a ningún tipo de tratamiento. Además, dado que el tratamiento de la agresividad dentro del sistema de enjuiciamiento criminal se suele realizar habitualmente en un formato grupal, los pacientes psicopáticos pueden ser muy perjudiciales e interferir a otros internos que estén sinceramente motivados a cambiar sus reacciones agresivas. Es mejor, pues, que los pacientes que puntúen alto en los valores psicométricos relacionados con la conducta antisocial (por ejemplo, MCMI, MMPI), sean descartados.

La realización de una evaluación adecuada también es de utilidad para identificar a los pacientes procesados con una psicopatología adicional significativa. Los sujetos con trastornos de tipo psicótico, trastornos graves del estado de ánimo y/o problemas actuales relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, pueden no ser buenos candidatos al tratamiento grupal de la agresividad y requieren la introducción de intervenciones adicionales encaminadas a tratar estos problemas.

Aun habiendo realizado una buena evaluación y selección, los pacientes procesados seguirán teniendo una mayor tendencia a desconfiar de los profesionales (por ejemplo, a ver a los profesionales de la salud mental como parte del sistema penitenciario, y a cuestionar la protección de la confidencialidad y considerarla menos rigurosa). Así, es particularmente importante que dediquemos un tiempo a la fase de preparación para el tratamiento. Hemos podido observar a muchos grupos de tratamiento dentro de las prisiones y hemos encontrado que a veces los profesionales dan por sentado que los pacientes procesados están dispuestos de buen grado a implicarse de inmediato en el aprendizaje de las estrategias necesarias para cambiar. Cuando las medidas activas se presentan en la primera o segunda sesión de grupo, una amplia proporción de los participantes parecen no estar dispuestos a compartir ninguna información. A menudo da la impresión de que nadie se ha molestado jamás en hacerse la pregunta fundamental de si los participantes pensaban o no que tenían algún problema con la agresividad. El hecho de centrar las primeras sesiones en discutir qué opinan los pacientes procesados de sus propias experiencias agresivas individuales y explorar los episodios de agresividad, permite generar una base más sólida antes de pasar a las estrategias de cambio.

Una vez más, recomendamos concentrar la atención solamente en una o dos estrategias de cambio. Con demasiada frecuencia, los profesionales que trabajan en contextos relacionados con el enjuiciamiento criminal se concentran en tratar

de desarrollar todo un curso específico de tratamiento y la materia no es adecuadamente asimilada ni practicada por los pacientes procesados. Dado que nuestro programa enfatiza el desarrollo de nuevas habilidades, los pacientes necesitan tiempo para comprobar los nuevos enfoques y ensayarlos. Respecto de las estrategias de aceptación, se pueden dedicar una o dos sesiones a discutir el perdón; éste es importante porque los procesados suelen albergar resentimiento, lo que no presagia nada bueno de cara a la adaptación después de la excarcelación. Se pueden dedicar una o dos sesiones al desarrollo de nuevas habilidades. Una vez más, dependiendo de los pacientes, con frecuencia se requerirá una práctica continuada para introducir cambios más permanentes en los estilos de pensamiento.

Aunque los profesionales que trabajan en los centros de libertad condicional no es probable que realicen ningún programa completo para el manejo de la agresividad con los pacientes procesados, no obstante pueden ayudar a los pacientes a generar una mayor conciencia del impacto negativo que ejercen sus episodios de agresividad. Por consiguiente, las estrategias de preparación son sumamente aplicables a la función de los profesionales de los centros de libertad condicional. Además, dado que los profesionales que trabajan en estos contextos suelen derivar a muchos pacientes a tratamientos externos, necesitan tener una comprensión cabal de las características de un tratamiento eficaz, para saber a qué programas derivar a sus pacientes procesados y cuáles evitar. Aunque los programas de tratamiento no tienen por qué adherirse exactamente a las intervenciones expuestas en este libro, los programas eficaces utilizarán estrategias similares (Bowman-Edmondson & Cohen-Conger, 1996; DiGiuseppe & Tafrate, en prensa; Tafrate, 1995). Recomendamos, pues, que los profesionales que trabajan en los centros de libertad condicional le dediquen un tiempo a comprender los componentes de los programas de tratamiento a los que piensan derivar a los pacientes.

El ejemplo de programa que viene a continuación resume un tratamiento grupal en diez sesiones que puede ser administrado en un contexto judicial. Por contraste con el ejemplo anterior, las sesiones son sólo de una hora de duración y el grupo consta de veinte pacientes procesados. Además, tomamos en consideración el hecho de que los pacientes procesados no tienen acceso a reproductores de cassettes y es menos probable que utilicen formularios ni hagan tareas por escrito entre sesiones. Como señalamos más arriba, todos los miembros del grupo han sido previamente seleccionados, de modo que ninguno de ellos presenta una psicopatología adicional significativa, consumo de sustancias psicoactivas, baja motivación ni rasgos antisociales.



### **Sesión 1** (*Preparación*)

Se define la agresividad y la agresión y se hace que los miembros del grupo compartan ejemplos reales de cada uno de estos conceptos extraídos de sus propias vidas. Se utiliza el *Termómetro de la Agresividad* para desarrollar un vocabulario común entre los miembros del grupo y los profesionales.

### **Sesión 2** (*Preparación*)

Se discute el modelo del episodio de agresividad. Se pide a los miembros del grupo que identifiquen un episodio reciente de agresividad y rellenen un *Registro de los Episodios de Agresividad* dentro de la reunión grupal. Se clarifican las consecuencias negativas de la agresividad de los miembros del grupo. Se diferencia entre las consecuencias a corto y a largo plazo. Ahora bien, es de esperar que dado el tamaño del grupo y las limitaciones de tiempo, sólo unos pocos participantes podrán compartir sus episodios.

### **Sesión 3** (*Preparación*)

Se pide a los restantes miembros del grupo que no compartieran sus experiencias agresivas en la reunión anterior, que lo hagan ahora y las pongan en relación con el modelo del episodio de agresividad. Una vez más, a la luz de estos datos se clarifican las consecuencias negativas de los episodios de agresividad.

### **Sesión 4** (*Cambio*)

Se presentan las estrategias de evitación y huida. (Los pacientes –y tal vez el personal de la institución– probablemente responderán positivamente a este concepto diferente de “huida” en determinados contextos). Se relaciona la utilización adecuada de la evitación y la huida con las experiencias agresivas habituales de la vida real de los miembros del grupo. Se pide a los miembros del grupo que prueben a utilizar la evitación o la huida (¡de la agresividad!) entre sesiones y traigan un ejemplo en el que se sirvieran de esta estrategia. Se anuncia que estos ejemplos se discutirán en la próxima reunión.

### **Sesión 5** (*Cambio*)

Se discuten los ejemplos de evitación y huida. Señalamos las desventajas de la evitación y la huida como estrategias permanentes para afrontar la agresividad. Ello permite exponer una base lógica para el desarrollo de nuevas habilidades.

### **Sesión 6** (*Cambio*)

Se presenta el modelo de solución de problemas. Se demuestra su utilización mediante la aplicación del modelo a las situaciones agresivas actuales de varios de los pacientes. Se rellena una *Hoja de Trabajo para la Solución de Problemas* (capí-

tulo 11). Se pide a los pacientes que antes de la próxima sesión traten de aplicar los diferentes pasos de la solución de problemas a una situación agresiva actual.

### **Sesión 7** (*Cambio*)

Una vez más, se discute la relación que guardan las estrategias y habilidades de solución de problemas con las situaciones que los pacientes están experimentando.

### **Sesión 8** (*Aceptación*)

Se define y expone el concepto de perdón. Se hace que los pacientes compartan ejemplos en los que hayan utilizado el perdón. Se discuten los obstáculos a la hora de perdonar.

### **Sesión 9** (*Prevención de recaídas*)

Se pide a los pacientes procesados que identifiquen y discutan sus situaciones individuales de alto riesgo. Se pide a los miembros del grupo que compartan algunas ideas acerca de cómo abordar eficazmente las situaciones potencialmente provocativas presentadas. Se pide a cada uno de los participantes que conciben un plan para afrontar cada una de sus situaciones de alto riesgo.

### **Sesión 10** (*Prevención de recaídas*)

Se revisan los planes de los pacientes para prevenir las recaídas y los restantes miembros del grupo ofrecen *feedback*. Se expone una revisión general de las habilidades enseñadas en el grupo.

## ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

---

Parece haber una superposición significativa entre la agresividad y el abuso de sustancias psicoactivas (Tafrate, Kassinove & Dundin, 2002; Deffenbacher, 1993). Así pues, los profesionales que trabajan con pacientes que abusan de sustancias reconocerán probablemente que muchos de ellos tienen dificultades a la hora de controlar sus emociones, incluida la agresividad. Y a la inversa, los pacientes agresivos tendrán con frecuencia un historial significativo de adicción o incluso una pauta actual de consumo de sustancias psicoactivas que suponga un problema. Dado este solapamiento, los profesionales preguntan con frecuencia: “¿Cómo podría incorporar el manejo de la agresividad al tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas?”.

En primer lugar, se recomienda evaluar el historial de consumo de sustancias entre los pacientes agresivos o la presencia de un componente agresivo

perjudicial entre quienes abusan de sustancias. Los pacientes que satisfacen los criterios de dependencia puede que tengan que pasar por un programa de desintoxicación como prerrequisito para recibir un tratamiento para la agresividad. No recomendamos que el programa para la agresividad se aplique a sujetos que están abusando activamente de sustancias psicoactivas, dado que es probable que el consumo de sustancias interfiera con las reacciones emocionales y la capacidad de aprender nuevas formas de reaccionar. El abuso de sustancias puede definirse como una estrategia para evitar emociones desagradables, pensamientos dolorosos y situaciones difíciles. Dado que nuestro programa enfatiza el aprendizaje de nuevas reacciones a la hora de afrontar las dificultades de la vida, el abuso de sustancias socavarán el proceso. En la mayoría de los casos, recomendamos abordar el problema del consumo de sustancias en primer lugar.

Por supuesto, otra opción consiste en administrar un tratamiento para el abuso de sustancias y un tratamiento para la agresividad de forma simultánea. En muchos de los pacientes, los problemas emocionales pueden salir a la superficie una vez que disminuya el consumo de sustancias. Así, el hecho de llevar ambos tratamientos a un mismo tiempo puede ser productivo. Ahora bien, hemos encontrado que, por razones prácticas relativas a la eficacia, con frecuencia los profesionales dedicarán una o dos sesiones a la cuestión del manejo de la agresividad incluidas dentro de un programa de tratamiento para el abuso de sustancias. Desgraciadamente, este enfoque no dedica el tiempo suficiente al pleno desarrollo de las habilidades para el manejo de la agresividad. Así pues, suele ser necesario establecer una solución de compromiso entre dos programas completos de tratamiento (por ejemplo, para la agresividad y el abuso de sustancias).

A continuación se presenta un ejemplo resumido de un programa en 12 sesiones. Este tipo de pacientes también suelen estar recibiendo tratamiento para su dependencia del alcohol. Dado que están altamente motivados, no hace falta invertir tanto tiempo en la fase de preparación y es posible abarcar más estrategias de cambio. Además, dado que se trata de un formato de tratamiento individual, se introduce la exposición a las observaciones mordaces. Se hace también referencia al problema del consumo de sustancias. Ahora bien, como señalamos más arriba, la agresividad y el abuso de sustancias son definidos como dos problemas diferentes, cada uno de los cuales requiere un tratamiento específico. Así, el tratamiento de la agresividad se presenta y administra como un paquete de medidas independiente y completo en sí mismo, sin la pretensión de abarcar en profundidad el problema del abuso de sustancias psicoactivas.

**Sesión 1** (*Preparación*)

Se utiliza el *Termómetro de la Agresividad* para desarrollar un vocabulario común. Se presenta y se discute el modelo del episodio de agresividad. A continuación se analiza la posible relación entre las pautas de agresividad y de consumo de sustancias. Como tarea para casa, se pide rellenar un *Registro de los Episodios de Agresividad*.

**Sesión 2** (*Preparación*)

Se revisa el *Registro de los Episodios de Agresividad*. Se clarifican los costes negativos de la agresividad, señalando especialmente que la agresividad puede desencadenar el consumo de sustancias. Una vez más, como tarea para casa se le pide al paciente que rellene un nuevo *Registro de los Episodios de Agresividad*.

**Sesión 3** (*Cambio*)

Se revisa el *Registro de los Episodios de Agresividad*, enfatizando los síntomas físicos experimentados. Se discute el papel que desempeña la activación física en la agresividad y se utiliza como una base lógica para introducir la relajación muscular progresiva. Al paciente se le enseñan habilidades de relajación muscular y se le brinda una grabación que pueda utilizar para practicar entre sesiones.

**Sesión 4** (*Cambio*)

Se revisa la práctica de la relajación muscular. Se presentan las estrategias de evitación y huida. Se relaciona el uso apropiado de la evitación y la huida con los desencadenantes de la agresividad y las situaciones en las que es probable el consumo de alcohol.

**Sesión 5** (*Cambio*)

Se revisa la práctica de la relajación muscular progresiva y el uso de las estrategias de evitación y huida. Se discuten los inconvenientes de la evitación y la huida. Se presenta una base lógica para introducir la exposición. Se le pide al paciente que confeccione una lista con las declaraciones (observaciones mordaces) que con más frecuencia desencadenan la agresividad y que traiga esta lista exhaustiva para la próxima sesión.

**Sesión 6** (*Cambio*)

Se revisan las razones para introducir la exposición. El profesional y el paciente clasifican las observaciones mordaces, de la más grave a la más leve, de acuerdo con el nivel de agresividad que generan. Se identifica también el tono de voz y el lenguaje corporal de la persona que suele formularlas. Se practican con el profesional algunas de las observaciones mordaces que generen menos agresividad, hasta que generen poca agresividad en el paciente.

### **Sesión 7** (*Cambio*)

Se practican observaciones mordaces más difíciles, hasta que el paciente sienta poca o ninguna agresividad.

### **Sesión 8** (*Cambio*)

Se continúa con la práctica de las observaciones mordaces. En esta sesión, sin embargo, deben ser formuladas con un lenguaje corporal y un tono de voz más provocativos y exagerados. Una vez más, como tarea para casa se le pide al paciente que rellene un *Registro de los Episodios de Agresividad*.

### **Sesión 9** (*Aceptación*)

Se revisa el *Registro de los Episodios de Agresividad*, enfatizando el papel que desempeña el pensamiento exigente e inflexible. Como tarea para casa, se le pide al paciente que rellene el *Formulario para el Análisis Racional-Emotivo-Conductual de la Agresividad*.

### **Sesión 10** (*Aceptación*)

Se revisa el *Formulario para el Análisis Racional-Emotivo-Conductual de la Agresividad*. Se discuten algunas creencias alternativas menos exigentes y se escriben en unas tarjetas para que el paciente las practique.

### **Sesión 11** (*Prevención de recaídas*)

Se le pide al paciente que identifique situaciones de alto riesgo en relación con la agresividad. Se exponen y discuten algunas formas de abordar eficazmente las situaciones expuestas. Como tarea para casa, se le pide al paciente que confeccione por escrito un plan formal para cada una de las situaciones de alto riesgo.

### **Sesión 12** (*Prevención de recaídas*)

Se revisan los planes del paciente para prevenir las recaídas. Se ofrece una revisión general de las habilidades para el manejo de la agresividad abarcadas a lo largo del tratamiento. Se programan algunas sesiones de seguimiento.

## OBSERVACIONES CONCLUSORIAS

---

Aunque la agresividad es una emoción muy común y extendida, parece evidente que la agresividad intensa, frecuente y duradera contribuye a una gran cantidad de pérdidas y de sufrimiento humano. La agresividad constituye ciertamente un problema clínico digno de tratamiento.

A nuestro juicio, un buen tratamiento se fundamenta en una base común de conocimientos acerca de la agresividad y de la progresión que siguen los episo-

dios de agresividad. A continuación, podemos confeccionar un programa para el manejo de la agresividad ajustado al paciente individual. En primer lugar, el programa prepararía cognitivamente al paciente para la intervención, después le enseñaría habilidades para cambiar y aceptar y, por último, trataría de minimizar las posibles recaídas. Dependiendo del paciente, del encuadre y de las preferencias del profesional, todas o algunas de las estrategias presentadas podrían ser incluidas. A lo largo de todo el libro, nuestra exposición se ha centrado en pacientes adultos externos que por lo general suelen presentar un solo síntoma (por ejemplo, la agresividad) y que vienen a tratamiento de buen grado.

En este capítulo, y con el fin de enfatizar la flexibilidad, hemos presentado algunos de los posibles programas para pacientes que pueden ser tratados en grupo, o que proceden del sistema de enjuiciamiento criminal, o que son agresivos y al mismo tiempo abusan de sustancias psicoactivas. Como señalamos al principio, en su momento tomamos la decisión de no escribir un manual de tratamiento sesión por sesión para todos los casos. Antes bien, confiamos en que los profesionales seguirán leyendo, asistiendo a seminarios, recibiendo supervisiones y desarrollando sus habilidades personales para establecer juicios sólidos acerca de qué técnicas aplicar en cada caso.

En el transcurso de nuestra actividad como enseñantes y formadores hemos descubierto que la agresividad constituye el problema emocional sobre el que los profesionales parecen albergar más dudas. Como consecuencia, se sienten bastante incómodos con los trastornos y los episodios de agresividad, y evitan trabajar estos problemas con sus pacientes. Esperamos que el programa que presentamos en este manual ofrezca unas técnicas específicas que los profesionales puedan utilizar con los pacientes privados, los pacientes externos, las personas procesadas y encarceladas, los consumidores de drogas, los estudiantes, los miembros de grupos de terapia y demás destinatarios de nuestros servicios. Si la lectura de este manual ha servido para desarrollar el conocimiento y la habilidad para ayudar a otras personas a reducir su agresividad y llevar una vida más feliz y más productiva, podemos decir que hemos cumplido nuestro objetivo. Y en el caso de que haya servido igualmente para que algunos de los profesionales que lo lean aprendan a reducir su propia agresividad, la cual, como afirman ellos mismos, les está “quitando el gusto” por su labor.



# Bibliografía

- ABELSON, R. P. (1987): "Conviction". *American Psychologist*, 43, 276-285.
- ABRAMOWITZ, J. S. (1997): "Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- AGRAS, W. S.; ROSSITER, E. M.; ARNOW, B.; *et al.* (1992): "Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison". *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- ALBERTI, R. E. y EMMONS, M. L. (2001): *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships* (8ª ed.). Atascadero, CA: Impact Publishers.
- ALEXANDER, C. N.; RAINFORTH, M. V. y GELDERLOOS, P. (1991): "Transcendental meditation, self-actualization, and psychological health: A conceptual overview and statistical meta-analysis". *Journal of Social Behavior & Personality*, 6, 189-248.
- ARNETT, J. J.; OFFER, D. y FINE, M. A. (1997): "Reckless driving in adolescence: "State" and "trait" factors". *Accident Analysis and Prevention*, 29, 57-63.
- ATTENBOROUGH, R. (1990): *The Words of Gandhi*. Nueva York: NewMarket Press.
- AUNE, K. S. y AUNE, R. K. (1996): "Cultural differences in the self-reported experience and expression of emotions in relationships". *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27, 67-81.
- AVERILL, J. R. (1982): *Anger and aggression: An essay on emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.
- AVERILL, J. R. (1983): "Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion". *American Psychologist*, 38, 1145-1160.
- AVERILL, J. R. (1987): *The classification of emotions*. Manuscrito no publicado, Universidad de Massachusetts.
- AVERILL, J. R.; CHON, K. K. y HAHN, D. W. (1994): *Emotions, Creativity, and Health: Some Confluences Between East and West*. Presentado en el Congreso Nacional de Psicología Aplicada, Madrid, España.



- BAREFOOT, J. C.; DAHLSTROM, W. G. y WILLIAMS, R. B. (1983): "Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-yr follow-up study of 255 physicians". *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.
- BAREFOOT, J. C.; DODGE, K. A.; PETERSON, B. L.; *et al.* (1989): "The Cook-Medley Hostility scale: Item content and ability to predict survival". *Psychosomatic Medicine*, 51, 46-57.
- BAREFOOT, J. C.; SIEGLER, I. C.; NOWLIN, J. B.; *et al.* (1987): "Suspiciousness, health, and mortality: A follow-up study of 500 older adults". *Psychosomatic Medicine*, 49, 450-457.
- BAREFOOT, J.; LARSEN, S.; VON DER LIETH, L. y SCHROLL, M. (1995): "Hostility, incidence of acute myocardial infarction and mortality in a sample of older Danish men and women". *American Journal of Epidemiology*, 142, 477-480.
- BECK, A. T. (1964): "Thinking and depression: Theory and therapy". *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- BECK, A. T. (1976): *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- BECK, A. T. (1999): *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. Nueva York: HarperCollins.
- BECK, A. T.; FREEMAN, A.; *et al.* (1990): *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- BECK, A. T.; WRIGHT, F. D.; NEWMAN, C. F. y LIESE, B. S. (1993): *Cognitive therapy of substance abuse*. Nueva York: The Guilford Press.
- BECK, J. S. (1995): *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Nueva York: The Guilford Press.
- BECKFIELD, D. (1998): *Master your panic and take back your life* (segunda edición). Atascadero, CA: Impact Publishers.
- BENSON, H. (1975 / 2000): *The relaxation response*. Nueva York: William Morrow.
- BEUTLER, L. E.; ENGLE, D.; ORO´-BEUTLER, M. E.; *et al.* (1986): "Inability to express intense affect: A common link between depression and pain?". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54, 752-759.
- BIEHL, M.; MATSUMOTO, D.; EKMAN, P. y HEARN, V. (1997): "Matsumoto and Ekman's Japanese and Caucasian Facial Expressions of Emotions (JAC-FEE): Reliability data and cross-national differences". *Journal of Nonverbal Behavior*, 21, 3-21.
- BORDIN, E. S. (1979): "The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance". *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- BRUENE-BUTLER, L.; HAMPSON, J.; ELIAS, M. y CLABBY, J. (1997): "The Improving Social Awareness-Social Problem Solving Project". En G. W. ALBEE y T. P.

- GULLOTTA (Eds.): *Primary prevention works* (pp. 239-267). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- BUNTAINE, R. L. y COSTENBADER, V. K. (1997): "Self reported differences in the experience and expression of anger between girls and boys". *Sex Roles*, 36, 625-637.
- BUSHMAN, B. J.; BAUMEISTER, R. F. y PHILLIPS, C. M. (2001): "Do people aggress to improve their mood? Catharsis beliefs, affect regulation opportunity, and aggressive responding". *Journal of Personality & Social Psychology*, 81, 17-32.
- BUSHMAN, B. J.; BAUMEISTER, R. F. y STACK, A. D. (1999): "Catharsis, aggression, and persuasive influence: Self-fulfilling or self-defeating prophecies?". *Journal of Personality & Social Psychology*, 76, 367-376.
- BUTLER, G.; FENNELL, M.; ROBSON, P. y GELDEER, M. (1991): "A comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- BUTOW, P. N.; HILLER, J. E.; PRICE, M. A.; THACKWAY, S. V.; et al. (2000): "Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer". *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 169-181.
- CANNON, W. B. (1963): *Bodily change in pain, hunger, fear, and rage*. Harper Torchbooks.
- CHON, K. K. (2000): "Towards an improved understanding of anger: A control theory approach". *Korean Journal of Health Psychology*, 5, 146-170.
- CLARK, D. M. (1996). "Panic disorder: From Theory to Therapy". En P. M. SALKOVSKIS (Ed.): *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318-344). Nueva York: The Guilford Press.
- CLUM, G. A. y SURLS, R. (1993): "A meta-analysis of treatments for panic disorder". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61, 317-326.
- COUÉ, É. (1922): *How to practice suggestion and autosuggestion*. Kila, MT: Kessinger Publishing.
- DARWIN, C. (1872/1965): *The expressions of the emotions in man and animals*. Chicago y Londres: University of Chicago Press.
- DAVIDSON, I.; GOLUB, A. y KASSINOVE, H. (2000): *Effects of Social Context on Experience and Expression of Anger*. Presentado en el encuentro anual de la American Psychological Association, Washington, DC.
- DEFFENBACHER, J. L. (1993): "General anger: Characteristics and clinical implications". *Psicología Conductual*, 1, 49-67.
- DEFFENBACHER, J. L. (1994): "Anger reduction: Issues, assessment, and intervention strategies". En A. W. SIEGMAN y T. W. SMITH (Eds.): *Anger, hostility, and the heart* (pp. 239-269). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- DEFFENBACHER, J. L. y STARK, R. S. (1992): "Relaxation and cognitive-relaxation treatments of general anger". *Journal of Counseling Psychology*, 39, 158-167.
- DEFFENBACHER, J. L.; OETTING, E. R.; HUFF, M. E. y THWAITES, G. A. (1995): "Fifteen-month follow-up of social skills and cognitive-relaxation approaches to general anger reduction". *Journal of Counseling Psychology*, 42, 400-405.
- DEFFENBACHER, J. L.; OETTING, E. R.; HUFF, M. E.; et al. (1996): "Evaluation of two cognitive-behavioral approaches to general anger reduction". *Cognitive Therapy & Research*, 20, 551-573.
- DEFFENBACHER, J. L. (1993): "General anger: Characteristics and clinical implications". *Psicología Conductual*, 1, 49-67.
- DEFFENBACHER, J. L.; DAHLEN, E. R.; LYNCH, R. S.; et al. (2000): "Application of Beck's cognitive therapy to general anger reduction". *Cognitive Therapy & Research*, 24, 689-697.
- DEFFENBACHER, J. L.; HUFF, M. E.; LYNCH, R. S.; et al. (2000): "Characteristics and treatment of high anger drivers". *Journal of Consulting Psychology*, 47, 3-17.
- DEFFENBACHER, J. L.; STORY, D. A.; BRANDON, A. D.; et al. (1988): "Cognitive and cognitive-relaxation treatments of anger". *Cognitive Therapy & Research*, 12, 167-184.
- DERUBEIS, R. J.; GELFAND, L. A.; TANG, T. Z., et al. (1999): "Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Meta-analysis of four randomized comparisons". *American Journal of Psychiatry*, 156, 1997-2013.
- DIENER, E. (1984): "Subjective well-being". *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- DI GIUSEPPE, R. y TAFRATE, R. (en prensa): "Anger treatment for adults: a meta-analytic review". *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- DUA, J. K. y SWINDEN, M. L. (1992): "Effectiveness of negative-thought-reduction, meditation, and placebo training treatment in reducing anger". *Scandinavian Journal of Psychology*, 33, 135-146.
- D'ZURILLA, T. J. y GOLDFRIED, M. R. (1971): "Problem solving and behavior modification". *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 78, 107-126.
- EASTERBROOK, J. A. (1959): "The effect of emotion on cue utilization and the organization of behavior". *Psychological Review*, 66, 183-201.
- EBBESSEN, E. B.; DUNCAN, B. y KONECNI, V. J. (1975): "Effects of content of verbal aggression on future verbal aggression: A field experiment". *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, 192-204.
- EKMAN, P. (1992): "Are there basic emotions?". *Psychological Review*, 99, 550-553.
- ELIAZ, I. (2001): *Self-reported anger episodes in American, Russian, Israeli, and Indian college students*. Tesis doctoral. Universidad de Hofstra, Nueva York.

- ELLIS, A. E. y MACLAREN, C. (1998): *Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide*. Atascadero, CA: Impact Publishers.
- ELLIS, A. E. (1962): *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- ELLIS, A. E. (1973): *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- ELLIS, A. E. (1994): *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. Nueva York: Carol Publishing.
- ELLIS, A. E. y DRYDEN, W. (1987): *Practica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- ELLIS, A. E. y HARPER, R. (1975): *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- ELLIS, A. E. y TAFRATE, R. (1997): *How to control your anger before it controls you*. Secausus, NJ: Carol Publishing Group.
- ENRIGHT, R. D. (2001): *Forgiveness is a choice*. Washington, DC: APA Books.
- EPPLEY, K. R.; ABRAMS, A. I. y SHEAR, J. (1989): "Differential effects of relaxation techniques on trait anxiety: A meta-analysis". *Journal of Clinical Psychology*, 45, 957-974.
- EVANS, D. R.; HEARN, M. T. y SAKLOFSKE, D. (1973): "Anger, arousal, and systematic desensitization". *Psychological Reports*, 32, 625-626.
- EVERSON, S. A.; KAPLAN, G. A.; GOLDBERG, D. E., et al. (1999): "Anger expression and incident stroke. Prospective evidence from the Kuopio Ischemic Heart Study". *Stroke*, 30, 523-528.
- EWART, C. K. (1990): "A social problem-solving approach to behavior change in coronary heart disease". En S. A. SCHUMAKER y E. B. SCHRON (Eds.): *The handbook of health behavior change* (pp. 153-190). Nueva York: Springer Publishing Co, Inc.
- EYSENCK, H. J. (1994): "Cancer, personality and stress. Prediction and prevention". *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16, 167-215.
- FEINDLER, E. L. (1995): "Ideal treatment package for children and adolescents with anger disorders". En H. KASSINOVE (Ed.): *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment*. Washington, DC: Taylor and Francis.
- FEINDLER, E. L. y ECTON, R. (1986): *Adolescent anger control: Cognitive behavioral techniques*. Nueva York: Pergamon.
- FRANKL, Viktor E. (1963): *Man's search for meaning. An introduction to logotherapy*. Boston, MA: Beacon Press.
- FREEMAN, A. y DOLAN, M. (2001): "Revisiting Prochaska and DiClementes's Stages of Change Theory: An expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation". *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 224-234.

- FREUD, S. (1958): "On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis". En STARCHY, J. (Ed. y trad.): *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 122-144). Londres: Hogarth Press. (La obra original fue publicada en 1913).
- FREUD, S. (1958): "The dynamics of transference". En STARCHY, J. (Ed. y trad.): *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). Londres: Hogarth Press. (La obra original fue publicada en 1912).
- GASKIN, M. E.; GREENE, A. F.; ROBINSON, M. E. y GEISSER, M. E. (1992): "Negative affect and the experience of pain". *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.
- GASTON, L. (1990): "The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations". *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- GEEN, R. G. y QUANTY, M. B. (1977): "The catharsis of aggression: An evaluation of a hypothesis". En BERKOWITZ, L. (Ed.): *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10, pp. 1-37). Nueva York: Academic Press.
- GORMAN, W. (2001): "Refugee survivors of torture: trauma and treatment". *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 443-451.
- GREENBERG, L. S. y WEBSTER, M. C. (1982): "Resolving decisional conflict by Gestalt two-chair dialogue: Relating process to outcome". *Journal of Counseling Psychology*, 29, 468-477.
- GREENBERGER, D. y PADESKY, C. A. (1995): *Mind over mood: Change the way you feel by changing the way you think*. Nueva York: Guilford Press.
- GRODNITZKY, G. R. y TAFRATE, R. (20002): "Imaginal exposure for anger reduction in adult outpatients: A pilot study". *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 259-279.
- HEIDER, F. (1958): *The psychology of interpersonal relations*. Nueva York: Wiley.
- HENDERSON, C. (1986): *God and science*. John Knox Press.
- HERMAN, J. L. (1992): *Trauma and recovery*. Nueva York: Basic Books.
- HERMAN, C.; KIM, M. y BLANCHARD, E. B. (1995): "Behavioral and prophylactic pharmacological intervention studies of pediatric migraine: An exploratory meta-analysis". *Pain*, 60, 239-255.
- HILL, W. (1985): *Learning: A survey of psychological interpretations* (4ª ed.). Nueva York: Harper and Row.
- HILLER, J. E. (1989): "Breast cancer: A psychogenetic disease?". *Women & Health*, 15, 5-18.
- HOLAHAN, C. J. y MOOS, R. H. (1990): "Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm". *Journal of Personality & Social Psychology*, 58, 909-917.

- HORVATH, A. O. y SYMONDS, B. D. (1991): "Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis". *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- IRIBARREN, C.; SIDNEY, S.; BILD, D. E.; et al. (2000): "Association of hostility with coronary artery calcification in young adults: The CARDIA study". *Journal of the American Medical Association*, 283, 2546-2551.
- IVEY, A. E. (1999): *Intentional interviewing and counseling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- IZARD, C. E. (1992): "Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations". *Psychological Review*, 99, 561-565.
- JACOBSON, E. (1925/1987): "Progressive relaxation". *American Journal of Psychology*, 100, 522-537.
- JACOBSON, E. (1977): "The origins and development of progressive relaxation". *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 8, 119-123.
- JAMES, W. (1984): "What is an emotions?". En C. CALHOUN y R. C. SOLOMON (Eds.): *What is an emotion? Classic readings in philosophical psychology* (pp. 127-141). Nueva York: Oxford University Press.
- JOHNSTON, M. y VOEGELE, C. (1993): "Benefits of psychological preparation for surgery: A meta-analysis". *Annals of Behavioral Medicine*, 15, 245-256.
- KABAT-ZINN, J. (1990): *Full catastrophe living*. Nueva York: Dell Publishing.
- KASSINOVE, H. y DIGUISEPPE, R. (1975): "Rational role reversal". *Rational Living*, 10, 44-45.
- KASSINOVE, H. y FULLER, J. R. (2000): *The experience, expression and treatment of clinically angry men*. Presentado en el simposium sobre "Anger: Implications in community and clinical populations", celebrado en el marco del congreso anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, en Nueva Orleans, LA.
- KASSINOVE, H. y FULLER, J. R. (1999): *Anger disorders: frequent, ignored, and possibly/ absolutely universal*. Presentado en el simposium sobre "Cultural Universals in Psychopathology", celebrado en el marco del congreso anual de la American Psychological Association, en Boston, MA.
- KASSINOVE, H. y SUKHODOLSKY, D. G. (1995): "Anger disorders: Basic science and practice issues". En H. KASSINOVE (Ed.): *Anger disorders: Assessment, diagnosis, and treatment* (pp. 1-26). Washington, DC: Taylor & Francis.
- KASSINOVE, H. (Ed.) (1995): *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- KASSINOVE, H.; ROTH, D. y FULLER, J. R. (2002): "Effects of trait anger and anger expression style on competitive attack responses in a wartime prisoner's dilemma game". *Aggressive Behavior*, 28, 117-125.

- KASSINOVE, H.; SUKHODOLSKY, D.G.; TSYTSAREV, S. y SOLOVYOVA, S. (1997): "Self-reported constructions of anger episodes in Russia and America". *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 301-324.
- KELLY, G. (1965): *Psicología de los constructos personales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- KELTNER, D.; CAPPS, L.; KRING, A.M.; et al. "Just teasing: A conceptual analysis and empirical review". *Psychological Bulletin*, 127, 229-248.
- KIEKOLT-GLASER, J.; MALARKEY, W.; CHEE, M.; et al. (1993): "Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation". *Psychosomatic Medicine*, 55, 395-409.
- KOMAHASHI, T.; GANESAN, S.; OHMORI, K. y NAKANO, T. (1997): "Expresion of depressed mood: A comparative study among Japanese and Canadian aged poeple". *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 852-857.
- KOWALSKI, R. M. (2001): "Aversive interpersonal bejaviors: on being annoying, thoughtless, and mean" (pp. 3-78). En R. M. KOWALSKI (Ed.): *Behaving badly*. Washington, DC: APA Books.
- KUNE, G. A.; KUNE, S.; WATSON, L. F. y BAHNSON, C. B. (1991): "Personality as a risk factor in large bowel cancer: Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study". *Psychological Medicine*, 21, 29-41.
- LAMBERT, M. J. y BERGIN, A. E. (1994): "The effectiveness of psychotherapy". En A. E. BERGIN y S. L. GARFIELD (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., pp. 143-189). Nueva York: Wiley.
- LEAHY, R. L. y HOLLAND, S. T. (2000): *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- LEVI, P. (1959): *Survival in Auschwitz*. Nueva York: McMillan.
- LEWIN, K. (1948): *Resolving social conflicts*. Nueva York: Harper and Brothers.
- LEWIN, K. (1935): *A dynamic theory of personality* (pp. 180-193). Nueva York: McGraw-Hill.
- LINDEN, W. y CHAMBERS, L. (1994): "Clinical effectiveness of non-drug treatment for hypertension: A meta-analysis". *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 35-45.
- LUBORSKY, L. (1976): "Helping alliances in psychotherapy". En J. L. CLEGGHORN (Ed.): *Succesful psychotherapy* (pp. 92-116). Nueva York: Brunner/Mazel.
- MARLATT, G. A. y GORDON, J. R. (Eds.): *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- MARLATT, G. A. y PARKS, G. A. (1982): "Self-management of addictive disorders" (pp. 443-488). En P. KAROLY y F. H. KANFER (Eds.): *Self-management and behavior change*. Nueva York: Pergamon Press.

- MARTIN, D. J.; GARSKE, J. P. y DAVIS, M. K. (2000): "Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review". *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- MARTIN, R. (1997): "'Girls don't talk about garages!': Perceptions of conversation in same- and cross-sex friendships". *Personal Relationships*, 4, 115-130.
- MATSUMOTO, D. E.; KUDOH, T.; SCHERER, K. y WALLBOTT, H. (1988): "Antecedents of and reactions to emotions in the United States and Japan". *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 19, 267-286.
- MILLER, L. (1999): "Workplace violence: prevention, response, and recovery". *Psychotherapy*, 36, 160-170.
- MILLER, S. y ROLLNICK, W. R. (1991): *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Nueva York: Guilford Press.
- MITTLEMAN, M. A.; MACLURE, M.; SHERWOOD, J.; et al. (1995): "Triggering of acute myocardial infarctions onset by episodes of anger". *Circulation*, 92, 1720-1725.
- MORRIS, D. E. (1998): *Forgiving the dead man walking*. Nueva York: Harper Collins.
- NEZU, A. y D'ZURILLA, T. J. (1989): "Social problem solving and negative affective conditions". En P. C. KENDALL y D. E. WATSON (Eds.): *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 285-315). San Diego, CA: Academic Press, Inc.
- NISBETT, R. E. (1993): "Violence and U.S. regional culture". *American Psychologist*, 48, 441-449.
- NISBITT, R. E. y WILSON, T. D. (1977): "Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes". *Psychological Review*, 84, 231-259.
- O'DONNELL, C. R. y WORELL, L. (1973): "Motor and cognitive relaxation in the desensitization of anger". *Behavior Research and Therapy*, 11, 473-481.
- PARKS, G. A. y MARLATT, G. A. (1999): "Relapse prevention therapy for substance-abusing offenders: A cognitive-behavioral approach in what works: Strategic solutions" (pp. 161-233). En E. LATESSA LANHAM (Ed.): *The International Community Corrections Association examines substance abuse*. American Correctional Association.
- PARKS, G. A. y MARLATT, G. A. (2000): "Relapse prevention therapy: A cognitive-behavioral approach". *The National Psychologist*, 9.
- PERLS, F. S. (1969): *Gestalt therapy verbatim*. Nueva York: Bantam Books/Real People Press.
- PINTO, D. (2000): "Driving anger, articulated cognitive distortions, cognitive deficiencies, and aggression". Tesis doctoral. Universidad de Hofstra, Nueva York.



- PLUTCHIK, R. (1980): "A general psychoevolutionary theory of emotion". En R. PLUTCHICK y H. KELLERMAN (Eds.): *Emotion: Theory, research, and experience, Volumen I: Theories of emotion* (pp. 3-31). Nueva York: Academic Press.
- PLUTCHICK, R. (1994): *The psychology and biology of emotion*. Nueva York: Harper Collins.
- PLUTCHICK, R. (2000): *Emotions in the practice of psychotherapy*. Washington, DC: APA Books.
- PROCHASKA, J. O. y DICLEMENTE, C. C. (1982): "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change". *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 161-173.
- PROCHASKA, J. O. y DICLEMENTE, C. C. (1983): "Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. y NORCROSS, J. C. (1992): "In search of how people change: Applications to addictive behaviors". *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- RIEBEL, L. (1985): "Usurpation: Strategy and metaphor". *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 22, 595-604.
- RIMM, D. C.; DEGROOT, J. C., BOORD, P.; et al. (1971): "Systematic desensitization of an anger response". *Behaviour Research and Therapy*, 9, 273-280.
- ROGERS, C. R. (1957): "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change". *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- ROLLNICK, S. y MILLER, W. R. (1995): "What is motivational interviewing?". *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- ROSENBERG, E. L.; EKMAN, P.; JIANG, W.; et al. (2001): "Linkages between facial expressions of anger and transient myocardial ischemia in men with coronary artery disease". *Emotion*, 1, 107-115.
- RUSSELL, J. y FEHR, B. (1994): "Fuzzy concepts in a fuzzy hierarchy: Varieties of anger". *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 186-205.
- SAFRAN, J. D. y MURAN, J. C. (Eds.) (1995): "The therapeutic alliance [Special issue]". En *Session: Psychotherapy in Practice*, 1.
- SALTER, A. (1949): *Conditioned reflex therapy*. Nueva York: Creative Age.
- SCHERER, K. R. (1997a): "The role of culture in emotion-antecedent appraisal". *Journal of Personality & Social Psychology*, 73, 902-922.
- SCHERER, F. R. (1997b): "Profiles of emotion-antecedent appraisal: testing theoretical predictions across cultures". *Cognition & Emotion*, 11, 113-150.
- SCHOPEN, A. y FREEMAN, B. (1992): "Meditation: The forgotten Western tradition". *Counseling & Values*, 36, 123-134.

- SCHWARTZ, G. E.; WEINBERGER, D. A. y SINGER, J. A. (1981): "Cardiovascular differentiation of happiness, sadness, anger, and fear following imagery and exercise". *Psychosomatic Medicine*, 43, 343-364.
- SHAVER, P.; SCHWARTZ, J.; KRSON, D. E. y O'CONNOR, C. (1987): "Emotion knowledge: Further exploration of a prototype approach". *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1061-1086.
- SKINNER, B. F. (1953): *Science and human behavior*. Nueva York: MacMillan.
- SKINNER, B. F. (1968): *The technology of teaching*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- SKINNER, B. F. (1974): *About behaviorism*. Nueva York: Knopf.
- SMITH, M. L.; GLASS, G. V. y MILLER, T. I. (1980): *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- SPECA, M.; CARLSON, L. E.; GOODEY, E. y ANGEN, M. (2000): "A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients". *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-622.
- SPIELBERGER, C. D. (1988): *Profesional manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- SPIELBERGER, C. D. (1999): *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory - 2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- STILES, W. B.; SHAPIRO, D. E. y ELLIOT, R. (1986): "Are all psychotherapies equivalent?". *American Psychologist*, 41, 165-180.
- STOSNY, S. (1995): *Treatment attachment abuse: A compassionate approach*. Nueva York: Springer.
- SUINN, R. M. (2001): "The terrible twos - anger and anxiety". *American Psychologist*, 56, 27-36.
- SUKHODOLSKY, D. G.; GOLUB, A. y CROMWELL, E. N. (2001): "Development and validation of the anger rumination scale". *Personality and Individual Differences*, 31, 689-700.
- TAFRATE, R. y KASSINOVE, H. (1998): "Anger control in men: Barb exposure with rational, irrational, and irrelevant self-statements". *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 187-211.
- TAFRATE, R.; KASSINOVE, H. y DUNDIN, L. (en prensa): "Anger episodes in high and low trait anger community adults". *Journal of Clinical Psychology*.
- TERRY, P. C. y SLADE, A. (1995): "Discriminant effectiveness of psychological state measures in predicting performance outcome in karate competition". *Perceptual & Motor Skills*, 81, 275-286.

- TYSTSAREV, S. V. y GRODNITSKY, G. (1995): "Anger and criminality". En H. KASSINOVE (Ed.): *Anger disorders: Assessment, diagnosis, and treatment* (pp. 91-108). Washington, DC: Taylor & Francis.
- UNDERWOOD, G.; CHAPMAN, P.; WRIGHT, S. y CRUNDALL, R. (1999): "Transportation research". *Traffic Psychology and Behavior*, 2, 55-68.
- WADE, J. B.; PRICE, D. D.; SCHWARTZ, S. M.; et al. (1990): "An emotional component analysis of chronic pain". *Pain*, 40, 303-310.
- WALEN, S.; DIGIUSEPPE, R. y DRYDEN, W. (1992): *A practitioner's guide to rational emotive therapy* (2ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- WESSLER, R. (1992): "Constructivism and rational-emotive therapy: A critique". *Psychotherapy*, 29, 620-625.
- WILLIAMS, J. E.; PATON, C. C.; SIEGLER, I. C., et al. (2000): "Anger proneness predicts coronary heart disease risk: A prospective analysis from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study". *Circulation*, 2034.2039.
- WOLFE, B. E. y GOLDFRIED, M. R. (1988): "Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- WOLPE, J. y LAZARUS, A. (1966): *The practice of behavior therapy*. Nueva York: Pergamon Press.
- WOLPE, J. (1968). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- WOLPE, J. (1990): *The practice of behavior therapy* (4ª ed.). Nueva York: Pergamon.
- XU, Z.; LI, X.; HAN, B. y LIU, J. (1995): "Effects of psychological factors on the development of stomach cancer". *Acta Psychologica Sinica*, 27, 263-267.
- YERKES, R. M. y DODSON, J. D. (1908): "The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation". *Journal of Comparative Neurology of Psychology*, 18, 459-482.



1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (30ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (EDS.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (7ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLEN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ED.). (3ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (11ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASÍA CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. DAVID RICO. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*. ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. (3ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICO. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Creer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L. WHITFIELD.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*. DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar*. JORGE BARRACA.
48. *Palabras para una vida con sentido*. Mª. ÁNGELES NOBLEJAS. (2ª ed.)
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos*. PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo*. LUIS CENCILLO. (2ª ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no*. LESLIE S. GREENBERG. (3ª ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto*. AMADO RAMÍREZ VILLAFÁNEZ.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva*. JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico*. PABLO POBLACIÓN KNAPPE Y ELISA LÓPEZ BARBERÁ Y COLS.
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza*. LORETTA CORNEJO.
56. *El guión de vida*. JOSÉ LUIS MARTORELL.
57. *Somos lo mejor que tenemos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.

58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares.* GIULIANA PRATA; MARIA VIGNATO y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición.* JOHN AMODEO.
60. *El amor. Una visión somática.* STANLEY KELEMAN.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía.* KEVIN FLANAGAN.
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta.* F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal.* LOSU CABODEVILLA ERASO.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER y ESTELA ORTEGA. (6ª ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo.* JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (2ª ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente.* JUAN MASÍA.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso.* PEDRO MORENO. (8ª ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud.* KATHLEEN R. FISCHER y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir.* ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los cuentos.* JEAN-PASCAL DEBAILLEUL y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor.* FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación.* PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser.* JEAN SARKISSOFF.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones.* PATRICE CUDICIO y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares.* MARGA NIETO CARRERO. (2ª ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros.* JESÚS DE LA GÁNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos.* CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla.* MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ. (2ª ed.)
79. *Atajos de sabiduría.* CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología.* RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo.* RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica.* DAVE MEARNS y BRIAN THORNE.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico.* FRED FRIEDBERG. INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN ESPAÑOLA POR RAMIRO J. ÁLVAREZ
84. *No seas tu peor enemigo... ¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. McMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia.* LUZ CASASNOVAS SUSANNA.
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ. CON LA COLABORACIÓN DE ITZIAR BARRENGOIA. (2ª ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.
88. *Creer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* BARTOMEU BARCELÓ.
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUIS PIO ABREU.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS.
93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁNEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO.
96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL.
97. *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2ª ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (Ed.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT. (2ª ed.)
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. (7ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (10ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* KARMELO BIZKARRA. (4ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.

109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me engancho. La práctica en psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. (2ª ed.)
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejerce un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* PAMELA KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* AGUSTÍN CÓZAR.
116. *Crecer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA. (2ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN, PH. D.
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALA JAISON.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.* RAFA EUBA.
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* KARMELO BIZKARRA. (2ª ed.)
124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino.* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO. (4ª ed.)
125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia.* IOSU CABODEVILLA ERASO.
126. *Regreso a la conciencia.* AMADO RAMÍREZ.
127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida.* PETER BOURQUIN. (5ª ed.)
128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés.* THOMAS HOHENSEE.
129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo- humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza.* OLGA CASTANYER. (2ª ed.)
130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes.* LORETTA CORNEJO. (2ª ed.)
131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes.* JAVIER TIRAPU.
132. *Esos seres inquietos. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
133. *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN, JUAN GARCÍA Y ROSA VIÑAS (2ª ed.)
134. *Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia Autorrealizadora para el estrés asistencial.* CONXA TRALLERO FLIX Y JORDI OLLER VALLEJO
135. *Entre personas. Una mirada cuántica a nuestras relaciones humanas.* TOMEU BARCELÓ
136. *Superar las heridas. Mirativas sanas a lo que los demás nos hacen o dejan de hacer.* WINDY DRYDEN
137. *Manual de formación en trance profundo. Habilidades de hipnotización.* IGOR LEDOCHOWSKI
138. *Todo lo que aprendí de la paranoia.* CAMILLE

#### Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática* STANLEY KELEMAN. (7ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.). (11ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ.
7. *Crecer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. (11ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASIÁ CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa.* DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (4ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.

17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños.* EUGENE T. GENDLIN.
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor.* ÁNGEL RZ. IDÍGORAS (ED.). (3ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días.* RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto.* JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación.* BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones Teoría, Modelo y Método.* GEORGE DE LEON.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas.* WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales.* HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica.* JOSÉ L. TRECHERA.
27. *Cuerpo, cultura y educación.* JORDI PLANELLA RIBERA.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación.* DONI TAMBLYN.
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt.* ANGELES MARTÍN. (5ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influenciar y Motivar.* NICK OWEN
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes.* PAUL STALLARD.
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio.* PABLO RODRÍGUEZ CORREA.
33. *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato.* PEPA HORNO GOICOECHEA. (2ª ed.)
34. *El pretendido Síndrome de Alienación Parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia.* SONIA VACCARO - CONSUELO BAREA PAYUETA
35. *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia.* OLGA CASTANYER (COORD.); PEPA HORNO, ANTONIO ESCUDERO E INÉS MONJAS







Serendipity

M A I O R

Howard Kassinove y Raymond Tafrate describen su libro como un "manual de tratamiento completo para profesionales". Creo que tienen razón. Además de ser casi "perfectamente" completo, este manual 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 excelentes estudios de investigación 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 propiamente dicho, 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 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 fundamentales.

*Del Prólogo de Albert Ellis*



© Ilustración de cubierta: ACIE Fontwick

ISBN: 978-84-330-1971-4



9 788433 019714

DESCLEE DE BROUWER

