

# Terapia Racional Emotiva y Conductual en delincuentes masculinos adultos

Irwin F. Altrows

*Providence Continuing Care Center – Mental Health  
Services an Department of Psychiatry  
Queen's University, Kingston, Ontario*

**Resumen:** El comportamiento criminal tiene efectos devastadores en la sociedad. La terapia cognitiva, ampliamente definida, ha demostrado ser efectiva con los delincuentes. En particular, parece que es la filosofía REBT la idónea para tratar a esta heterogénea población. Aunque este capítulo se focaliza en los delincuentes masculinos, adultos, los principios presentados pueden aplicarse a la mayoría de grupos de delincuentes. Se presentan los fundamentos y la investigación que apoya a los tratamientos apoyados empíricamente. Se analizan los desafíos clínicos comunes y los principios generales se ilustran con casos.

**Palabras clave:** *Terapia cognitiva; filosofía REBT; delincuentes masculinos adultos.*

Hay buenas razones para que los terapeutas cognitivos trabajen con delincuentes. La primera razón es sugerida por la pregunta: “¿Por qué respirar?”. La respuesta: “Intenta no hacerlo.” De alguna manera, todos nosotros, tanto si tratamos a niños trastornados, con víctimas de abuso, con parejas en conflicto o con personas con una enfermedad mental importante, estamos en contacto, al menos ocasional, con personas que han infringido la ley de forma que repercute directamente en nuestro trabajo, tanto si sus crímenes han sido juzgados o tan solo detectados. Por lo tanto, tratar de evitar el trabajar con delincuentes es irreal, y por lo tanto parece que lo mejor sería intentar aprender todo lo posible sobre esta heterogénea población: determinar lo que usted puede hacer por ellos, lo que probablemente usted no pueda hacer por ellos y lo que mejor no intente hacer por ellos.

El crimen tiene unos efectos devastadores. La víctima directa no es la única persona que sufre daños fisi-

cos, económicos, emocionales o de otro tipo ocasionados por un acto criminal en concreto. El asesinato de una persona puede destrozarse virtualmente las vidas de los miembros de su familia y afectar seriamente a los amigos de la víctima, a sus colegas, a sus vecinos y a otros conocidos. Estas víctimas indirectas no se recogen en las estadísticas. Además, la familia de quien perpetra el crimen sufre, especialmente si esa persona tiene esposa e hijos. Estas víctimas indirectas no reciben demasiada comprensión por parte de la sociedad ni tampoco hay servicios de salud mental fácilmente disponibles para ellos. Además, aunque no voy a sugerir que los delincuentes son víctimas de sus propios crímenes, posiblemente ellos también sufran las consecuencias negativas de estos crímenes. Además de este sufrimiento humano tan obvio, están los costes económicos para la sociedad; el coste de vigilar e intentar rehabilitar al agresor, los costes legales y los costes de las compañías de seguros que, en última instancia, se pagan entre todas las personas aseguradas. Por lo tanto, si su trabajo puede ayudar a prevenir un crimen grave, usted habrá ayudado a muchas personas. Por lo tanto, el trabajo es importante.

¿Cuántos crímenes se cometen cada año? Muchos, aunque no necesariamente estén aumentando. En

Canadá (con una población de alrededor de 30 millones de habitantes o una novena parte de la de los EE.UU.), la cifra total de crímenes reportada se redujo lentamente entre los años 1991 – 1998, casi volviendo a la cifra de principios de los 80, a pesar del aumento de la población nacional. En 1998, según el Informe de Crímenes Reportados (*Uniform Crime Reporting*) de 1999, en Canadá se reportaron 2.666.710 crímenes; esta cifra representa alrededor de ¡un crimen “reportado” por cada diez habitantes! El 90% de los crímenes reportados eran agresiones contra la propiedad u “otros”, pero 266.417 fueron agresiones violentas no sexuales (alrededor de una por cada cien ciudadanos), otras 28.952 fueron agresiones sexuales y 71.293 fueron delitos relacionados con drogas. La tasa de homicidios en Canadá, 1,83 por 100.000, es comparable con el de la mayoría de países industrializados, pero muy inferior a la de los EE.UU. (6,26) y Rusia (20,20) (*Procurador General de Canadá, 2000a*).

En contraposición, la población de presos federales adultos de Canadá siguió incrementando casi un 50% sobre la cifra de 1982. En 1996, había en Canadá 37.080 presos entre su sistema federal y provincial (entre los que se incluyen alrededor de 4.700 delincuentes jóvenes), una tasa de 123 por cada 100.000 canadienses (*Procurador General de Canadá, 2000a*). Esta tasa es más elevada que en la mayoría de países Europeos, pero no tan alta como en EE.UU. (*Procurador General de Canadá, 2000b*). En el año 2000, la tasa de encarcelados en prisiones y penitenciarías de EE.UU. era de 699 por cada 100.000 residentes, 458 más que en 1990 (*Departamento de Justicia de los EE.UU., 2001*). Es decir, uno de cada 143 residentes estadounidenses, o un total superior a ¡1,9 millones de adultos está actualmente en prisión! Más del 90% de estos presos son varones.

¿A qué responde este aumento de la tasa de encarcelamiento? *Wamsley (1998)* ha propuesto que en muchos países el incremento de la población penitenciaria es el resultado de las políticas más que del incremento del crimen. Él cree que estas políticas vienen determinadas por una serie de factores que incluyen “desilusión con las estrategias de tratamiento”. A esto le

seguiría, entonces, que la demostración de un tratamiento efectivo, administrado a un número suficiente de presos por un número suficiente de terapeutas, podría reducir significativamente la cifra de la población en prisión. Los beneficios, tanto económicos como humanos, de poner esto en práctica serían enormes.

Además de trabajando con personas que han cometido crímenes, los terapeutas pueden ser de gran ayuda en el área de prevención primaria. Al conocer los factores de riesgo (*véase Bonta y col., 2001; Gendreau, 1996*) usted puede evitar que algunos clientes cometan crímenes. Por medio del tratamiento puede ayudar a otros a evitar una recaída (por ejemplo, a través del tratamiento del consumo de drogas, la educación, el entrenamiento vocacional, remediando carencias de habilidades cognitivas y tratando las enfermedades mentales) donde la prevención primaria haya fracasado.

La teoría de este artículo es que la REBT/CBT puede reducir los daños futuros producidos por delincuentes identificados. El tratamiento, la rehabilitación y otros programas de integración, independientemente de si tienen lugar en la cárcel o en la comunidad, pueden beneficiarse de la introducción de componentes de CBT. Los tratamientos pueden verse reforzados por los clínicos que aplican en su trabajo la filosofía de REBT. Seleccionar los tratamientos según la valoración del riesgo del delincuente, según la respuesta a los posibles tratamientos disponibles y el enfatizar los métodos conductuales y cognitivo conductuales, ocasiona una disminución de las reincidencias (*Bonta, Bogue; Crowley & Motiuk, 2001*).

Sigue creciendo la evidencia que apoya la eficacia de la CBT con los delincuentes. Una revisión de la literatura previa mostraba indicaciones favorables (*Altrows, 1995*). Esta revisión muestra que trabajos más recientes apoyan a las siguientes hipótesis:

1. En la perpetración de un crimen están implicadas las cogniciones defectuosas, incluyendo contenidos y procesos cognitivos defectuosos.
2. A menudo, estas cogniciones defectuosas

pueden orientarse satisfactoriamente con CBT en general y con REBT en particular, consiguiendo una reducción de las recidivas.

3. Este resultado mencionado es contundente en relación con la población criminal que estamos considerando (*Becker, 1996; Dowden, Blanchette y Sessrin, 2001; Kopec, 1995; Nauth, 1995; Nezu, Nezu y Dudek, 1998; Whitford y Parr, 1995*), la naturaleza del delito (*Doolittle, 2000; Grossman, Martis & Fichtner, 1999; Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999*), el país en el que tiene lugar el crimen y la naturaleza de los grupos comparadores (*Grossman, Martis y Fichtner, 1999; Hall, 1995; Merrill, Alterman, Cacciola y Rugherford, 1999; Pearson y Lipton, 1999*). Se ha informado con frecuencia de unos resultados que alcanzan el 30% de reducción (*Grossman, Martis y Fichtner, 1999; Hall, 1995; Henning y Frueh, 1996; véase también Bakker, Hudson y Ward, 2000; Dowden, Blanchette y Serin, 2001; Gendreau, 1998*). Esta cifra es comparable con la reducción del 25% de objetivo conductual producido por los tratamientos psicológicos en general (*Gendreau, 1998*).

4. El tratamiento ambulatorio tiende a ser más eficaz que el tratamiento en régimen de internado o institucional (*Grossman, Martins y Fichtner, 1999; Hall 1995; Polizzi, Mackenzie y Hickman, 1999; y ver Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999*).

5. Pueden ser igual de efectivas tanto la modalidad individual como la terapia en grupo (*Irvin, Boers, Dunn y Wang, 1999*).

6. La prevención de los componentes de la recaída potencian la efectividad (*Laws, 1999*).

7. Los psicópatas pueden ser diferentes: parecen tener un déficit en los procesos cognitivos, no específicamente de contenido cognitivo (*Wallace, Schmitt, Vitale y Newman, 2000*). Hipotéticamente, algunos pueden responder a un planteamiento de “detente y piensa” para compensar los déficits en los procesos de autocontrol largos, conjuntamente con el énfasis sobre el autocontrol de decisión (elecciones de un modo de vida que

reduzcan la necesidad de un autocontrol prolongado).

## Bases del tratamiento

Tal como se ha indicado anteriormente, el tratamiento se ve reforzado si se consideran los principios de un tratamiento efectivo, (*Andrews, Zinger, Hoge, Bonta et al., 1996*), es decir, el riesgo, la necesidad y la capacidad de respuesta. Según el principio de riesgo, es mejor concentrarse en delincuentes de mayor riesgo. El principio de necesidad dirige el tratamiento hacia los factores criminogénicos, incluyendo actitudes (sentimientos pro criminales), relaciones, déficit de habilidad y disforia. El principio de la capacidad de respuesta aboga por la identificación y el uso de métodos a los que, probablemente, respondan tanto el problema como la persona. El informe de *Andrews y col. (1996)* concluye que los métodos conductuales y cognitivo conductuales llevados a cabo con altos grados de fidelidad tienden, claramente, a ser más efectivos. Un sello de la terapia cognitiva es el cambio cognitivo; se presentan aquí tres estudios recientes para mostrar la importancia de conseguir que los delincuentes hagan un cambio cognitivo.

Con frecuencia, se ha considerado a los programas multicomponentes basados en la CBT para el manejo de la ira como efectivos, entre otros, para presos. *Díaz (2000)* demostró que el cambio cognitivo está implicado en este efecto; un desmantelado estudio con presos demostró que la desensibilización sistemática y la reestructuración cognitiva eran ambas efectivas solas. *Johnson (2002)* examinó la asociación entre el consumo de alcohol y la violencia contra mujeres; cuando uno externaliza actitudes hacia la degradación y el control sobre las mujeres, esta asociación es anulada. Por lo tanto, parecería que para los hombres que consumen alcohol y también agraden a mujeres, no es suficiente que sigan un tratamiento para el alcohol, sino que el tratamiento también debe influir sobre la cognición que apoya la violencia contra la mujer. *Hawkins (1998)* encontró apoyo indirecto para el uso de la terapia cognitiva: aunque los presos que recibían meditación trascendental (MT) no mostraron cambios en el bienestar psicológico medible, sí que mostraron una reducción de

las distorsiones cognitivas. Dado que la terapia cognitiva está enfocada directamente hacia las distorsiones cognitivas además de hacia otros factores cognitivos y emocionales, cualquier cárcel que acoja la MT también haría bien incorporando la CBT.

Además de los principios del tratamiento efectivo mencionado anteriormente, la literatura sobre la prevención de la recaída (PR) también es de gran valor en el diseño del tratamiento. La contribución de la REBT en este campo, con trabajos sobre el consumo de sustancias y otros hábitos disfuncionales, es extremadamente útil para cualquiera que trabaje con delincuentes (*Bishop, 2000; Ellis y Verlten, 1992*). Es muy útil revisar la bibliografía sobre la PR en cuanto a trabajos tradicionales y recientes. Según *Marlatt y Gordon (1985)*, un programa de PR con éxito logra que los clientes identifiquen y aprenden a manejar situaciones de alto riesgo, tomen Decisiones Aparentemente Sin Importancia que pueden ser un paso en el camino hacia la recaída, y reconozcan y burlen el Síndrome de Abstinencia de Violación (SAV) – la tendencia hacia un desliz que irá seguido de cogniciones disfuncionales, efecto disfuncional negativo y recaída. Más recientemente, *Laws (1999)* ha comunicado extensiones y revisiones. En primer lugar, el SAV requiere más atención de la que ha estado recibiendo. Para algunas personas un desliz se asocia a un efecto positivo y consecuentemente el comportamiento puede ser recompensado y por lo tanto hay más posibilidades de que reincida. En segundo lugar, es mejor sustituir el objetivo de prevención total de recaídas por el de “reducir el daño”. En tercer lugar, podría ser mejor considerar el trabajo en este campo como gestión más que como tratamiento, puesto que el crimen no es una enfermedad ni un síntoma. En cuarto lugar, podría contemplarse la PR como un programa distinto, como una estrategia global que conceptualmente un sistema de programas o como ambas cosas. Finalmente, para el desarrollo y la evaluación de un programa, es importante distinguir si uno está utilizando PR (por ejemplo, un sistema que deliberadamente contiene suficientes elementos para la PR) o si uno está simplemente confiando en prevenir la recaída. El fracaso en hacer esta distinción ha provocado confusión en la búsqueda de bibliografía. Teniendo en

mente esta preocupación, *Laws (1999)* compara la CBT con y la CBT sin los componentes de PR. Tanto la PR como otros CBT tienen en cuenta las puntuaciones de auto eficacia, los desequilibrios en el modo de vida, las estrategias conductuales y cognitivas de aceptación, las autobiografías, la auto monitorización, las entrevistas motivacionales, las adicciones positivas, las terapias conductuales y la reestructuración cognitiva. De todos modos, un programa CBT también es un programa de PR hasta el extremo de que considera conceptos que son relativamente específicos de PR, como son el ensayo de recaída, las fantasías de recaída, la hoja de ruta de recaída, los precursores de la recaída, las situaciones de alto riesgo, la cadena cognitiva conductual, los impulsos y las ansias, la matriz de decisión, el etiquetaje y el desapego, el efecto de abstinencia de violación, las decisiones aparentemente sin importancia y las pruebas de competencia situacional.

### **Aplicaciones de prevención de recaída en CBT**

El uso del modelo de PR puede ser de ayuda para enfocar los esfuerzos de la CBT. Los principios de la PR se han aplicado a pacientes judiciales en un programa de un hospital psiquiátrico de media seguridad. Se proporcionan tratamientos específicos, tales como consejo psicológico individual, terapia dialéctico-conductual, programas de recompensa y medicación antidrogénica en un contexto de componentes de la vía de recaída tales como cogniciones disfuncionales, inestabilidad emocional, impulsividad y desviaciones sexuales respectivamente. Los breves casos que se exponen a continuación, con los detalles de identidad cambiados, son ilustrativos.

El Sr. X es un hombre de mediana edad diagnosticado de trastorno de personalidad cuyo historial de crimen violento estaba asociado al alcohol. Estaba claramente indicado nuestro programa para drogas/alcohol (con un fuerte enfoque CBT/REBT). El examen de su trayectoria de recaída reveló el consumo de drogas para aliviar la ansiedad social. Por lo tanto, los componentes de su programa de tratamiento tam-

bién incluyeron la reducción de la ansiedad (relajación progresiva, discusión de las creencias que contribuyen a la ansiedad social), además de componentes que pretenden ayudar a crear habilidades sociales relevantes (club de teatro, grupo de habilidades de comunicación). Desde una perspectiva de REBT trabajamos en cambiar algunas de sus demandas disfuncionales, tales como “debo tomarme una copa cuando me entra la ansiedad”, “no debo ser ansioso”, y “debo comportarme bien en sociedad”. Adicionalmente, trabajamos ayudándole a lograr algunas de sus preferencias (menos ansiedad, mejor comportamiento social).

El Sr. Y era un hombre esquizofrénico con una inteligencia limitada y pocas habilidades para la vida. Al afrontar las necesidades de supervivencia, los deseos de objetos o actividades, o las sensaciones desagradables, tenía escasas opciones pro-sociales para conseguir sus objetivos. Por lo tanto, tendía hacia los crímenes contra la propiedad, el consumo de alcohol y la agresión. Además de tratar su enfermedad a través de la medicación y de nuestro programa de tratamiento de síntomas, le enseñamos habilidades básicas tales como la utilización de la red de transporte local, hacer la compra, cocina y nutrición, y como administrarse. Un grupo de habilidades en la comunicación le ayudó a revelarse y a manejar sentimientos tales como la frustración o la ira.

El Sr. Z, diagnosticado como enfermo bipolar, había cometido agresiones brutales cuando estaba enfadado y se unió a uno de nuestros grupos de gestión de la ira. La revisión de su proceso de recaída mostró que su ira solía estar precedida de aburrimiento; respondía al aburrimiento con agitación, que a su vez reducía el umbral de ira. Por todo ello, se le enseñaron técnicas para manejar el estrés así como a experimentar actividades sociales de ocio (actividades deportivas, jardinería, trabajos con la madera) en las que pudiera enfrascarse y prevenir y acabar con el aburrimiento. Al mismo tiempo, en un grupo de tratamiento de la ira, aprendió que no es horrible estar aburrido, y que podía tolerar esa sensación sin desarrollar necesariamente respuestas emocionales secundarias.

Los ejemplos anteriores muestran que el análisis del PR puede ayudar a identificar necesidades de tratamientos que de otra manera no serían tratados. En ocasiones, hemos utilizado implícitamente el modelo de PR para recomendar y proporcionar una amplia variedad de opciones de tratamientos a los pacientes. Estas incluyen sus incorporaciones a un negocio manejado por pacientes, el considerar el apoyo psicológico vocacional o la colocación en un trabajo, y la participación en programas de repetición para mantener sus logros. Para aquellos que padecen una enfermedad mental mayor, la PR habitualmente implica su aceptación de la medicación prescrita, el tener un estilo de vida activo pero sin estrés y el vivir en un entorno relativamente tranquilo.

### **Delincuentes vigilados por la comunidad**

En la práctica privada, he proporcionado consejo psicológico enfocado hacia la CBT a delincuentes del Canadá Federal en varias formas de libertad condicional (e.g. libertad bajo palabra) durante 10 años. Esta sección describe métodos y procedimientos que me han resultado útiles. La terminología “compromiso, persuasión, acción” la he tomado prestada de otros que, de forma similar, han trabajado en etapas de modelos de cambio, en los que cada etapa requiere un comportamiento diferente por parte del terapeuta.

#### *Fase de compromiso*

Al principio, es importante proporcionar al cliente la información que le permita tomar decisiones informadas sobre el apoyo psicológico. Así pues, describo la naturaleza y los límites de confidencialidad de nuestras reuniones (la confidencialidad es extremadamente limitada en alcance y no se promete nada), explico como veo mi papel, la naturaleza de mi asociación con el sistema correccional y la naturaleza de las expectativas del sistema sobre mi comportamiento (en especial en cuanto a la información reportada). Posteriormente, me aseguro de escribir una breve nota especificando que he proporcionado esta información. A pesar de que

muchos terapeutas hacen esto como norma general, uno puede relajarse fácilmente. Con clientes correccionales en particular, este relajamiento puede crear más adelante graves problemas tanto éticos como de confianza, cuando le revelen información que quieren que usted guarde en secreto. En general, la discusión referente a la confidencialidad simplemente confirma que el cliente haya entendido lo anterior y refuerza mi credibilidad. Esta parte de la primera sesión no es solo un requisito necesario antes de iniciar la terapia; más bien, puede marcar la tónica de nuestro trabajo posterior. Si yo invito y acepto (sin que sea necesario compartir) los pensamientos y los sentimientos de mi cliente sobre estas normas, es más posible que el cliente se anime a expresar otros pensamientos y sentimientos más adelante. Yo intento aprovechar esta ocasión para crear un entorno que favorezca esta apertura, en contraposición a muchos entornos que los clientes correccionales, en particular, han experimentado anteriormente. Al mismo tiempo, el asunto de la confidencialidad es rico en asociaciones tales como el razonamiento moral, la asunción de múltiples perspectivas y el pensamiento consecuencial – asuntos que están, casi invariablemente, relacionados con las decisiones del cliente sobre el crimen. Por lo tanto, al discutir este asunto, como pasa con muchos otros asuntos aparentemente neutros, el cliente puede revelar carencias que deberán tratarse y fortalezas a aplicar en otras situaciones.

Es esencial ser precavido tanto en esta fase como en fases futuras. Es útil estar familiarizado con la literatura sobre el trato con clientes agresivos o peligrosos en algún grado (*por ejemplo, Berg, Bell & Tupin, 2000*). Al mismo tiempo, esto le ayuda a aceptar el hecho de que no puede eliminar el riesgo, ni para usted mismo ni para la comunidad. Si tiene dudas sobre reunirse con un cliente en particular en un lugar y hora en concreto, considere la posibilidad de cambiarlos. No se reúna con pacientes que estén bajo los efectos del alcohol. Organice cuidadosamente el escenario físico; mantenga fuera de la vista y del alcance lo que podrían ser armas potenciales, tales como tijeras o abrecartas; tenga una vía de escape, tanto para usted como para su cliente; tenga a mano un timbre o un sistema de alarma.

Usted también querrá protegerse contra la intrusión psicológica no deseada. Esta preocupación general en el apoyo psicológico es especialmente notable en el trabajo correccional, en el que las consecuencias de los problemas de relación pueden ser graves. Muchos de los clientes correccionales tienen facetas antisociales, narcisistas o características límites (borderline) que los consejeros deben conocer. La persona antisocial que le pide un pequeño favor o que le hace uno a usted, podría estar sentando las bases para algo de más envergadura. La persona narcisista que espera, e inicialmente recibe, tratamiento especial por su parte – en su afán por ser considerado con sus sentimientos – puede seguir requiriéndole este tratamiento más adelante. El paciente borderline que falta a las citas continuamente, que se presenta a la hora equivocada, que alarga el final de la sesión y que llama a su despacho para concertar citas urgentes podría estar buscando una relación más personal con usted. Si usted tiene claro en su cabeza cuales son los límites, podrá referirse a esos límites con calma y en los momentos más convenientes.

Muchos de los clientes correccionales aceptan consejo psicológico solo para cumplir con una condición impuesta desde el exterior y no esperan que suceda nada más. Por el contrario, el optimismo es un sello de la CBT, donde el tratamiento implica una serie de experimentos que proporcionan datos útiles. Además, el cliente correccional puede considerar sus metas como una oposición a las de usted o a las de la sociedad y, en algunos aspectos, puede estar en lo cierto. No obstante, hará usted bien en centrarse en los objetivos comunes que tienen ambos, tales como reforzar su calidad de vida, rebajar su nivel de estrés y limitar el nivel de daño que le puede causar el sistema correccional.

#### *Fase de persuasión*

Es un error asumir que la meta de algunos de sus clientes es evitar el reingreso en la cárcel, puesto que puede percibir que la vida en prisión tiene una serie de ventajas en relación con los retos de vivir en sociedad. Por lo tanto, es útil trabajar sobre la tolerancia de la frustración y la proyección del tiempo, haciéndole aceptar que no es infrecuente que la calidad de vida

decline durante un tiempo tras la liberación pero que con el tiempo y con esfuerzo, probablemente encontrará que los beneficios superan a los costes.

En la mayoría de los casos, la historia del cliente correccional y su entorno varían significativamente de los del terapeuta, y ambos lo saben. Lo que tiene sentido en su entorno puede no tenerlo en el de él, no necesariamente porque él tenga distorsiones cognitivas, sino porque las consecuencias de su comportamiento son diferentes en su entorno. Por lo tanto, puede ser esencial dedicar una buena parte del tiempo a aprender sobre el cliente y su entorno, incluyendo sus valores, consecuencias conductuales y sus retos. Por ejemplo, el “código del interno”, no es el adecuado para un entorno pro-social, pero si tiene algunas aplicaciones útiles (aunque también destructivas) en prisión. Hablando con el cliente sobre estos asuntos, usted se familiariza más ampliamente con el contexto y la situación en los que se desarrollan sus pensamientos, sus sentimientos y su comportamiento. Entonces los dos estarán en una mejor posición para valorar hasta que punto su entorno anterior encaja con el actual y con el entorno ideal para el futuro. De este modo, podría ser sencillo, por ejemplo, explicar que si alguien en la calle te insulta, puedes sencillamente continuar andando y no preocuparte por tu reputación y consiguiente seguridad. Por otro lado, en la comunidad, el comportamiento de otros tiene diferentes significados que en la cárcel: la gente te mira sin que eso implique un enfrentamiento y cuando chocan contigo no tiene, normalmente, ningún significado. Su cliente probablemente respete más que acepte esta información si constata que usted entiende las bases de su punto de vista. También será útil reconocer que algunos de los valores que usted mantiene y que podría creer que son universales, pueden ser considerados de otra manera por parte de su cliente. Muy a menudo las diferencias van en contra del razonamiento. Por ejemplo, ellos pueden darle un valor extremo (a veces desmesurado) a su reputación o a su auto-respeto, aunque los comportamientos en los que se basa esto pueden ser muy distintos que los de quienes tienen un historial más pro-social. Yo no creo que sea de ayuda abordar estas diferencias con un enfrentamiento directo. Por el contrario, puede ser más favorable provocar las creencias

pro-sociales de los propios clientes. Por ejemplo, uno puede preguntar sobre el tipo de vida que les gustaría proporcionar a sus hijos actuales o futuros – que es casi siempre muy distinta de la historia de su propia vida – y partir de ahí.

### *Fase de acción*

En línea con la propuesta de *Ellis (1985)* sobre el pensamiento criminogénico, en el curso del tratamiento uno abordará el “problema de la gratificación inmediata” o la baja tolerancia de la frustración. También se abordarán errores cognitivos tales como el pensamiento absolutista. Tal y como se ha sugerido antes, los problemas con esfuerzos narcisistas para proteger la autoestima, a costa de todos los interesados, se abordan bien a través de REBT.

### *Fase de mantenimiento*

Al final de la terapia, algunas veces le doy al cliente mi tarjeta y le sugiero que me vuelva a llamar si cree que puede ser de ayuda para él. Soy prudente al ofrecer mis servicios pro-bono después de la aprobación oficial del tratamiento y en caso de hacerlo, normalmente antes lo consulto con su supervisor de libertad provisional y dejo constancia en mi informe final de haberlo ofrecido. De esta manera, no se percibe ninguna relación especial con el cliente.

## **Valoración de riesgo**

De acuerdo con el principio de riesgo, como se expone anteriormente, se obtiene un mayor beneficio acumulado si se trata a personas con un riesgo alto de recaer en la delincuencia. Se ha observado consistentemente que la valoración realizada por expertos es más efectiva que las sentencias de valoración de riesgo sin ayuda clínica. El punto de mira de este capítulo es un examen detallado de varios instrumentos de valoración de riesgo, ya que hay teorías que subyacen a la naturaleza de la valoración del riesgo. Para los propósitos actuales, se hace constar que el riesgo es una función de la persona y el entorno, y que no está “dentro de la per-

sona”. Por lo tanto, riesgo no es distinto de “peligrosidad”, que connota la medición de un rasgo. El tratamiento, la vigilancia y la restricción de libertades pueden modificar el riesgo. Idealmente, las declaraciones sobre riesgo incluyen una descripción del entorno en el que ocurre el riesgo declarado, los posibles objetivos, la presencia o ausencia de violencia y el grado de daño probable que se puede infligir, signos de peligro u otros factores dinámicos (incluido el tratamiento en curso) que puedan incrementar o reducir el riesgo. Se han designado diversos instrumentos para valorar el riesgo estático, el riesgo dinámico (*Quinsey, Coleman, Jones y Altrous, 1997*), el riesgo general de reincidencia, (*Andrews y Bonta, 1995; Loza y Loza-Fanous, 2001*), el riesgo de reincidencia violenta (*Hare, 1991; Harris y Rice, 1997; Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997*), riesgo de violencia doméstica (*Kropp, Hart, Webster y Eaves, 1995*) y el riesgo de violencia sexual (*Quinsey, Harris, Rice y Cormier, 1998*).

Si usted tiene algún control sobre la selección de las personas que tratará, puede tener más impacto sobre el crimen, tratando a los que están expuestos a un mayor riesgo, especialmente en cuanto a la violencia o a otras agresiones graves. No obstante, este asunto se complica por otras cuestiones. En primer lugar, como los instrumentos son estadísticos por naturaleza, no establecen si un individuo en concreto volverá a agredir. Por lo tanto, un cliente que puntúa relativamente bajo en los instrumentos puede, debido a una configuración de las condiciones relativamente específica que no está bien representada por las muestras del estudio (tales como una condición médica inusual), presentar clínicamente un riesgo más elevado que el valorado por un experto; en tal caso, puede ser necesario anular el método del experto para dar el juicio clínico. En segundo lugar, aunque se ha demostrado que los factores estáticos tienen un valor moderado en la valoración de riesgo, el valor predictivo de los factores dinámicos – en particular la psicoterapia – está menos y peor establecida en este aspecto. Por lo tanto, los estudios en psicoterapia tienen el potencial de contribuir en la valoración del riesgo. Tercero, algunos escritores han expresado serias dudas respecto a la corregibilidad de las psicopatías hasta el extremo que “puede ser que

revisando la pesimista literatura sobre el tratamiento de la psicopatía hayan concluido prematuramente que no sólo es un tratamiento ineficaz si no que incrementa el riesgo” (*Serin & Brown, 2000*). La literatura sobre esta cuestión es escasa y nada concluyente, especialmente en relación con los efectos de la CBT, y el ya mencionado trabajo de *Wallace y col. (2000)* parece prometedor. Dado que estos delincuentes son responsables de tanto daño, es importante no dejar de tratarles. Se precisa más investigación en psicoterapia – especialmente CBT y REBT. Por ejemplo, como se ha destacado anteriormente, ha habido la sugerencia – basada en un hipotético procesamiento defectuoso de la información en los psicópatas – de que puede ser beneficioso aquel tratamiento que consiga que los psicópatas se detengan y piensen (*Wallace, Schmitt, Vitale & Newman, 2000*).

Las filosofías que subyacen a la terapia cognitiva, especialmente la REBT, pueden ser extremadamente poderosas para tratar con los asuntos relacionados con el riesgo. Primero, la filosofía REBT aboga por evaluar los efectos del comportamiento, pero no por evaluar a la persona. Por tanto, el clínico puede tolerar más fácilmente el trabajar con alguien que ha cometido o tiene probabilidades de cometer un acto atroz, sin ver a la persona como “malo”. El segundo sigue como un corolario. Muchas personas de alto riesgo poseen, sin embargo, cualidades positivas y, debido a estas cualidades, los clínicos pueden experimentar el “efecto halo positivo” Es decir, los clínicos pueden reducir su propia disonancia cognitiva viendo al delincuente como si presentara menos riesgo del que indicaría la evidencia objetiva. El practicante de REBT, que idealmente no ve a la gente como “buena” o “mala” si no como compleja, puede ser menos sensible a este error. Tercero, el practicante de REBT puede ser muy capaz de transmitir todo lo anterior al cliente y de este modo el cliente puede llegar a ser menos reacio a ver su propia vulnerabilidad a delinquir de nuevo. Por tanto, él puede llegar a estar más dispuesto para trabajar sobre su vulnerabilidad. Puesto de manera simple, ambas partes pueden acordar trabajar sobre los problemas, reconociendo que estos problemas no tienen nada que ver con ser buena o mala persona.

## Desafíos clínicos específicos

Los clientes correccionales presentan por lo normal numerosos desafíos. Puede ser útil observar los siguientes patrones de cognición y comportamiento y planificar sus respuestas. Los ejemplos se basan en clientes correccionales que he tratado:

### *El cliente abiertamente resistente*

En la primera sesión, o posiblemente más adelante, el paciente indica que acude únicamente para obtener el grado de libertad condicional. Este cliente probablemente espera de usted que o rescinda la terapia o que participe en una lucha para que la terapia continúe. Usted no necesita hacer nada de ello, si no conducir el comportamiento del paciente de manera que permita que el tratamiento continúe de manera efectiva. Reconozca la franqueza del comentario del cliente afirmando que esa franqueza es casi esencial para que el tratamiento sea efectivo. Reitere su posición: usted está ahí para ofrecer un servicio, pero en ningún caso para obligar al cliente a compartirlo. Usted puede optar también por empatizar con la posición del cliente y reconocer que es más duro aceptar el tratamiento bajo la circunstancia actual que de forma voluntaria. Entonces, pueden trabajar conjuntamente en la identificación de los obstáculos para que la terapia sea efectiva y en identificar las condiciones en las que la terapia podría ser efectiva - si ello es posible - para su cliente. Por ejemplo, usted puede sugerir probar tres o cuatro semanas, tras las cuales estaría en posición de transmitir a las autoridades que se ha dado una oportunidad a la terapia. En esencia, su objetivo es establecer una alianza terapéutica y erosionar el poder diferencial que percibe inicialmente el cliente de modo que la participación del cliente llega a ser relativamente voluntaria. Si esto fracasa, el cliente y usted pueden separar sus caminos amigablemente, y a él se le puede dar la oportunidad de reconsiderar la vuelta a la terapia al cabo de un tiempo y habrá tenido una interacción terapéutica con usted.

### *El cliente intruso*

Este es el cliente que no respeta los límites, que

usa su teléfono sin preguntar, que coge su comida o su café o que no acude a las citas convenidas y luego aparece a horas indebidas. Este cliente no se detiene en la pregunta de cómo le ha ido el fin de semana, si no que le pregunta si llevó a su familia al carnaval, cuanto cobra por sesión y si estaría dispuesto a verle en un restaurante mejor que en una aburrida consulta. En ocasiones el comportamiento es inocente aunque irritante y habla para no responder. En otras ocasiones usted puede estar tratando con características graves límite (borderline) que también pueden estar implicadas en los delitos del cliente. Estos clientes no responden bien a la confrontación directa. Puede ser mejor responder con redirección cortés. Por ejemplo, usted puede decir, “Me encantará que vuelva a usar el teléfono otra vez; sólo dígamelo cuando lo necesite” o “Empleemos bien el tiempo ocupándonos de sus temas”. Según la respuesta de su cliente usted puede preguntarle cómo se siente acerca de lo que usted ha dicho. Entonces, usted puede especular acerca de cualquier conexión entre el incidente de intrusión y la historia criminal del cliente, espacialmente si esta está relacionada con la cólera, los celos y una necesidad percibida por los otros de responder acorde con los deseos del cliente. Al mismo tiempo, dependiendo de la naturaleza de la intrusión, usted podrá valorar mejor si el cliente representa un riesgo personal para usted. Del mismo modo que sería un error sobre reaccionar, también sería un error ignorar las señales de peligro.

### *El cliente psicopático*

No todos los clientes psicopáticos se parecen. La filosofía REBT puede usarse para recordarle que aunque a usted le pueda gustar el cliente, y aunque mucho del comportamiento del cliente pueda ser a causa de una victimización precoz, incluidos el abuso y el descuido, y aunque el cliente no sea una mala persona y pueda tener buenas cualidades, y aunque nosotros intentemos ver a la gente como capaces de cambiar, ninguna de estas consideraciones evita que el cliente sea un psicópata. Por lo tanto está en la línea de la filosofía REBT el ver a los clientes y a la literatura pertinente de forma objetiva más que de la mane-

ra en que deseamos que sean y actuar con los ojos abiertos. Cuando usted se encuentre asimismo creyendo la versión de los hechos relatados por un presunto psicópata, es el momento de pedir una segunda opinión a un colega.

#### *El cliente intimidante*

Es difícil que usted pueda ser terapéutico si está asustado, o incluso seriamente preocupado, acerca de que el cliente pueda atacarle o de dañarle de otra manera. En general, no es sensato ignorar estos sentimientos, se debe manejar el riesgo. Se recomienda consultar ya que es posible tanto terminar el tratamiento como remitir al cliente.

#### *El cliente ebrio*

Ocasionalmente los clientes aparecen por las sesiones bajo la influencia del alcohol o de otras drogas y por tanto usted querrá estar familiarizado con los signos de intoxicación de una gran variedad de drogas. Es mejor comunicar calmadamente que usted no puede ser de ayuda en ese momento pero que estará encantando si le llama otro día para acordar una nueva cita. En algunos casos, puede ser de ayuda exponer esta política a los clientes en la sesión inicial.

#### *El cliente ruidoso y bullicioso*

Contrariamente a otras formas de terapia, la terapia cognitiva no apoya un buen acuerdo de “ventilación” de las emociones. En el peor de los casos, tal ventilación puede convertirse ocasionalmente en un incidente. En el mejor, es disruptivo para usted y para los que están cerca, y una actitud permisiva hacia ese comportamiento puede implicar afirmación del pensamiento irracional subyacente. Por tanto, es mejor disuadir tranquilamente al cliente de tales arrebatos. Usted puede mencionar también que en el futuro interrumpirá los arrebatos explicando las razones para hacerlo. Finalmente, usted querrá que sus clientes ganen control sobre sus arrebatos, en parte por medio de la discusión de las creencias irracionales subyacentes implícitas a la ira y a la baja tolerancia a la frustración.

#### *El cliente negador*

Este cliente niega todos los problemas, o habiendo cometido el delito, puede tener alguna de las creencias siguientes:

1. Soy mala persona por actuar mal
2. Usted pensará que soy una mala persona si cree que actué mal
3. Es más fácil evitar los problemas que subyacen a mi crimen que afrontarlos y tratar con ellos

Usted puede buscar estas creencias y empezar a discutir las con su cliente. Usted también puede reducir la resistencia evitando por su parte el pensamiento absolutista. Usted empieza acordando con el cliente que mucho de lo que aparece en los archivos es incorrecto, sea intencionadamente o no (normalmente un poco de cada). Pero entonces, usted pregunta, ¿significa esto que todo es incorrecto? E incluso si el cliente estaba injustamente condenado por varios crímenes, ¿no era suficientemente listo para haberse librado de otros muchos? En ningún caso, independientemente de si era o no culpable, el cliente fue condenado por crímenes y usted puede ofrecerse para trabajar con él en la evitación de situaciones y comportamientos que puedan conducirle a nuevas condenas.

#### *El cliente desagradable*

Es difícil que no te desagraden algunos clientes correccionales. Es útil el recordarse uno mismo que no es su trabajo que les gustes, y que no estás ahí para pasarlo bien. Usted habrá hecho su trabajo si puede ser efectivo en hacer que el cliente piense y actúe de un modo más racional y pro social. Al mismo tiempo, es útil aceptar el hecho de que usted siente por el cliente lo que siente, se acepte con ese sentimiento y se pregunte que le puede decir ese sentimiento acerca de su cliente. Posiblemente el aspecto del cliente sea ofensivo para usted o, posiblemente la naturaleza del crimen o la víctima evoquen fuertes sentimientos particularmente negativos. Usted puede decidir trabajar

sobre sus propios sentimientos o no hacerlo. En el último caso, no hay nada vergonzante en derivar al cliente a otro terapeuta.

### *El cliente ausente*

Los clientes correccionales destacan por faltar a las citas avisando o no. No es racional tomar esto como un reflejo negativo de usted o de su competencia, o extraer conclusiones acerca de la razón de la no asistencia. En algunos casos, el cliente se resiste activamente a la terapia o está bebido en el momento de la cita. En otras, es simplemente un caso de mala organización y un olvido de la cita o de haber hecho otros planes a la misma hora. Cualquiera que sea la razón, una baja asistencia puede indicar que el cliente no se adapta satisfactoriamente a la vida en la comunidad y puede estar al borde de ver revocada su libertad condicional. Es útil intentar entender por qué se perdió la cita y enfocar el problema como si pudiera relacionarse con la integración general del cliente en la comunidad. Al mismo tiempo, hará bien en revisar las notas y valorar si la dirección de las sesiones está en línea con las necesidades clínicas del paciente y los intereses que este ha expresado.

### *El cliente con un secreto*

Cuando el cliente pregunta si puede guardar una información entre usted y él - algo que no tiene que ver con el riesgo o el sistema correccional - usted puede tener la tentación de aceptar. Es un error el aceptar guardar una información antes de conocer exactamente de que tipo de información se trata. Si no se pone de acuerdo, según la valoración del cliente, en la importancia de la información - como ocurre a menudo - usted tiene un problema. La petición puede ser una petición sincera de ayuda, o puede ser un intento de una persona psicópata de probar o modificar sutilmente sus lealtades. (Pueden surgir situaciones similares con otras personas, como durante el curso de una llamada telefónica de la esposa del cliente).

## **Viñetas de sesiones con varones delincuentes**

Algunas viñetas ilustran la naturaleza de la terapia cognitiva con las personas en libertad condicional. El señor A entraría en mi consulta y “ventilaría” durante toda la hora de terapia, quizás por que otros terapeutas les han enseñado que es útil. Mis esfuerzos para presentarle evidencias en contra fracasaron. De modo predecible, él se sentía mejor pero se ponía peor, y estaba en serio riesgo de revocación de su libertad condicional. Finalmente, tuve éxito usando el método descrito por Howard Young, de crear una alianza con el cliente para defenderle de un tercero. En el caso presente, el tercero era el Consejo de Libertad Condicional que tenía la potestad de reenviarle a prisión. Le expliqué que el Consejo no sentiría simpatía por un hombre que se comportaba de esa manera en la consulta del psicólogo y que necesitábamos trabajar para cambiar ese y otros comportamientos para evitar que ellos le devolvieran a prisión. Entonces tuvimos las bases para la alianza terapéutica. Varios años más tarde seguía alejado de problemas.

El señor B fue remitido para que yo ayudara a identificar las señales de un delito inminente. El inventaba incesantemente y por tanto, como para muchos de sus semejantes, el auto informe no era necesariamente instructivo. Siguiendo el ejemplo de Albert Ellis (quien en una grabación de una sesión con un adolescente con trastorno de conducta, aceptó deliberadamente la historia revisionista de su cliente) yo no enfrenté a mi cliente con la fiabilidad de sus afirmaciones. En la terminología REBT, yo acepté sin crítica su versión de los sucesos activadores, trabajé con él para identificar una creencia racional que pudiera acompañar a esos sucesos y visionamos las consecuencias de tal creencia. Cuando el cliente afirmó haber tenido la creencia racional y disfrutó sus beneficios, le felicité y elaboramos los diversos beneficios de pensar y actuar como afirmaba que hacía. Nuestra relación fue amigable, nuestras reuniones placenteras y parecía que en estas reuniones se reforzaban el pensamiento racional y el comportamiento. Varios años después continuaba actuando bien.

El señor C fue condenado por un asesinato particularmente atroz. Su descripción del suceso y de los hechos precedentes difería significativamente de la versión oficial, tal como ocurre a menudo. En este caso, como en tantos otros, me apliqué juiciosamente la filosofía REBT a mí mismo, antes, durante y después de las sesiones. Como resultado fui capaz de aceptarle y ayudarle a vivir satisfactoriamente, al tiempo que tenía en cuenta el riesgo que presentaba.

El señor D, que tenía serios problemas de adicción a las drogas, tuvo éxito en dejar el alcohol y las drogas ilegales. Sin embargo, sus problemas para dormir amenazaban ese logro. La entrevista con un acercamiento multimodal (*Lazarus, 1973*) reveló que bebía varios litros de cola al día, especialmente antes de acostarse. Él desconocía totalmente que la cola contenía cafeína y sus efectos sobre el sueño. Fue un asunto relativamente fácil el aprovechar las habilidades que había aprendido recientemente para tolerar la frustración, de modo que pudo reducir y finalmente abstenerse de beber cafeína. Su sueño mejoró drásticamente y en su seguimiento permaneció limpio de drogas.

El señor E era un drogadicto que daba repetidamente positivo en todos los análisis de orina para consumo de drogas ilegales, aunque negaba consumirlas. Debido a ello fue devuelto a prisión. Respondió a esta situación con hostilidad, desaliento y consecuentemente con un bajo rendimiento. Desconozco si se le dijo la verdad, no es mi trabajo el saberlo. Independientemente, trabajamos las cogniciones filosóficas que le ayudaban a aceptar y a componérselas con la incertidumbre y la injusticia, así como a apoyar su motivación para evitar que expirara la orden del sistema correccional.

El señor F tenía una lesión cerebral y una reacción de ajuste grave para vivir en comunidad. Afirmaba que en el momento en que alguien le golpeará (literalmente) en la calle, respondería como en prisión, con ira inmediata que le conduciría a la agresión. Nosotros enfocamos repetidamente las aparentes cogniciones subyacentes, específicamente su decisión por la hostilidad. Por casualidad, paseaba una noche oscura con un

grupo de personas, uno de los cuales rozó inadvertidamente a mi cliente cuando se cruzaban. No pasó nada. Consecuentemente informé a mi cliente de que su trabajo había surgido efecto.

El señor G había asesinado a su esposa. Su sistema de creencia había contribuido claramente a este hecho. A pesar de su gran inteligencia y buena educación, creía implícitamente que la gente, especialmente las mujeres, debían cumplir sus deseos. Sin embargo, había respondido bien a la terapia cognitiva mientras estaba en la cárcel y creía que estaba curado. Nuestras sesiones consistieron en reforzar su aprendizaje reciente por medio de biblioterapia y mediante el enfrentamiento a conflictos actuales que estaba teniendo con mujeres que ejercían autoridad. Él llegó a darse cuenta de cómo estos conflictos estaban influenciados por algunas de las mismas cogniciones que su crimen y tuvo éxito en resolver estos conflictos de una manera racional.

El señor H es un psicópata al que no le sirve la terapia. Yo he aceptado tranquilamente que en este momento no tengo nada de valor que ofrecerle.

El señor I, como muchos reclusos, tenía pocas habilidades en el cuidado de niños y por tanto mi formación como psicólogo infantil le sirvió de ayuda. Además, yo envió a menudo a personas como él a agencias locales como pueden ser las especializadas en cuidados de día, los grupos de educación para el manejo de niños o los servicios de salud mental para niños y adolescentes. Podemos esperar que este trabajo pueda ayudar a romper los ciclos de falta de aprendizaje que subyacen particularmente en los crímenes intergeneracionales.

El señor J “encontró la religión” y como resultado estaba funcionando bien. El creía que sus consejeros espirituales le daban todo lo que necesitaba para tener éxito. Yo servía de apoyo a su éxito al tiempo que reconocía el riesgo de poner todos los huevos en la misma cesta. Por tanto, continué viéndome con él de cuando en cuando para que si su sistema de apoyo preferido fracasaba se sintiera cómodo contactando conmigo.

El señor K estaba condenado por acechar a su antigua amante pero lo negaba. Fracasé en el intento de que cambiara su historia. Sin embargo, trabajamos con éxito moderado en las creencias filosóficas que podían subyacer a su crimen tal como estaba descrito oficialmente.

El señor L era un hombre joven extremadamente violento y explosivo que creía que tenía el derecho de golpear salvajemente a las personas “que se lo merecían”. Fue enviado para tratar el manejo de la ira justo unas semanas antes de que expirara la orden judicial. No le interesaban para nada las discusiones filosóficas ni la relajación progresiva. Discutimos las consecuencias de la agresión, siendo una de las consecuencias que su madre, a la que adoraba, estaba negativamente afectada por su encarcelamiento. Con esta motivación se le enseñó una técnica de relajación de un minuto (*véase Lazarus & Lazarus, 1997*) que consiste en respirar lentamente mientras se piensa la palabra “relajación”. En entrevistas posteriores se refirió, sin dudar, a esta técnica como su “salvadora” la cual había empleado repetidamente para evitar meterse en problemas.

Finalmente, estaba el joven drogadicto, el señor M, que tenía ansiedad y depresión. Estaba visitando otro servicio en busca de apoyo psicológico por las drogas. Me vi con él con frecuencia, prestándole libros sobre REBT/CBT, trabajando con él en la discusión de creencias irracionales y asunciones irrealistas e intentando servir de modelo adecuado para él. Tristemente, al final murió, aparentemente, de sobredosis. Aunque nosotros habíamos tratado de ayudarlo usando métodos actuales que estaban muy contrastados en la teoría, la investigación y la práctica, nuestros esfuerzos fueron insuficientes para prevenir este trágico final. Su caso, como otros casos graves en que fracasa el tratamiento, proporciona motivación para mayores progresos en este campo.

## Resumen y conclusiones

La teoría, la investigación y la práctica muestran que la CBT, especialmente cuando utiliza la filosofía REBT, puede ser de máxima utilidad para el clínico que

trabaja con delincuentes. Este trabajo se centra en los delincuentes adultos jóvenes pero sus principios pueden hacerse extensibles a otras poblaciones de delincuentes. Desafortunadamente, el número de delincuentes es muy grande y el número de practicantes de CBT es muy pequeño. Esto es más lamentable en vista de los devastadores efectos del crimen y la demostrada capacidad de la CBT para reducirlo sustancialmente. Los practicantes y los responsables de las políticas deben intentar, con urgencia, aumentar el empleo de CBT y REBT en las poblaciones de delincuentes, tanto por ellos mismos como por la sociedad en general.

La Bibliografía y las tablas de los artículos las pueden pedir a:  
avellanedaguri@gmail.com.