



Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras y ciencias de la Educación
Escuela de Psicología Clínica**

Propuesta de un Plan Terapéutico Cognitivo Conductual

Para un Adolescente con Intento de Suicidio, perteneciente a un Grupo Emo.

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de
Psicóloga Clínica.**

Autor: Linda Regalado Villa.

Director: Mgst. Alberto Astudillo Pesántez.

Cuenca, Ecuador

2010

DEDICATORIA

A Mis padres: Jorge y Silvia. Gracias al inmenso cariño, y comprensión que me han dado me ha ayudado a salir adelante a quienes, a la vez, prometo que esta no será la última satisfacción académica que les dé.

Mis hermanos: Jorge y Silvio por regalarme su sonrisa cada vez que lo necesitaba.

A mis abuelitos por enseñarme que el sendero se hace al caminar, lo cual constituye la filosofía de la vida.

A toda mi familia quienes fueron el pilar fundamental para la culminación de mis estudios, porque gracias a su ejemplo aprendí que con amor, justicia y perseverancia todas mis metas y sueños se podían alcanzar.

AGRADECIMIENTO

A Dios porque fue, es y será generoso conmigo al darme la vida, la salud, la inteligencia y las fuerzas para salir cada día adelante, a pesar de las adversidades presentadas a lo largo de mi carrera universitaria

A mis padres, hermanos, abuelitos y tíos que gracias a sus sabios consejos han sabido guiarme de una manera adecuada y con su apoyo y amor que me han brindado he podido superar cualquier adversidad en todo momento. Quienes seguirán siendo las personas más importantes que existen en mi vida. Y gracias a mis padres siempre he podido cumplir mis metas, aspiraciones, ilusiones y anhelos.

Me es grato expresar mi sincero agradecimiento al Mst. Alberto Astudillo Pesántez por la acertada dirección de este trabajo, y a todos y cada uno de mis catedráticos, que con sus consejos, enseñanzas y apoyo han ido abriendo las fuentes del conocimiento para que me enriquezca de estas.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO 1

LA ADOLESCENCIA Y EL GRUPO EMO

1.1	La Adolescencia.	1
1.2	Desarrollo Social.	4
1.3	Grupo Emo.	7
1.4	Vivencias de un Grupo Emo en Cuenca.....	13

CAPÍTULO 2

EL SUICIDIO

2.1	Definición.....	16
2.2	Manifestaciones del Comportamiento Suicida.....	17
2.3	Situaciones que pueden provocar una crisis suicida.	20
2.4	Creencias erróneas relacionadas con el comportamiento suicida.	21

CAPÍTULO 3

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

3.1	Definición de la Terapia Cognitiva Conductual.....	24
3.2	Fundamentos Teóricos de la Terapia Cognitiva Conductual.	25
3.3	Técnicas Terapéuticas.	34

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 4

ESTUDIO DE CASO	41
CONCLUSIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	54
PÁGINAS DE INTERNET	55
ANEXOS	57

RESUMEN

En el siguiente trabajo de grado se desarrollará la Propuesta de un Plan Terapéutico basado en la Terapia Cognitivo Conductual aplicada a un Adolescente con intentos de suicidio que pertenece al Grupo Emo. Donde se explicarán los cambios que se producen en la adolescencia y la necesidad de integrar a un grupo, y se manifestará algunas características del Grupo Emo.

Además se darán a conocer características de los adolescentes con intentos de suicidio y sus manifestaciones donde se expondrán algunas creencias erróneas acerca de este comportamiento.

Se explicará lo que es la Terapia Cognitivo Conductual con sus respectivas técnicas, las cuales serán aplicadas en el estudio de caso que se realizó a un adolescente que presentaba intentos de suicidio, al cual se le ha diseñado un plan de sesiones terapéuticas para abordar todos los problemas psicológicos y emocionales que presenta el adolescente.

ABSTRACT

This research work is a proposal for implementing a Therapeutic Plan based on the Behavioral-Cognitive Therapy applied to a suicidal teenager belonging to the Emo Group. This thesis will explain the changes that occur during adolescence and the need of belonging to a group; we will also talk about some characteristics which will be seen in the Emo Group. Besides, some typical characteristics of suicidal teenagers and their manifestations will be dealt with; some erroneous beliefs about this behavior will be exposed.

The Behavioral- Cognitive Therapy will be fully explained as well as its techniques, which will be applied in the case study that was carried out with a teenager who showed a suicidal behavior. Several therapeutic sessions were designed in order to treat his psychological and emotional problems.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la edad adulta, donde se producen cambios a nivel físico, psicológico y emocional. El adolescente siente la necesidad de identificarse y pertenecer a un grupo donde los miembros tienen que cumplir ciertas características como vestimenta, peinados, accesorios y pensamientos; para poder ser miembros de un grupo determinado.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio en la adolescencia es una trágica realidad, ocupando un lugar entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos, sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes de vehículos de motor. Y lo peor es que la tendencia es a incrementarse.

Los adolescentes cada vez que atraviesan un problema no lo enfrentan sino buscan el camino más fácil que es el suicidio, no buscan alternativas ni soluciones a determinado problema. La mayoría de las veces las personas que se encuentran alrededor del adolescente no le prestan atención cuando comete un intento de suicidio o manifiesta sus pensamientos suicidas, ya que piensan que es sólo un chantaje que se está realizando. Pero no se dan cuenta que en realidad lo que el adolescente está pidiendo es que le presten atención, lo escuchen y le ayuden.

Tomando en consideración que el adolescente muchas de las veces no es escuchado y comprendido por sus padres, y que piensa que la única salida que tiene a sus problemas es la muerte; pongo en sus manos la “Propuesta de un Plan Terapéutico basada en la Terapia Cognitivo Conductual aplicada a un Adolescente con Intento de Suicidio que pertenece al Grupo Emo”.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO 1

LA ADOLESCENCIA Y EL GRUPO EMO

En la adolescencia se producen muchos cambios y estos influyen en varios aspectos de la vida del ser humano como son psicológicos, físicos y emocionales. El adolescente siente la necesidad de identificarse y de saber quién es por esta razón busca pertenecer a un grupo donde tienen sus propias reglas, vestimentas y diferentes características que les diferencian de los otros, pero muchas de las veces el pertenecer a un grupo les hace tener comportamientos y pensamientos erróneos y equivocados de la vida.

1.1 La Adolescencia.

La palabra adolescencia proviene del verbo en latín *adolescere* que significa “crecer” o “crecer hacia la madurez”. La adolescencia es un período de crecimiento entre la niñez y la edad adulta. La transición de una etapa a otra es gradual e indeterminada, y no se conoce la misma duración para todas las personas, pero la mayoría de los adolescentes, con el tiempo, llegan a ser adultos maduros. En este sentido, la adolescencia es como un puente entre la niñez y la edad adulta sobre el cual los individuos deben pasar antes de realizarse como adultos maduros, responsables, creativos. (Rice, 5).

En este período de crecimiento entre la niñez y la edad adulta el adolescente experimenta varios cambios físicos, psicológicos y emocionales; además sienten la necesidad de pertenecer a un grupo y de esta manera algunos de los adolescentes se sienten identificados.

Fases:

Adolescencia Temprana: incluye la preadolescencia, es decir, un momento localizado entre el período de latencia del desarrollo psicosexual y la adolescencia propiamente dicha. Toda la fase se caracteriza por cambios relativamente rápidos en la esfera corporal orientados hacia el desarrollo completo del ser; los cambios físicos muy precoces o los que se presentan de manera tardía, implican mayores dificultades de adaptación al incrementar un sentimiento de *ser diferente* frente a los miembros de su grupo de pares.

Adolescencia Mediana: se caracteriza por un aumento de la intensidad de los sentimientos y por una mayor visión de estos, tanto como por la sobrevaloración de su grupo de pares. Sus conflictos se ven en relación, entre otras cosas, con: preocupaciones y compromiso con y por grupo de pares, preocupaciones frente a imagen corporal, desarrollo de identidad; aquí aparece uno de los elementos de riesgo para el adolescente cual es el sentimiento de *omnipotencia e inmortalidad* que le lleva a incremento en la accidentalidad, empleo de psicotóxicos, comportamiento suicida, embarazo no deseado y presencia de ITS.

Adolescencia Tardía: los principales retos para este momento son los de lograr una identidad personal, aumentar la capacidad de intimidad afectiva con el *otro-significativo*, conseguir una separación de las figuras parentales, iniciar la adquisición de responsabilidades corrientemente dejadas a *los adultos*. Todo ello, sin embargo, puede conducir a incremento en los estados de depresión/tristeza, tendencias suicidas o

trastornos emocionales derivados de las necesidades de independencia y de la toma de responsabilidades de adulto. (www.onusida.org.co)

Cambios Psicobiológicos:

- Biológica: se enfoca a los procesos de la maduración sexual y el crecimiento físico que incluye el desarrollo de los órganos masculinos y femeninos, el desarrollo de las características sexuales secundarias y el crecimiento en peso y estatura. También existe una preocupación por la salud en relación a la nutrición, peso y atractivo físico; y las reacciones emocionales que los adolescentes presentan frente a los cambios corporales.
- Cognitivo: "Se enfrenta a dos aspectos: 1. Los cambios cualitativos que tienen lugar en la forma de pensar de los adolescentes, y 2. Los cambios cuantitativos que tienen lugar en la inteligencia y el procesamiento de la información. De interés también es el efecto que tienen los cambios cognitivos sobre la personalidad y la conducta del adolescente." (Rice, 6).
- Psicosexual: Se enfoca en el estudio de las emociones y el desarrollo de autoconcepto, autoestima, género e identidad. Además se interesa por la salud mental, trastornos emocionales y los efectos del estrés sobre el adolescente. Los valores sexuales, la conducta y la educación.
- Social: Se relaciona con el desarrollo social, las relaciones, las citas, el desarrollo del juicio moral, los valores, creencias y la conducta.

Todas estas áreas son importantes para el desarrollo del adolescente, ya que los cambios que se producen influyen dentro del comportamiento, conducta y desarrollo social.

La tarea más importante de la adolescencia es la búsqueda de la propia identidad; es decir, la respuesta a la pregunta "quién soy yo en realidad". Los adolescentes quieren desarrollar sus propios valores, opiniones e intereses y no sólo limitarse a repetir lo que sus padres les enseñan, sino quieren descubrir lo que pueden hacer y sentirse orgullosos de sus logros; necesitan sentirse amados y respetados por lo que son.

La confusión de la identidad en la adolescencia, les lleva a agruparse entre adolescentes y no toleran bien las diferencias como mecanismos de defensa ante dicha confusión. A veces también muestran su confusión actuando de maneras más infantiles e irresponsables para evitar resolver conflictos o actuando de manera impulsiva y sin sentido.

1.2 Desarrollo Social.

La sociedad de adolescentes son las organizaciones estructurales de subgrupos dentro de un sistema social adolescente; está constituida por las interrelaciones de los adolescentes donde se describe cómo piensan, se comportan y viven.

Los niños no dependen uno de otro para cubrir sus necesidades emocionales sino buscan a sus padres para adquirir o ganarse alabanzas, amor y ternura. Pero durante la adolescencia esta situación cambia, la necesidad de tener buenos amigos se convierte en una cuestión crucial en la adolescencia, ya que se sienten inseguros y ansiosos con respecto a sí mismos; los adolescentes se tornan hacia sus iguales para que le den el apoyo que antes era dado por su familia.

La primera necesidad de los adolescentes es formar relaciones con otros con quienes comparten intereses comunes (Hortacsu, 1989). A medida que se hacen mayores, desean una relación afectiva más estrecha, que implica compartir el afecto maduro, los problemas y los pensamientos más íntimos (Pombeni, Kirchler y Palmonari, 1990). Necesitan amigos cercanos que permanezcan juntos a ellos dándoles comprensión y cuidándoles. Los amigos comparten algo más que secretos o planes; comparten sentimientos y se ayudan mutuamente a resolver problemas y conflictos interpersonales (Werebe, 1987). Como dijo un chico: “Él es mi mejor amigo. Nos podemos decir cosas que no contamos a nadie más; comprendemos los sentimientos el uno del otro. Nos ayudamos mutuamente cuando lo necesitamos.” (Rice, 262).

Necesidades del desarrollo social:

- Necesidades de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
- Necesidades de ampliar las necesidades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
- Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
- Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juegos de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
- Necesidades de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
- Necesidades de encontrar un rol sexual masculino o femenino aceptable y aprender la conducta apropiada al sexo. (Rice, 261).

El proceso de desarrollo psicosocial:

- **Autosociabilidad:** la primera etapa, la autosociabilidad, corresponde con el período de desarrollo temprano del preescolar, donde el placer y la satisfacción provienen del propio niño fundamentalmente. El caso típico es el niño de dos años que quiere jugar en compañía de otros, pero no juega con ellos, sino junto a ellos. El adolescente que es aún solitario, que no tiene amigos, está en esta etapa preescolar de desarrollo.
- **Homosociabilidad:** la segunda etapa, la homosociabilidad, corresponde al período de desarrollo de primaria, donde el niño obtiene placer y satisfacción por estar con otros de su mismo sexo (no con propósitos sexuales, sino por amistad y compañía) (Buskowsky, Gauze, Hoza y Newcomb, 1993). Todo niño normal pasa por esta etapa importante de formar relaciones con el mismo sexo (Lempers y Clark-Lempers, 1993). Formar amistades con el mismo sexo en la preadolescencia es crucial para la formación de identidad y para los posteriores lazos heterosexuales.
- **Heterosociabilidad:** la etapa final, la heterosociabilidad, es la del desarrollo del adolescente y el adulto donde el placer de los individuos se obtiene de las amistades con personas de ambos sexos (Goff, 1990). El desarrollo de la intimidad es uno de los retos importantes de la adolescencia tardía (Paul and White, 1990). El fracaso en conseguir una relación estrecha con un miembro del sexo opuesto puede llevar a una ansiedad severa, miedos sobre la propia sexualidad y una menor autoestima. Los adolescentes mayores son particularmente sensibles y vulnerables al mal funcionamiento heterosexual. (Rice, 272).

Cada grupo que es formado por los adolescentes tiene su propia personalidad; los miembros se distinguen por su ropa, apariencia, nivel académico, participación extraescolar, habilidades sociales, estatus socioeconómicos, reputación y rasgos de la personalidad.

Una forma de entrar a un grupo determinado es ser como los miembros del grupo. Esto puede incluir utilizar un dialecto especial, llevar un cierto tipo de cinta para el pelo o calcetines de colores en cada pie, tipo y color de vestimenta, peinado, accesorios. Cuando algo se pone de moda, todos los del grupo lo llevan.

1.3 Grupo Emo.

“El movimiento de los jóvenes conocidos como emos puede ser riesgoso debido a que por su tendencia a la depresión se calcula que el 40% de esos adolescentes tienen tendencias suicidas en potencia, plantea un estudio de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).”
(www.eluniversal.com.mx).

El grupo emo es conformado por adolescentes que tienen su propia vestimenta, colores, peinados y reglas. Una de las frases que ellos tiene es: “Los muros que construimos alrededor de nosotros nos protegen contra la tristeza, pero también impiden que llegue la felicidad...”
(urbanosgrupos.iespana.es).

Historia

Hoy en día el emo es un movimiento bastante popular, pero sus orígenes y características no son tan conocidos. Como muchos otros movimientos urbanos, surge de una estrecha relación con la música, pero no llega a considerarse tribu urbana como lo fueron otros movimientos urbanos (punk, hip-hop, mod, rocker) hasta la actualidad.

El emo empieza a lograr adeptos en la década de los 80, de la mano de grupos musicales en EEUU como Bad Religion o Minor Threat, de características bastante diferenciadas con el punk que se creaba en las calles londinenses.

En la década de los 90, el movimiento se consolida y estabiliza, siguiendo el camino marcado por grupos como Sunny Day Real State, Rites of Spring o Weezer, extendiéndose por todo el mundo. Considerando los orígenes musicales y estéticos, podemos considerar que el emo deriva del punk, del grunge, del pop y del rock alternativo independiente, y su influencia se extiende hacia cualquier tipo de arte o cultura.

La actitud y filosofía emo es una actitud crítica, pero cuyo centro son las emociones, estrictamente personales y física. Al igual que los punkys, son rebeldes, callejeros y urbanos, pero resaltando los sentimientos personales como el dolor, la rabia y la insatisfacción por el mundo actual que les rodea. Tienen características similares a las del movimiento grunge, que se rebela contra el "sueño americano", una farsa que induce a los jóvenes al desempleo, desesperación, insatisfacción y dejadez

Pero en el movimiento emo no todo es tristeza y melancolía, también se caracterizan por sus fiestas y diversión, su humor irónico y sarcástico.

En la actualidad la mayoría de emos son de edad adolescente, entre los 14 y 20 años. Tienen una visión negativa de la vida y suelen mostrarse al mundo como pesimistas y víctimas de una sociedad creada pensando más en el capital y en los intereses privados que se olvida de las personas y sus verdaderas necesidades.

Son mentes inconformistas y pesimistas. Se preocupan mucho por su apariencia y se declaran en contra de las modas (aunque paradójicamente ser emo está de moda), suelen tener tendencia a preguntarse el sentido de las cosas y no suelen creer en las religiones.

Una de sus frases más repetidas es "el emo nace, no se hace". (urbanosgrupos.iespana.es).

Características

- Se basa en el uso del color negro, rojo y rosado.
- Pantalones apretados, zapatos converse o vans.
- Buzos ajustados al cuerpo con capucha.
- Correas y brazaletes con puntas.
- Estrellas rosadas en las correas o las mochilas.
- Piercing en la cara.
- Uñas pintadas de negro o de otro color oscuro.
- Maquillaje en los ojos y labios para hombres y mujeres.
- Siempre se usan accesorios: brazaletes, correas gruesas o collares.
- Se cortan la piel, como muestra de descontento con el mundo que los rodea.
- Pensamientos suicidas.

- Algunas parejas de “emos” tienen los mismos cortes en el cuerpo. Tratan de llevar las mismas marcas.
- Suelen usar muy a menudo las siguientes frases (lo saben de memoria): “la vida es un tormento”, “déjame hacer lo que quiero”, “Dios no existe, todo es sufrimiento”, “¿porqué tuve que nacer?”, “haz lo que quieras, con quien quieras, donde quieras, sin importar lo que digan tus padres”.
- Estar extremadamente delgado es sinónimo de la vida que quieren llevar (sin sentido y muy sufrida). Si una persona quiere ser emo, tiene que cumplir el requisito de ser delgado a cualquier precio, de lo contrario podría ser rechazado por su comunidad, y son llamados “casposos” o “lámparas”.
- Deben tener la mayor estatura posible. Si es bajo de estatura, tiene que usar plataformas.
- Tratan de que siempre el pelo les cubra la cara. No les gusta ser vistos. Dicen que esto significa que su existencia es sombría y triste.
- Están acostumbrados a que sus habitaciones tengan poca luz.
- Tienen como símbolos a las calaveras, corazones rotos y cualquier cosa de color rosado (estrellas, lunas, fuego, etc.).
- Las parejas también deben ser emo, con la finalidad de compartir el dolor en todo momento. Si el emo varón llora, la emo novia también debe llorar.
- Los hombres y mujeres se visten casi iguales, al punto de no saber quién es el hombre y quién la mujer. (www.soyemoyque.com).
- Se cortan la cara y los brazos, para después cubrirlas con el cabello y adornos, como forma de rebelión ante sus padres o ante el mundo.

Basan su filosofía en la igualdad de sexos y defienden la homosexualidad (no es cierto que todos los emos sean homosexuales, solo que creen en la no discriminación de este tipo). Utilizan muchos símbolos para representarlo, por ejemplo: Los hombres rompen todo tipo de prejuicio al momento de vestirse, por eso usan colores rosados, fucsias o morados en su ropa ya que al igual que las mujeres que alguna vez promulgaron la igualdad y la no discriminación de sexos decidiendo usar pantalones, ellos usan dichos colores por consideran que no hay por qué encasillar los colores de una manera sexista. De igual manera se maquillan apoyando el movimiento homosexual y demostrando que el maquillaje no es exclusivo de las mujeres. Como su nombre lo dice hacen públicos sus sentimientos y emociones sin ningún reparo ni acatando ningún prejuicio por lo que es común ver a los hombres llorar si así lo sienten, gritando o expresando sus sentimientos cualquiera que estos sean según los experimenten.

En la figura 1 se puede apreciar las características típicas de un adolescente que pertenece al grupo emo.

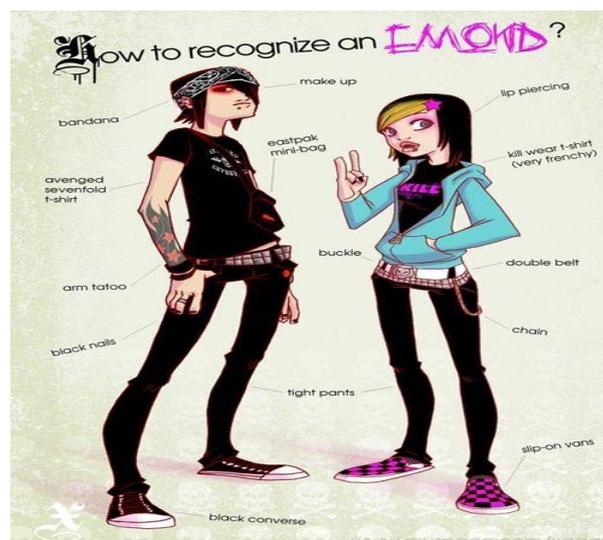


Fig. 1

Música del Grupo Emo.

Musicalmente se identifican como una rama del punk rock, cuya característica principal radica en las letras de las canciones, que generalmente reflejan a viva voz una situación triste, la misma que ha generado el rechazo de los seguidores del hardcore punk, quienes básicamente no aceptan muestras de sensibilidad.

El término proviene de emotional. El emo es un género musical derivado del hardcore punk de fines de los años '80, con una gran carga emocional e introspectiva en las letras. Muchas veces es difícil diferenciar el emo del rock alternativo, sin embargo en la actualidad se le relaciona más con el punk hardcore porque la carga de emotividad en las letras por lo general va acompañada por ritmos mucho más fuertes y crudos que los simples riffs de guitarras que se manejaban antes.

Las bandas emo tratan de no hacer música puramente comercial, sino de expresar las emociones de una manera genuina a través de la música. Con notables excepciones, los conciertos de los grupos emo suelen ser más baratos, y gran parte de ellos ni siquiera editan líneas de merchandising (camisetas u otros productos)

En términos generales, 'Emo' es un género musical que se caracteriza por la carga emocional de sus letras, casi siempre de dolor, de despecho y de odio. Los subgéneros que se desprenden de la música 'Emo' son el 'Emo punk' y el 'Emocore'.
(urbanosgrupos.iespana.es).

1.4 Vivencias de un Grupo Emo en Cuenca.

Se dará a conocer vivencias del grupo Emo que es conformado por siete adolescentes que estudian en un mismo colegio y que su edad está comprendida entre los 13 y 14 años de edad. Este grupo manifiesta algunas de las reglas, pensamientos y actividades que realizan dentro de su grupo.

“Para poder ingresar al grupo necesita contarme sus problemas. En nuestra vestimenta tiene que haber colores negros, rojos y rosados una mezcla de estos colores. Los hombres tienen que utilizar el cabello parado y las mujeres un mechón al lado tapándose el un lado de la cara.

Debe utilizar zapatos converse, una anarquía, manilla o collares que tengan el símbolo de la marihuana, tener las uñas largar de los dedos índice y meñique, y pintadas de negro. Hombres y mujeres se deben pintar los ojos de negro arriba y dentro del ojo. Se deben colocar un piercing en cualquier parte del cuerpo.

Tenemos un libro de reglas que es realizado por todos los miembros del grupo y si no cumple las reglas se tienen que cortar en cualquier parte del cuerpo. Las reuniones se realizan cuando uno del grupo tiene algún problema en la casa, escuela o en el amor. Contamos a todos los problemas que nos hacen poner tristes y luego todos nos cortamos porque somos como una sola persona, lo que le duele a uno le duele al otro. Nos realizamos cortes con cuchillos, jillete y cuchillas; en los brazos en especial en el izquierdo.

Quisiéramos que nos entiendan lo que queremos y nos acepten nuestra vestimenta, música, estilo y las automutilaciones que nos hacemos. Cuando nos cortamos sentimos placer.

Toda la gente nos ve mal como si fuéramos raros, todos nos odian. Sentimos rencor hacia nuestra familia, nadie nos quiere solo nuestro grupo nos quiere, somos muy unidos.

Llegar a la muerte sería lo mejor que nos pasará porque ahí se acabarían todos los problemas.

La vida no vale nada, solo nosotros tenemos problemas todos los demás son felices sin ningún problema.

Nos gusta los lugares oscuros, escuchar música suave, todo lo que nos dicen es para hacernos daño. Nos gusta realizar la fiesta de los “Terceros”, donde consumimos alcohol y todos nos cortamos recordando nuestros problemas. Nadie nos quiere”.

El grupo de adolescentes es conformado aproximadamente en el mes de noviembre donde algunos de los adolescentes comienzan a pintarse las uñas y los ojos de negro tanto hombres como mujeres, luego los profesores les comienza a llamar la atención por los accesorios que utilizaban y se observa claramente las automutilaciones de los brazos. Su comportamiento dentro de la institución comienza a cambiar y ya no van con las casacas del colegio sino comienzan a utilizar camisetas negras. El personal docente se preocupa de este tipo de comportamiento y cambio de algunos adolescentes y se les comienza a dar represarías y comunicar a los padres de familia lo que estaba ocurriendo.

Algunos adolescentes dejaron todo este tipo de comportamiento pero los 7 chicos siguieron hasta ahora de la misma manera, pero tratando de no llamar mucho la atención dentro de la institución con su estilo ni vestimenta. Luego se reunió a este grupo de adolescentes donde confirmaron que

ellos eran un grupo de Emos pero no querían que sus padres ni autoridades del colegio se enteren por temor a una expulsión.

Ver anexo 1, donde se podrá observar las reglas y dibujos que este grupo tiene como un folleto de reglas.

El refugio de los adolescentes al no ser escuchados y comprendidos por las personas que se encuentran a su alrededor, es su grupo de pares, donde ahí se sienten identificados, queridos, escuchados y comprendidos por los miembros del grupo al que conforman; dentro de los grupos tienen que cumplir cierto tipo de características y reglas que son creadas por ellos mismos.

CAPÍTULO 2
EL SUICIDIO

Muchas de las veces los adolescentes no encuentran una manera adecuada y asertiva de resolver los problemas, y la única solución que encuentran a sus problemas es el suicidio o realizarse automutilaciones. El comportamiento suicida de un adolescente da muchas señales, es por esto que no se deben pasar por alto estas señales ni ignorarlas, y tampoco creer que es solo para llamar la atención y que el adolescente nunca se quitará la vida; de esta manera el adolescente trata de decir “escúchenme estoy aquí”, “ayúdenme”.

2.1 Definición.

“Podemos definir al suicidio como la destrucción deliberada y consciente de sí mismo”.

(Gomberoff, Olivos, 267).

La persona o adolescente que quiere suicidarse o se suicida sabe cuál va a ser su final y porque lo hace, de esta manera se estaría agrediendo a él mismo y sería el promotor o autor de su propia muerte.

El suicidio y el parasuicidio (intentos de suicidio que no culminan en la muerte) parecen ser básicamente distintos. Las personas que tienen éxito al suicidarse parecen haber planeado el evento con detenimiento. Arreglan todo para que no las interrumpen y utilizan medios efectivos. Por otra parte, los parasuicidas quizá actúen en forma impulsiva, se aseguran de que las rescaten y emplean un método que tarde en hacer efecto o sea por completo ineficaz. El propósito principal de los parasuicidas parece ser manipular a los demás. (Sarason, Sarason, 320).

Es necesario tomar en cuenta que el intento de suicidio es un llamado de ayuda que se está haciendo, o una manera de tratar de comunicarse con los demás o con las personas que se encuentran a su alrededor, pero si este llamado de auxilio no es tomado en cuenta se llegaría a la muerte. Los adolescentes hacen frecuentemente este llamado para ganarse la atención y cariño de sus padres o seres queridos.

En Cuenca el índice de intento de suicidio es muy alto y en los últimos años se ha incrementado; en el diario Hoy del Ecuador se ha publicado el 26 de septiembre del 2007 lo siguiente:

Cuatro de cada cien mil personas intentan suicidarse en Cuenca, así se desprende de un informe elaborado en el hospital regional Vicente Corral Moscoso. La ciudad tiene una población aproximada de 420 mil habitantes, por lo que el promedio debería ser de casi 17 casos mensuales, pero en los últimos cinco meses se ha producido un promedio de 21,6 intentos de suicidio al mes. En los años anteriores, el promedio por mes era de 15,9 intentos. (www.hoy.com.ec)

2.2 Manifestaciones del Comportamiento Suicida.

Es indiscutible que la adolescencia representa una etapa de gran importancia en el desarrollo del ser humano, ya que chicas y chicos se integran a la sociedad de un modo distinto que cuando eran niños; comienzan a tomar decisiones propias y definen sus objetivos a futuro, muchas veces con la intención de emprender cambios. Sin embargo es también un período crítico, ya que se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, a la vez que inexperiencia y falta de madurez emocional

pueden generar tropezones que se traducen en momentos de angustia, soledad y frustración. (www.saludymedicinas.com)

Es importante tomar en cuenta que existen muchos signos que los adolescentes presentan antes del suicidio, ya que ellos manifiestan pensamientos distorsionados como: la vida no vale la pena, nadie me quiere, mi familia se sentiría mejor si yo no existiera, signos de depresión, conversaciones acerca del suicidio, automutilaciones cada vez que presentan un problema entre otros. Sería muy riesgoso que los familiares o las personas que se encuentran alrededor del adolescente que presencie o se den cuenta de estos signos no tomen una precaución para préstales atención y brindarles la ayuda necesaria que ellos necesitan.

Entre los principales predictores del suicidio, la depresión y el alcoholismo están en primer y segundo orden, y las ideas suicidas (pensamientos suicidas) y los intentos de suicidio previos son el tercero y el cuarto. Aunque quienes cometen intentos de suicidio sin morir hablan sobre el suicidio y morir y explicitan planes de preparación para morir o suicidarse, esto puede ayudar a una prevención más eficaz (Ghang y Jin, 1996). (Rice, 416).

- El deseo de morir.
- La representación suicida.
- Las ideas suicidas: Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y estas son:

–Idea suicida sin un método específico: el adolescente tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va hacer, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.

–Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado: el adolescente expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo lo va hacer, responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo, lanzándome de un edificio.”

–Idea suicida con un método específico no planificado: el adolescente desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero todavía no sabe cuándo lo va a ejecutar, en qué lugar, ni ha pensado en las precauciones que debe tomar para no ser descubierto.

–El plan suicida o idea suicida planificada: el adolescente desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará y el momento oportuno para no ser descubierto.

- La amenaza suicida.
- El gesto suicida.
- El intento suicida: es la tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Este no tiene resultado de muerte pero el adolescente llega hacerse daño a sí mismo.
- El suicidio frustrado.
- El suicidio accidental: Se realiza con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte.
- Suicidio intencional: Es cualquier lesión realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

2.3 Situaciones que pueden provocar una crisis suicida.

- El adolescente atraviesa por situaciones de peligro y conflicto y este lo perciben como una amenaza directa a la autoimagen o a su dignidad.
- Problemas familiares en los que existen conflictos entre los padres y rivalidad entre los hermanos.
- Exigencias, obligaciones, normas y reglas que los adolescentes no quieren cumplir dentro del hogar.
- Conflictos con sus amigos, compañeros o parejas sentimentales que el adolescente tiene.
- Muerte de un ser querido.
- Dificultades en la escuela con bajo rendimiento o una disciplina no adecuada.
- No presenta asertividad en la resolución de problemas, y cada vez que presenta un problema lo resuelve mediante un intento de suicidio o la automutilación.
- Sigue modelos dentro del grupo que pertenece el adolescente.
- Embarazo no deseado.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Violación o abuso sexual.

Todas estas situaciones son las que provocan que los adolescentes que son propensos al suicidio presenten intentos de suicidio y automutilaciones cada vez que tengan un problema o una situación conflictiva a la cual no la encuentren solución.

“Algunos adolescentes suicidas se han categorizado como personas inmaduras con poco control de los impulsos. Se ha visto que los adolescentes suicidas tienen una falta de desarrollo positivo

de la identidad individual, necesario para dar paso a los sentimientos de autovalía, de sentirse alguien relevante y con un propósito en la vida (Bar-Joseph y Tzurriel, 1990).” (Rice, 416).

2.4 Creencias erróneas relacionadas con el comportamiento suicida.

Existen algunas creencias erróneas relacionadas con el comportamiento suicida, el Dr. Sergio Pérez nos da a conocer algunas y estas son:

I- Criterio erróneo. El que se quiere matar no lo dice.
Criterio científico. De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus intenciones suicidas y la otra la dejó entrever.

II- Criterio erróneo. El que lo dice no lo hace.
Criterio científico. Todo suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de su comportamiento, lo que habría de suceder.

III- Criterio erróneo. Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde.
Criterio científico. Aunque no siempre los que intentan el suicidio desean morir, es un grave error tildarlos de alardosos, pues son personas a las que les han fallado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas adecuadas de afrontamiento.

IV- Criterio erróneo. Todo el que intenta contra su vida morirá por suicidio.
Criterio científico. Entre el 1% y 2% de los que intentan el suicidio se suicidan durante el primer año de cometida la tentativa de autoeliminación, y entre el 10% y 20% se suicidarán en el resto de sus vidas.

V- Criterio erróneo. Pensar que el suicidio se hereda de la familia. Criterio científico. Aún no ha sido demostrado el carácter genético del suicidio, aunque se puede encontrar en varios miembros de una familia este tipo de conducta autodestructiva, lo que se ha interpretado como una predisposición genética a padecer determinada enfermedad mental en la que el suicidio es un síntoma principal.

VI- Criterio erróneo. Todo el que se suicida está deprimido. Criterio científico. La depresión puede ser una de las causas de suicidio pero no es la única ya que otras condiciones también lo pueden conllevar como las esquizofrenias y la dependencia de sustancias, principalmente alcohol y drogas (éxtasis, cocaína, barbitúricos).

VII- Criterio erróneo. El suicidio no puede ser evitado porque ocurre por impulso. Criterio científico. Toda persona antes de cometer suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en constricción del intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas, reservándola para sí, y la existencia de fantasías y representaciones suicidas, todo lo cual puede ser detectado y con ello evitar que la persona lleve a cabo sus intenciones suicidas.

VIII- Criterio erróneo. Si se le pregunta a una persona en riesgo suicida si ha pensado matarse, se le puede incitar a que lo ejecute. Criterio científico. Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo en lugar de incitarlo, provocarlo, inducirlo, o introducirle en su cabeza esa idea, se reduce el riesgo de cometerlo ya que puede ser la única y última posibilidad que ofrezca el individuo para que conozcamos cómo pensaba. (www.psicologíaonline.com)

Las creencias erróneas muchas hacen que no prestemos atención a los adolescentes que presentan intentos de suicidio y se piensa que lo que ellos manifiestan o las automutilaciones que presentan son solo para llamar la atención, pero en realidad de esta manera están manifestando que necesitan ayuda, afecto y cariño de todas las personas que se encuentran a su alrededor por eso es necesario tomar en cuenta y tener conocimientos de las características de un comportamiento suicida y las causas que desembocan una crisis suicida.

CAPÍTULO 3

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La Terapia Cognitivo Conductual nos ayudará a identificar pensamientos distorsionados y a modificar conductas. De esta manera se ayudará al paciente a pensar y actuar de una manera más realista y se cambiará la actitud que tiene el paciente de ver el presente y el futuro; también se podrá manejar de una más asertiva los problemas que el paciente presenta.

3.1 Definición de la Terapia Cognitiva Conductual.

“La Terapia Cognitivo es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto teórico subyacente que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (Beck, 1967,1976).” (Beck, Rush, Shaw, Emery, 13.)

Esta terapia nos ayudará a identificar y modificar las distorsiones cognitivas, trabajando en el “aquí y el ahora” e identificando los pensamientos y sentimientos del paciente en las sesiones terapéuticas. También nos ayudará a modificar conductas y a realizar actividades dirigidas a un objetivo para lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzcan una mejoría en su ejecución ayudándole a pensar y actuar de una forma más realista y adaptativa en relación con sus problemas y así se reducirán o eliminarán los síntomas.

Se utilizará un método de aprendizaje para enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.

- Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predispones a distorsionar sus experiencias. (Beck, Rush, Shaw, Emery, 13.)

3.2 Fundamentos Teóricos de la Terapia Cognitiva Conductual.

La terapia Cognitivo Conductual se ha ido conformando a través de algunos profesionales como Albert Ellis (1962), con la Terapia Racional Emotiva, fue uno de los fundadores de los principios de la Terapia Cognitiva y ha favorecido el desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual.

“La Terapia Racional Emotiva-Conductual sostiene que los individuos adoptan esquemas o formas de razonamiento y poseen control sobre pensamientos, acciones y conductas en este proceso de interacción, donde se pretende conocer el contenido específicos de las cogniciones y creencias del paciente”. (Hernández y Sánchez, 50)

Este modelo enseña a los pacientes a identificar e informar sobre sus disfunciones cognitivas, cuando se presentan y como ocurren, y el impacto que tiene en sus sentimientos.

“El modelo cognitivo-conductual propuesto por Beck y Ellis puede entenderse como un método colaborativo, partiendo del supuesto de que la gente o el paciente cambia su manera de pensar más rápidamente si la razón del cambio proviene de su propia introspección” (Hernández y Sánchez, pág. 51).

La relación de colaboración que existe entre el terapeuta y el paciente, es que el paciente aprenda los procesos de colaboración y evaluación de los pensamientos disfuncionales, y enseñarle al paciente a utilizar los métodos para evaluar otras creencias en el futuro y cambiar las creencias disfuncionales.

Otro aporte es el estudio de las conductas contemporáneas de Alberto Bandura (1977); con el concepto de aprendizaje social introduce nuevos patrones de conducta como el aprendizaje por observación, de esta manera contribuye al modelo cognitivo y orienta al moldeamiento participativo. Además postula que en la relación entre la conducta y el ambiente intervenga los “procesos cognitivos” que actúa como mediadores o modificadores de esta conducta.

Los Procesos Cognitivos son las conductas no observables, que pueden ser de dos tipos:

- Reacciones fisiológicas: Pueden ser: latidos cardíacos, frecuencia respiratoria, tensión muscular, visión borrosa, fatiga no explicable por el nivel de actividad, etc.
- Pensamientos: las decisiones más o menos deliberadas que toma la persona sobre qué valor o significado dará a un estímulo como por ejemplo: mirar el reloj para ver la hora y expresamos: ¡es tarde!; empieza a llover y decimos: ¡que iras!, alguna cosa nos sale mal y decimos: ¡lo tengo que volver a intentar y mejorar!

“George A. Kelly (1955) también ha contribuido y desarrollado un modelo de constructos personales y creencias asociadas al cambio de conducta; define un constructo como la forma en

que el individuo constituye o interpreta el mundo; su interés se centra en observar cómo la persona estructura y da significado a esos constructos particulares” (Hernández y Sánchez, 51).

Richard Lazarus contribuye a la terapia cognitivo-conductual en el plano de las emociones, ya que propuso que el cambio en la cognición era provocado por la emoción, y esta provocaba un cambio de conducta.

Principios básicos de la Teoría de la Conducta.

1. Todas las conductas se aprenden y se mantienen de la misma forma; así, los mismos procedimientos que afectan y alteran a las conductas normales son útiles para modificar las conductas inadaptadas.
2. El ambiente, el entorno en que se manifiesta una conducta, tiene una influencia importante en el aprendizaje y mantenimiento de todas las conductas: la intervención sobre el ambiente puede modificar conductas desadaptadas.
3. El objetivo del tratamiento psicológico es la conducta alterada o desadaptada. Es necesario identificarla bien y analizar la relación que tiene con condiciones precipitadoras (que a veces son el mismo trastorno) y conocer bien las consecuencias que se derivan, con tal de establecer bien los objetivos.
4. Los planteamientos y los procedimientos de la Terapia de Conducta se fundamentan en el método científico: el tratamiento se define como un procedimiento específico que consiste en:
 - a) definición clara y concreta del problema,
 - b) aplicación de unas técnicas determinadas y seleccionadas según el problema a tratar y el objetivo a conseguir,

- c) establecer y aplicar una secuencia particular en la aplicación de estas técnicas y estrategias,
- d) evaluación de todo el procedimiento y expresión de resultados en términos comprensibles y cuantitativos,
- e) posibilidad de repetición exacta del procedimiento y comparación de los resultados. (www.forumclinic.org)

Todos estos aportes contribuyeron con la terapia cognitivo-conductual y de esta manera nos ayudarán a trabajar en las disfunciones cognitivas y en el cambio de conducta.

Triada Cognitiva

Existen tres componentes y estos son:

- **Visión negativa del paciente acerca de sí mismo:** El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral y físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad.
- **Interpretar sus experiencias de una manera negativa:** Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa.

La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se habían formado de antemano.

- **Visión negativa acerca del futuro:** Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. (Beck, Rush, Shaw, Emery, 21 y 22.)

Los pensamientos automáticos producen errores del pensamiento, prismas recortados y desviados de los acontecimientos que ocurren, que suelen ser habituales y repetitivos, pueden ser agrupados en las distorsiones cognitivas en función de los errores que comenten.

Dentro de las principales distorsiones cognitivas tenemos:

- **Filtraje o Abstracción Selectiva:** Consiste en seleccionar en forma de "visión de túnel" un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen. Una persona se encuentra con un amigo y hablan de muchos temas agradables, sin embargo discuten de política, y al marcharse a casa se siente irritado pensando en las críticas de aquel hacia sus ideas políticas, olvidando los otros temas agradables compartidos. Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida. Palabras

claves para detectar esta distorsión son: "No puedo soportar esto", "No aguanto que...", "Es horrible", "Es insoportable".

- **Pensamiento Polarizado:** Consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Las cosas se valoran como buenas o malas, blancas o negras, olvidando grados intermedios. Por ejemplo un chico que recibe un no al invitar a una chica piensa: "Solamente me pasan cosas malas". Otra persona que no encuentra trabajo piensa: "Soy un incompetente e inútil". Palabras claves para detectar esta distorsión son todas aquellas que extreman las valoraciones olvidando los grados intermedios y matices.
- **Sobregeneralización:** Esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente. Por ejemplo una persona que busca trabajo y no lo encuentra y concluye: "Nunca conseguiré un empleo". Otra persona que se siente triste y piensa: "Siempre estaré así". Palabras claves que indican que una persona está sobre generalizando: "Todo...Nadie...Nunca...Siempre...Todos...Ninguno".
- **Interpretación del pensamiento:** Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. A veces, esas interpretaciones se basan en un mecanismo llamado proyectivo que consiste en asignar a los demás los propios sentimientos y motivaciones, como si los demás fueran similares a uno mismo. Por ejemplo una persona nota como la miran unos extraños y piensa: "Se que piensan mal de mí". Palabras claves de ésta distorsión son: "Eso es porque...", "Eso se debe a...", "Se que eso es por...".
- **Visión Catastrófica:** Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo. Por

ejemplo una persona está viendo la estadística de accidente de tráfico por la televisión y se le pasa por la cabeza: "Y si me ocurriera a mi". Otra oye la noticia de que una persona perdió el control y se suicidó, y piensa: "¿Y si me ocurre a mi igual?". La palabra clave que suele indicar esta distorsión suele ser: "¿Y si me ocurre a mi... tal cosa?".

- Personalización: Consiste en el hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. Por ejemplo: En el trabajo una persona tenía la impresión de que cada vez que el encargado hablaba de que había que mejorar la calidad del trabajo se referían exclusivamente a él. Esta persona pensaba: "Se que lo dice por mi". Un tipo de personalización consiste en el hábito de compararse con otras personas de manera frecuente: "Soy menos sociable que José", "A él le hacen caso pero no a mi". Palabras claves son: "Lo dice por mi", "Hago esto mejor (o peor) que tal".
- Falacia de Control: Consiste en como la persona se ve a sí misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. O bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Ejemplos: "Si otras personas cambiaran de actitud yo me sentiría bien", "Yo soy el responsable del sufrimiento de las personas que me rodean". Palabras claves son: "No puedo hacer nada por...", "Solo me sentiré bien si tal persona cambia tal", "Yo soy el responsable de todo..."
- Falacia de Justicia: Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. Una persona suspende un examen y sin evidencia piensa: "Es injusto que me hayan suspendido". Otra piensa sobre su pareja: "Si de verdad me

apreciara no me diría eso". Palabras claves son: "! No hay derecho a...", "Es injusto que...", "Si de verdad tal, entonces...cual".

- **Razonamiento Emocional:** Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Si una persona se siente irritado es porque alguien ha hecho algo para alterarle. Las emociones sentidas se toman como un hecho objetivo y no como derivadas de la interpretación personal de los hechos. Las palabras claves en este caso son: "Si me siento así...es porque soy/ o a ocurrido..."
- **Falacia de Cambio:** Consiste en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que dependen solo de aquellos. Por ejemplo un hombre piensa: "La relación de mi matrimonio solo mejorará si cambia mi mujer". Las palabras claves son: "Si tal cambiara tal cosa, entonces yo podría tal cosa".
- **Etiquetas Globales:** Consiste en poner un nombre general o etiqueta globalizadora a nosotros mismos o a los demás casi siempre designándolos con el verbo "Ser". Cuando etiquetamos globalizamos de manera general todos los aspectos de una persona o acontecimiento bajo el prisma del ser, reduciéndolo a un solo elemento. Esto produce una visión del mundo y las personas estereotipada e inflexible. Por ejemplo una persona piensa de los negros:"Los negros son unos gandules". Un paciente piensa de manera idealizada de su terapeuta: "Es una persona estupenda". Las palabras claves son: "Soy un", "Es un", "Son unos...".
- **Culpabilidad:** Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros

factores que contribuyen a los acontecimientos. Por ejemplo una madre cada vez que sus hijos alborotaban o lloraban tendía a irritarse con ellos y consigo misma echándose la culpa de no saber educarlos mejor. En este caso las palabras claves aparecen en torno a: "Mi culpa", "Su culpa", "Culpa de...".

- Los Deberías: Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera intolerable o insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema. Ejemplos de este caso son: Un médico se irritaba constantemente con los pacientes que no seguían sus prescripciones y pensaba: "Deberían de hacerme caso"; eso impedía que revisara sus actuaciones o explorara los factores que podían interferir en el seguimiento de sus indicaciones. Las palabras claves como puede deducirse son: "Debería de...", "No debería de...", "Tengo que...", "No tengo que...", "Tiene que...".
- Tener Razón: Consiste en la tendencia de aprobar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importa los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan. Una pareja discutía frecuentemente por la manera de educar a los hijos, cada uno se decía: "Yo llevo razón, él/ella está equivocado" y se enredaban en continuas discusiones con gran irritación de ambos. No llegaban a ningún acuerdo tan solo era una lucha de poder, de sobresalir con su razón particular. Las palabras claves que denotan esta distorsión son: "Yo llevo razón", "Se que estoy en lo cierto él/ella está equivocado".
- Falacia de Recompensa Divina: Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. El efecto suele

ser el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad. Las palabras claves que indican esta distorsión son: "El día de mañana tendré mi recompensa", "las cosas mejoraran en un futuro".

3.3 Técnicas Terapéuticas.

➤ Desesperanza

Se debe discutir con el paciente el pensamiento de desesperanza que presenta ante determinada situación, se deben introducir datos que sean contradictorios con el sistema de creencias del paciente; dado que sus creencias no pueden explicar los datos, se hacen más susceptibles de modificación. Se debe hacer frente a estos problemas inmediatamente y es conveniente mantenerse en contacto telefónico con el paciente hasta que haya superado la crisis. Es recomendable advertir del problema a los miembros de familia o a un amigo de modo que cooperen con el terapeuta. (Beck, Rush, Shaw, Emery, 197).

➤ Registro de pensamientos automáticos.

Se enseñará al paciente a detectar los pensamientos automáticos que tienen relación con su estado emocional y su conducta problemática.

El registro de pensamientos automáticos consiste en llenar una tabla que se le da al paciente donde existen 5 columnas con diferentes ítems a contestar. Se le debe dar la indicación al paciente de que es lo que tiene que llenar en cada columna.

Registro Diario de Pensamientos Automáticos

SITUACIÓN	EMOCIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
Describa el acontecimiento que motivó la emoción desagradable.	Especifique triste, ansioso, enfadado, etc. Y evalúe la intensidad de la emoción de 0 al 100%.	Anote el pensamiento automático que precede a la emoción. Y evalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0 al 100%.	Anote una respuesta racional a los pensamientos automáticos. Evalúe el grado de creencia en la respuesta racional de 0 al 100%.	Reevalúe el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0 al 100%. Y especifique y evalúe de 0 al 100% las emociones subsiguientes.
Pensaba en todo lo que quería hacer durante el fin de semana	Ansiosa 40%	“Nunca conseguiré hacerlo todo”. 100%.	Otras veces he hecho incluso más que eso, además, no hay ninguna ley que me obligue hacerlo todo. 80%.	25% Ansiosa 20%.

Cuando experimente una situación desagradable, describa la situación que pudo motivar la aparición de la emoción. A continuación anote el pensamiento automático asociado con la emoción. Anote el grado de creencia en este pensamiento. (Beck, Rush, Shaw, Emery, 263.)

➤ **Resolución de Problemas**

El objetivo principal de la resolución de problemas consiste en identificar la alternativa más eficaz, a lo cual siguen entonces otras operaciones de autocontrol para estimular y perpetuar la ejecución del curso de acción elegido. Para la resolución de problemas se debe pasar por cinco etapas:

- ✓ **Orientación General:** comprende el siguiente conjunto de actitudes: considerar que las situaciones problemáticas constituyen una parte normal de la vida y sentirse capaz de enfrentar muchas de estas situaciones; identificar las situaciones problemáticas cuando están presentes e inhibir la tendencia a responder con un primer impulso. Como tarea inicial fuera de las sesiones, se le dice al paciente que él mismo registre las situaciones problemáticas.
- ✓ **Definición y formulación del problema:** Se debe definir todos los aspectos de la situación operacionalmente, ya que se destacan los estímulos cruciales que podrían acrecentar la posibilidad de acceso a una respuesta eficaz, y formular o clasificar los elementos de manera adecuada, así se podrá identificar sus metas fundamentales y luego los conflictos que hacen problemática la situación. Se debe describir los acontecimientos externos e internos (pensamientos o sentimientos)
- ✓ **Generación de las alternativas:** Consiste en dar una gama de respuestas posibles, entre las cuales pueden encontrarse las eficaces. Existen cuatro reglas fundamentales y estas son:

1. La crítica queda eliminada. Los juicios negativos acerca de las ideas presentadas deben postergarse.
 2. Se alienta “la rienda suelta”. Cuanto más osada la idea, mejor. Es más fácil manejarse con lo sabido que inventar.
 3. Se busca la cantidad. Cuanto mayor sea el número de ideas, tanto más probable es que se den algunas útiles.
 4. Se intentan combinaciones y mejoras. Además de aportar ideas propias, el terapeuta perfecciona las ideas o vincula dos o más ideas ya enunciadas para construir una idea nueva.
- ✓ Decisión: Se debe elegir cuál de las alternativas son dignas de seguirse. Una guía general consiste en que el paciente prevea las consecuencias probables de cada una de las estrategias y que luego evalúe su utilidad para la resolución de la situación problemática. El paciente debe examinar cada una de las posibilidades y formularse la pregunta “Si pudiera concretar este curso de acción particular, ¿Cuáles serían las consecuencias probables?”. El terapeuta indica que considere las consecuencias personales y sociales, y también si se trata de consecuencias de corto o largo plazo.
 - ✓ Verificación: El terapeuta debe alentar a actuar en consecuencia y luego a que verifique los resultados. Esta verificación en esencia consiste en observar el efecto de las acciones. Si paciente lo satisface, el proceso de resolución de problemas ha terminado, pero si la conducta adoptada no resuelve el conflicto, el cliente tendrá que reanudar el proceso en busca de una respuesta mejor. (Goldfried, Davison, 177-193).

➤ **Reforzamiento Positivo**

Se cataloga como reforzador a cualquier tipo de consecuencia que presentada posteriormente a la conducta incrementa la tasa de respuesta. Los reforzadores pueden ser de dos tipos. Cuando la consecuencia se traduce como gratificante con significado de recompensa se denomina reforzamiento positivo; cuando la respuesta se incrementa por la eliminación de un estímulo aversivo o doloroso se llama reforzamiento negativo.

Para conseguir éxito en el reforzamiento se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- ✓ Debe emitirse primero la respuesta que se va a reforzar, de otro modo el reforzamiento es imposible.
- ✓ El reforzamiento no debe demorarse; en general, mientras más inmediato, mejor el reforzamiento.
- ✓ El reforzamiento de cada respuesta deseada que se emite es lo más efectiva para establecer la conducta.
- ✓ El no reforzar cada respuesta deseada durante el establecimiento de la misma, aunque es menos efectivo para lograr inmediatamente tasas altas de respuesta, generalmente es más efectivo para producir respuestas que perduren al suspender el reforzamiento.
- ✓ Los estímulos que son adecuados para reforzar la conducta de un individuo, puede no ser lo más apropiado para otro. Es importante ordenar las actividades a las que se dedica la persona en su tiempo libre. (Balarezo, 155 y 156).

➤ **Detención del Pensamiento**

Desarrollado por Taylor utiliza también el estímulo verbal, en este caso la palabra ALTO, para inhibir ideas y pensamientos que son fijos, permanentes u obsesivos. Se le pide al

sujeto que cerrado los ojos verbalice cualquier secuencia de pensamientos que irrumpe en ese instante en su mente. En un momento determinado, el terapeuta grita “¡ALTO!”, ante lo cual el sujeto suprime el pensamiento y el terapeuta le hace notar este detalle. El proceso se repite varias veces, pudiéndose alternar con otros pensamientos que son agradables. Conseguido este objetivo, el paciente internaliza la palabra, debiendo emplear subvocalmente o a nivel de pensamiento, cada vez que en la vida rutinaria se vuelvan a presentar sus ideas perturbadoras. (Balarezo, 164).

➤ **Entrenamiento de Relajación**

En este ejercicio de relajación, Wexler invita al cliente a imaginar una fila de diez velas. El cliente recibe la instrucción de apagar una vela cada vez que expulse el aire. Esta técnica es muy útil porque la forma que tenemos de soplar cuando apagamos una vela encaja con la forma de inhalar y exhalar el aire en el entrenamiento de relajación. Además, visualizar que apagan una vela anima al cliente a hacer más esfuerzo cuando exhalan. Por último, la visualización hace que el cliente se implique y se mantenga ocupado, cuando se están esforzando para visualizar las velas, tienen menos espacio mental para rumiaciones. (Friedberg y Mc Clure, 160)

➤ **Role Playing**

En el role Playing hay que procurar que la simulación sea lo más realista posible. Para obtener una buena información de base sobre el papel que representamos, debemos hacer preguntas concretas al paciente del personaje que interpretamos. Para conocerlo mejor tenemos que preguntar cómo reaccionaría, que gestos suele hacer, qué cosas le gustan y cuáles no le gustan. Debemos introducir elementos que provocan malestar en nuestra simulación. (Friedberg y Mc Clure, 165).

➤ **Psicoeducación**

En la Psicoeducación se enseña al paciente y familiares conceptos o se les da información relacionada con la psicología. Se les enseña la forma de controlar sus pensamientos, ira, etc. Sin necesidad de que el terapeuta este presente.

➤ **Técnica Autoinstruccional**

El cambio de billetes es una forma creativa de enseñar herramientas autoinstruccionales. Los pensamientos positivos de afrontamiento se comparan con monedas nuevas y brillantes o con billetes nuevos. Se le anima al adolescente a destruir sus billetes viejos que son los pensamientos negativos, y luego cambiarlos por billetes nuevos que son los pensamientos positivos de afrontamiento positivo. (Friedberg y Mc Clure, 253).

Trabajar en las disfunciones cognitivas y el cambio de conducta ayudará a mejorar el estilo de vida del paciente y crear expectativas y trazarse metas que le ayuden a crecer como persona y no teniendo una sola alternativa para la resolución de problemas de la vida cotidiana que afectan psicológica y emocionalmente al ser humano, y no le dejan vivir de una manera activa cada día.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 4
ESTUDIO DE CASO

Roberto es un adolescente que nació en la ciudad de Cuenca el 26 de abril de 1996, tiene 13 años de edad y se encuentra estudiando en 8vo año de Educación Básica, es soltero y su religión Católica.

Presenta múltiples automutilaciones en los brazos realizados con cuchilla e ideas suicidas; manifiesta que cada vez que tiene un problema se automutila. Tiene problemas con la mamá y los hermanos a quienes les pega y les insulta, manifiesta que él hace esto porque ellos le insultan y le dicen que no vale para nada y jamás saldrá adelante; piensa que nadie de su familia le quiere y que todos le odian. Pertenece al grupo de Emos y solo confía en ellos porque son los únicos que le comprenden y le quieren.

Comienza a ingerir alcohol, éxtasis y marihuana a los doce años de edad al inicio del año lectivo y deja el consumo de éxtasis al finalizar el año en julio, pero continúa el consumo de alcohol y marihuana; 2 o 3 veces a la semana, antes de llegar al colegio fuma marihuana.

Tiene un grupo de 5 personas (no son del colegio donde estudia) con los que roba a la gente y a los supermercados. Cuando pelea con su familia toma sus cosas valiosas y las vende; dice que quiere dejar de robar y juntarse con ese grupo de amigos con los que consume drogas y roba pero no puede porque ellos le amenazan con avisarle a la policía o matarle si sale del grupo.

Es el sexto de siete hermanos, su papá vive en EEUU y tiene un tío paterno alcohólico.

Se encuentra repitiendo 8vo de educación básica y no le gusta estudiar ni realizar las tareas.

Su mamá manifiesta que pasa toda la tarde durmiendo en la casa y que Roberto le reclama y le dice “usted no me quiere ni me presta atención”; su hermano manifiesta que no quiere hacer nada

en la casa y que les insulta con malas palabras a sus hermanos y hermanas, y les amenaza que les va a matar. A su familia le preocupa que ha comenzado a vestirse y pintarse las uñas de negro. Roberto manifiesta “Mejor me quiero morir porque así se acabarían mis problemas y no les molestaría más”, “Nadie me quiere todos me odian”, “Me dicen todos que soy un dañado”, “Mis hermanos me dicen alcohólico y ladrón”. Cuatro veces a la semana se automutila por los problemas que tiene en su hogar y porque se siente solo, rechazado y piensa que nadie le quiere. Además manifiesta que cuando esta bajo el efecto de las drogas tiene ansiedad y le da mucha risa todo lo que pasa a su alrededor.

“Cada vez que me molestan y me insultan les digo que les voy a matar y que me vengaré, pero siempre que sucede todo esto estoy pensando en quitarme la vida y me imaginó la manera, y eso me hace sentir bien”.

Con frecuencia se automutila para quitarse la vida, también se ha votado del segundo piso de la casa y en otra ocasión se tomo veneno para ratas. Tiene pensamientos como: ponerse frente a un carro para que le arroye, quisiera que le apuñalen a propósito e intoxicarse tomando muchas pastillas.

Asiste a las fiestas del grupo de Emos que se llama “Los terceros”, se llama así porque si asisten a esas fiestas ya son mayores de edad; aquí se drogan y se reúnen en grupos a recordar sus problemas y todos se automutilan al mismo tiempo.

Roberto sólo se siente bien cuando juega fútbol porque desea ser un gran futbolista. Su rendimiento académico es muy bajo, no le gusta estudiar ni realizar las tareas. Dentro del colegio presenta varios problemas de conducta por lo que constantemente su mamá y hermano le repiten

que le van a retirar del colegio pero él no quiere y se pone muy triste y a llorar; pero cuando se le llamo a la mamá a que recura al colegio para hablar acerca del comportamiento de Roberto y todo lo que estaba pasando con él, la mamá nunca asistió dando de esta manera poca importancia a lo que sucedía con Roberto.

Luego de muchos llamados que se hizo a la mamá de Roberto conseguimos hablar con ella y cuando se le comunicó acerca del consumo de alcohol y drogas la mamá no le dio importancia, y lo único que supo manifestar es: “Ya estoy cansada de este muchacho ya no se qué hacer solo me da problemas, ya no puedo con él, además yo estoy enferma y no puedo tener preocupaciones”. Se le informó del procedimiento que se iba a seguir con Roberto y se le manifestó de los intentos de suicidio y las precauciones que deben tomar con Roberto.

REACTIVOS PSICOLÓGICOS

Los reactivos psicológicos se podrán observar en anexo 2.

Test de la Familia.

Apego Inseguro.

Conflictos emocionales.

Angustia.

Desvalorización de sí mismo.

Ansiedad y agresividad.

HTP

CASA

Defensas contra el temor de que la fantasía escape de su control

Rasgos psicóticos

Neurosis de ansiedad

Confusión del pensamiento

Esfuerzo que puede ser consciente para mantener la integridad del Yo (psicóticos insipientes)

Dependencia de los demás

Sensibilidad defensiva

Defensas paranoides

Dificultad de contacto con el ambiente

Inseguridad

Evasión Hostilidad

Agresividad controlada

Falta de seguridad

En relaciones sociales se mantiene distante al principio luego establece lazos afectivos con los demás

Lentos, cautelosos

ÁRBOL

Calma

Inseguridad

Impulsividad

Improvisación

Nerviosismo

Sociabilidad, dulzura

Dificultad de contacto

Agresión, atrevimiento

Exigencia, terquedad

Multiplicación de intereses

Agitación

Superficialidad, distracción

Vivacidad, liviandad

Primitivismo

Oposicionismo, negativismo

PERSONA

Se orienta a sí mismo

Afán de señalar la importancia del poder intelectual.

Dominio social y de impulsos provenientes del cuerpo.

Pacientes orgánicos cuyo cerebro funciona mal.

Verbalmente agresivo

Egocentrismo

Frecuente en histéricos que viven parasitariamente.

Expresión de rechazo hacia los demás.

Necesidad de hallar apoyo en el ambiente pero sin manejarlo activamente.

Dificultad de contacto

Inactividad.

Agresión abierta.

Control obsesivo de la agresión.

Depresión, desaliento.

Pánico sexual.

Narcisista.

Poseedores de emociones egocéntricas infantiles o mal ajuste sexual.

Posiblemente obsesivo compulsivo.

Conflicto agudo con los demás.

Test de Frases Incompletas Sacks.

Adolescente presenta conflictos en el Área familiar, y en actitudes hacia las propias habilidades y hacia el pasado; y no quiso contestar la pregunta relacionada con su porvenir.

Inventario de Depresión de Beck.

Presenta un nivel de Depresión Extrema

Escala de Riesgo Suicida

Obtuvo un total de 13 puntos lo que equivale a un Riesgo Suicida severo.

Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991)

Los pensamientos automáticos que son más utilizados son: Falacia de Razón, Filtraje y Pensamiento Polarizado.

RESULTADO DE LOS REACTIVOS PSICOLÓGICOS.

Los rasgos y características más frecuentes dentro de los reactivos psicológicos aplicados al adolescente son: un Apego inseguro, baja autoestima, agresividad, ansiedad, dificultad de contacto con el medio, inseguridad, depresión, conflictos no resueltos, hostilidad frente al mundo, se siente amenazado por el mundo, tendencias autoagresivas, defensas paranoides, negativismo, rechazo hacia los demás, inactividad y fatiga.

Conflictos en: el Área familiar, actitudes hacia las propias habilidades y hacia el pasado. Y riesgo suicida. Los pensamientos automáticos que presenta con mayor frecuencia son la Falacia de Razón, Filtraje y Pensamiento Polarizado.

SINTESIS DEL CASO.

Roberto se encuentra en la etapa de la adolescencia y no sabe resolver los problemas de una manera asertiva, ya que su única salida es el suicidio. Se siente rechazado por su familia y siente que nadie le quiere por esta razón confía en sus únicos amigos que es su grupo llamado Emos donde siente que si le quieren, le escuchan y le comprenden. La falta de comprensión apoyo y confianza que existe entre los miembros de su familia hacen que el adolescente se refugie en el alcohol, drogas y su grupo de Emos. Los problemas familiares y de la escuela dan lugar a que Roberto realice intentos de suicidio, automutilaciones y tenga pensamientos negativos de la vida cada vez que se le presente un problema.

ESTRUCTURA DEL PLAN DE SESIONES.

N° Sesión: 1

- Resultados Esperados: Asegurar la seguridad del adolescente y la tranquilidad de la familia.
- Actividades: Evaluación de Tendencias Suicidas y Técnica de Desesperanza guiándose en la Escala de Desesperanza.

Preguntas: ¿Cuándo has pensado en hacerte daño?, ¿Cuándo has deseado estar muerto?, ¿Cuándo te has cortado intencionalmente? Luego de haber realizado la Evaluación de Tendencias suicidas con esas preguntas y de haber revisado la Escala de Desesperanza se pudo notar que las tendencias suicidas eran altas.

Se procedió a dar Psicoeducación a la madre y hermanos que viven con el adolescente para que le quitaran las cosas que son peligrosas para el adolescente que están a su alcance como son armas de fuego, cuchillos, cuchillas, sogas y medicamentos; y procurar no dejarle solo al adolescente. Y se les explicó un bosquejo de cómo serán las terapias con el adolescente.

N° Sesión: 2

- Resultados Esperados: Garantizar su seguridad y que se comprometa realmente a no hacerse daño.
- Actividad: Se estableció con el adolescente un contrato firmado donde se compromete asistir a las sesiones terapéuticas y a utilizar las técnicas que se le enseñarán y no se hará ningún tipo de daño.

N° Sesión: 3

- Resultados Esperados: Resolver los problemas de una manera más asertiva y no responder a los problemas con el primer impulso que en este caso sería la automutilación y su pensamiento de que quiere morirse.
- Actividad: Se realizará la técnica de Resolución de Problemas, donde tendrá que aplicar los 5 pasos para aprender a resolver los problemas de una manera adecuada. Los pasos son: Orientación General, Definición y formulación del problema, Generación de Alternativas, Decisión y Verificación.

N° Sesión: 4

- Resultados Esperados: Esto le ayudará a eliminar los pensamientos automáticos que son más frecuentes en el adolescente como son: Falacia de Razón, Filtraje y Pensamiento Polarizado. Y de esta manera ayudará a no tener pensamientos negativos de la vida y no pensar que nadie le quiere ni le comprende.
- Actividad: Se realizará un Registro de Pensamientos Automáticos donde tendrá que llenar el registro cada vez que se presente una situación desagradable. Las columnas a llenar son: Situación, Emoción, Pensamiento Automático, Respuesta Racional y Resultado.

N° Sesión: 5

- Resultados Esperados: De esta manera se ayudará al adolescente a reforzar todas las conductas que vaya cambiando en el transcurso de la terapia, para no volver a repetir las.
- Actividad: Se realizará Reforzamiento Positivo, donde primero se hará una lista de las conductas que se van a reforzar y luego se realizará otra lista con los reforzadores que se va utilizar en este caso serían las actividades que más le guste realizar.

N° Sesión: 6

- Resultados Esperados: Inhibir ideas y pensamientos que son fijos, permanentes u obsesivos, y esto utilizará el adolescente cada vez que le venga el pensamiento que será identificado con el terapeuta. Se eliminarán los pensamientos que ha manifestado que tiene cada vez que pelea con sus hermanos o que tiene un problema familiar o en la escuela.
- Actividad: Se realizará la técnica Detención del Pensamiento, se le pide al adolescente que cerrado los ojos verbalice cualquier secuencia de pensamientos que irrumpe en ese instante en su mente. En un momento determinado, el terapeuta grita “¡ALTO!”, ante lo cual el sujeto suprime el pensamiento y el terapeuta le hace notar este detalle. El proceso se repite varias veces, pudiéndose alternar con otros pensamientos que son agradables.

N° Sesión: 7

- Resultados Esperados: Mejorar la relación familiar.
- Actividad: Se aplicará Role Playing, que es el cambio de roles, esto se realizará con problemas familiares.

N° Sesión: 8

- Resultados Esperados: Está técnica estará enfocada en la baja autoestima, de esta manera se ayudará al adolescente a ya no tener una autoestima baja.
- Actividad: Se aplicará la técnica Autoinstruccional denominada cambio de billetes, es decir, en papeles viejos se escribirán pensamientos negativos y características del adolescente y en papeles nuevos se escribirán pensamientos positivos. Estos papeles que los llamaremos billetes se intercambiarán se romperán los billetes viejos y se cambiarán

por billetes nuevos. Se pedirá que estos billetes nuevos vaya colocando alrededor de su cuarto.

N° de Sesión 9

- Resultados Esperados: Reducción de la Ansiedad.
- Actividad: Se realizará una técnica de Relajación denominada “diez velas”, el adolescente recibe la instrucción de apagar una vela cada vez que expulse el aire. Esta técnica es muy útil porque la forma que tenemos de soplar cuando apagamos una vela encaja con la forma de inhalar y exhalar el aire en el entrenamiento de relajación.

N° de Sesión 10

- Resultados Esperados: Evaluación.
- Actividad: Verificación de la concurrencia de sesiones, disminución de automutilaciones, mejoramiento el rendimiento académico, resolver problemas de una forma adecuada, recabar información de parte de la familia, mejoramiento en la autoestima y disminución de ideas de muerte y pensamientos negativos de la vida.

CONCLUSIONES

Para realizar la Propuesta de un Plan Terapéutico Cognitivo Conductual para un adolescente con Intentos de Suicidio se consideró los siguientes aspectos:

- Se enfocó en los cambios que el adolescente tiene durante esta etapa.
- La necesidad de pertenecer a un grupo y las características del Grupo Emo, conjuntamente con las vivencias del mismo, ya que el adolescente al que se le realizó el estudio de caso pertenece a este grupo.
- Se describió las manifestaciones de un adolescente con intentos de suicidio y las creencias erróneas que tienen las personas acerca del intento de suicidio de los adolescentes.
- Además se presentó un enfoque general de lo que es la Terapia Cognitivo Conductual y se describió algunas de las técnicas con las que se trabaja en esta terapia.

Luego de haber analizado todos estos aspectos se procedió a realizar el análisis de caso con el adolescente donde luego de haberle realizado reactivos psicológicos se analizó el caso y se procedió a realizar el Plan terapéutico adaptado hacia el adolescente tomando en consideración todas las necesidades del mismo.

El plan terapéutico consta de diez sesiones en el que le ayudará al adolescente con sus principales necesidades y primordialmente previniendo un nuevo intento de suicidio, por esta razón se dio conocimiento a su familia.

De la misma manera el Plan Terapéutico se enfocó para trabajar en la baja autoestima del adolescente, sus deseos de morir, pensamientos negativos de la vida, para que no piense que la única salida a los problemas es la muerte, para mejorar las relaciones en el Área Familiar, eliminar pensamientos automáticos ni repetir conductas que le produzcan daño con la automutilación y técnicas de relajación para mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- BALAREZO, Lucio, “Psicoterapia”, Ediciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador, 1995.
- BECK, Aaron T., RUSH, A. John, SHAW, Brian F., EMRY, GARY, “Terapia Cognitiva de la Depresión 15 Edición”, Editorial Desclée de Brouwer, S.A., 2002.
- BECK, “Inventario de Depresión.”
- BUCK, John, “HTP”, Editorial el Manual Moderno, S.A. de C.V., México, D.F., 1995.
- FRIEDBERG, Robert d., MCCLURE, Jessica M.,” Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes”, Editores Paidós Ibérica. S.A., España, 2005.
- FONT, Luis, “Test de la Familia”, Ediciones oilos-tau, s.a.
- GOLDFRIED, M.R., Davison, G.C., “Técnicas terapéuticas conductistas”, Editorial Paidós, Buenos Aires-Barcelona.
- GOMBEROFF, Luis, OLIVOS, Patricio, “Manual de Psiquiatría”, Publicaciones Técnicas Mediterraneo, Santiago-Chile, 1990.
- HERNÁNDEZ, Nicolás, SÁNCHEZ Juan, “Manual de Psicoterapia Cognitivo-Conductual para trastornos de la salud”, Amertown International S.A., libros en red, 2007.
- RICE, Philip, “Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura”, Prentice Hall, Madrid, 2000.
- RUIZ, LUJAN, “Inventario de Pensamientos Automáticos”, 1991.
- SACKS, “Test de Frases Incompletas”.

- SARASON, Irwin, SARASON, Bárbara, “Psicología Anormal”, Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., México, 1996.

PÁGINAS DE INTERNET

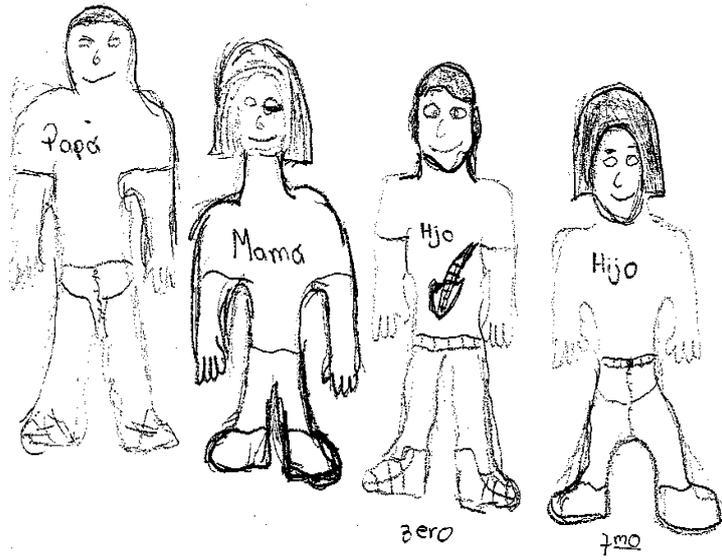
- “Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero”. Internet: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml>. Acceso: 10 de marzo de 2010, 21:30.
- “Cuenca: mas intentos de suicidio”. Internet: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/cuenca-mas-intentos-de-suicidio-278182-278182.html>. Acceso: 17 de marzo de 2010, 16:25.
- “Rafael Mejía”. Internet: <http://www.saludymedicinas.com.mx/Nota.asp?ID=1644&IDC=>. Acceso: 10 de marzo de 2010, 17:15.
- “Joana Guarchi Doménech”. Internet: <http://www.forumclinic.org/actualidad/la-terapia-cognitivo-conductual-bfque-es-fundamentos-teoricos-y-principios-de-aplicacion>. Acceso: 22 de marzo de 2010, 22:05.
- “Desarrollo Psicológico durante la Adolescencia”. Internet: <http://www.cepvi.com/articulos/adolescencia10.shtml>. Acceso: 6 de abril de 2010, 16:20.
- “Grupos de Mayor Vulnerabilidad”. Internet: <http://www.onusida.org.co/v1.htm>. Acceso: 7 abril de 2010, 15:00.
- “Emos”. Internet: <http://urbanosgrupos.iespana.es/links/emos.html>. Acceso: 7 abril de 2010, 18:00.

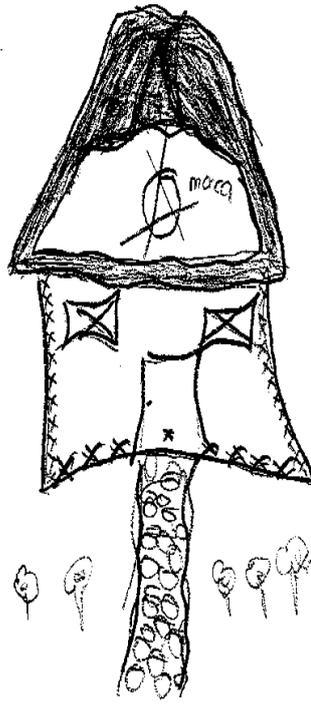
- “Dra. Isabel M. Mikulic”. Internet: <http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacionadicional/obligatorias/059psicometricas1/tecnicaspsicometricas/archivos/f6.pdf>. Acceso: 7 abril de 2010, 20:00.
- “Soy emo y qué?”. Internet: <http://www.soyemoyque.com/caracteristicas-de-los-emos/>. Acceso: 12 de abril de 2010, 10:00.
- “Nurit Martínez Carballo”. Internet: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/492505.html>. Acceso: 12 de abril de 2010, 12:30.
- “Psicólogo clínico Juan José Ruiz Sánchez y Psiquiatra Juan José Imbernon”. Gonzales. Internet: http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse2.htm. Acceso: 19 de abril de 2010, 18:00

ANEXOS

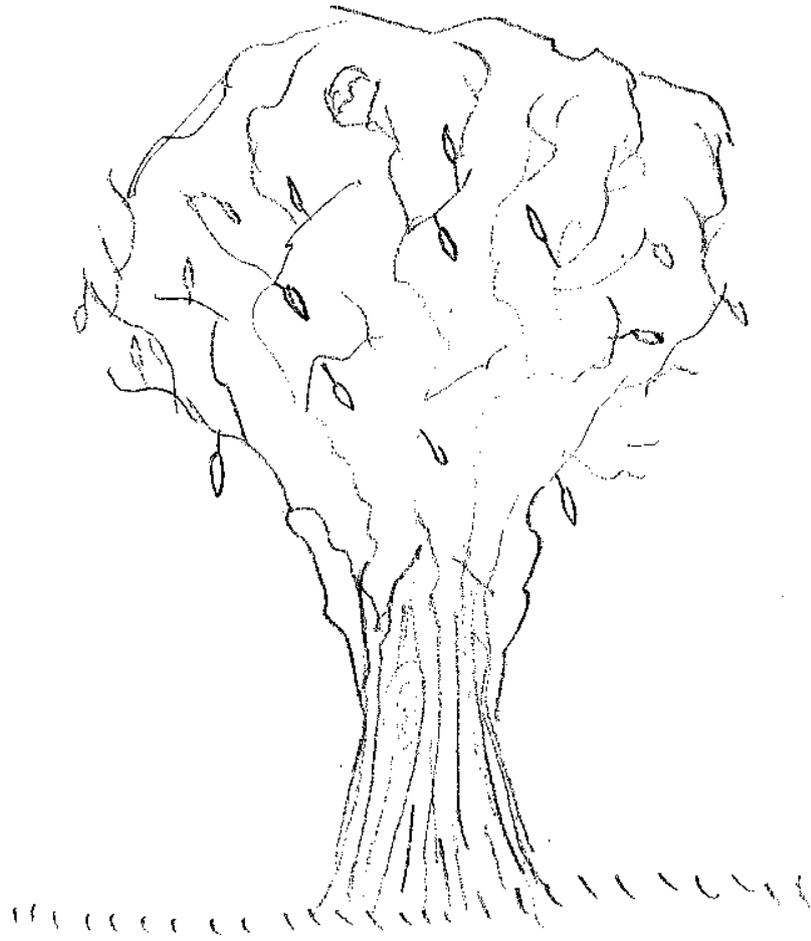
ANEXO 1

REACTIVOS PSICOLÓGICOS





- Deshabitada
- Puertas y ventanas cerradas.
- falta adornos.



- seco
- 13 años
- falta flores y pájaros



- Hombre
- 25 años
- Está serio
- Le falta felicidad.

TEST DE SACKS

(Para adolescentes, varones y mujeres)

NOMBRE ~~A~~ ~~B~~ ~~C~~ ~~D~~ ~~E~~ ~~F~~ ~~G~~ ~~H~~ ~~I~~ ~~J~~ ~~K~~ ~~L~~ ~~M~~ ~~N~~ ~~O~~ ~~P~~ ~~Q~~ ~~R~~ ~~S~~ ~~T~~ ~~U~~ ~~V~~ ~~W~~ ~~X~~ ~~Y~~ ~~Z~~ ~~Br.~~ EDAD 14
INSTRUCCION Secundaria FECHA DEL EXAMEN 11/03/2010

1. El ideal más grande de mi vida es ser futbolista
2. Me gusta compararme con los demás si pero con famosos del fútbol
3. El recuerdo más vivo de mi vida es cuando se fue mi viejo
4. Nunca tengo tanta angustia como cuando comparto jugando fútbol
5. Considero a mis superiores respetables
6. Los compañeros con los cuales trato son buenas personas
7. Yo creo que la vida de matrimonio es una bendición de dios
8. En comparación con las demás familias la mía no es tanto buena
9. Me gustaría que mi padre me apoye que sea un futbolista
10. Siempre he ambicionado ser futbolista
11. Aquello que más necesito es el apoyo
12. Cuando era pequeño (pequeña) me volvía muy inquieto (a) no no lo creo porque ya fui un peludo muy tranquilo
13. El miedo a veces me hace que me aguche
14. Cuando veo al profesor me pongo tranquilo
15. Cuando no estoy presente, mis amigos (amigas) bueno a veces me extrañan y otras veces no excepto el vicio
16. Para mí el amor humano es unas mosquillas que siento en el abdomen
17. Creo que mi padre rara vez sonas extraño
18. Mi madre y yo no compartimos mucho tiempo juntos
19. Sería feliz si estuviera en una academia de fútbol
20. Mi mayor debilidad tener miedo a los payatas
21. Me pone nervioso (a) como cuando de tantas medallas de matantes
22. Quisiera perder el miedo por supuesto que (si)
23. En clase mis profesores no llaman la atención a veces
24. La gente piensa que yo soy una mala persona
25. Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos pienso que son una mala nada amigos o hermanas
26. Quisiera que mis padres se separan
27. El modo de ser de mi madre es muy extraño por que me grito y otras no
28. Un día espero llegar ser un futbolista famoso como Robbina
29. Cuando las cosas no andan bien trato de usar algo con mi vida
30. El error más grande de mi vida fue que tomé trago 3 veces y fumar
31. La mayor parte de mis compañeros (as) no saben que yo soy una persona solada de las demás
32. Si yo fuera superior sería roquera
33. El tipo de persona que prefiero que respeten mis condiciones como soy
34. La mayor parte de las señoritas (jóvenes) modernas (os) son como ellas son con tal de estudiar
35. Cuando yo era niño (niña) mi familia siempre peliaba
36. Creo que mi padre no me acepta como soy

- 37. Cuando miro al porvenir.....
- 38. Me considero capaz... de jugar en las grandes ligas de campeonatos de Europa.
- 39. Daria algo por olvidar... que no me creo capaz de ser futbolista.....
- 40. Se que es una tonteria, pero tengo miedo de... fracasar... siendo... papa... muy joven.....
- 41. La mayor parte de mis superiores... pasan... en la casa... y... en la... calle.....
- 42. Un amigo sincero (una amiga de verdad)... nunca... me... acusaria... con..... alguien... y.....
- 43. Para mi la mujer ideal (para mi el hombre ideal)... son... muy... buenas... persona... nos... o... malas... a veces.....
- 44. Mi familia me trata... ~~mal~~... mal... a veces... bien... cuando estan de buen humor
- 45. La mayoría de las madres... el 100% son malas... y... el 5% son buenas.....

DIFICULTADES PSICO-FISICAS:

Enumere algunas enfermedades o dificultades bio-psicológicas que hayan ocasionado problemas en su vida estudiantil.

Golpes... en... las... cabeza... pelear... en la calle... con... otras... personas... discusiones... bueno... siempre... me... dicen... que... yo... no... puedo... salir... adelante... y... que... soy... un... perdedor... y... me... pongo... molesto... y... digo... cosas... como... quiero... decir... a veces... les... doy... su... paliza.....

Quisiera hacer las siguientes OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

APRECIACION PSICOLOGICA: El puntaje total es de 52, donde presenta un mayor conflicto en el área familiar y en actitudes hacia el pasado y sus propias habilidades

Linda Regalado Villa
El examinador

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE B.T EDAD 13 FECHA _____

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.
 ① Me siento triste.
 ② Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

2. 0 No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.
 ① Me siento desanimado(a) respecto al futuro.
 2 Siento que no tengo nada que esperar.
 ③ Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3. 0 No creo que sea un fracasado(a).
 ① Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 ② Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 ④ Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 ① No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
 ③ Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.

5. 0 No me siento especialmente culpable.
 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
 2 Me siento bastante culpable casi siempre.
 ③ Me siento culpable siempre.

6. 0 No creo que esté siendo castigado(a).
 1 Creo que puedo ser castigado(a).
 2 Espero ser castigado(a).
 ③ Creo que estoy siendo castigado(a).

7. 0 No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).
 ① Me he decepcionado a mí mismo(a).
 2 Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).
 ④ Me odio.

8. 0 No creo ser peor que los demás.
 1 Me critico por mis debilidades y errores.
 ② Me culpo siempre por mis errores.
 ③ Me culpo por todo lo malo que me sucede.

9. 0 No pienso matarme.
 ① Pienso en matarme, pero no lo haría.
 2 Me gustaría matarme.
 ③ Me mataría si tuviera la oportunidad.

10. 0 No lloro más que de costumbre.
 1 Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
 2 Ahora lloro todo el tiempo.
 ③ Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.
 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.
 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.
 ③ Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés por otras personas.
 1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.
 ② He perdido casi todo mi interés por otras personas.
 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. 0 Tomo decisiones casi como siempre.
 1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.
 ② Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.
 ② Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).
 3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 ③ No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
 ② Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. 0 No me canso más que de costumbre.
 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
 2 Me canso sin hacer casi nada.
 ③ Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 ② Mi apetito está mucho peor que ahora.
 3 Ya no tengo apetito.
19. 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 ① He rebajado más de dos kilos y medio.
 2 He rebajado más de cinco kilos.
 3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
 ② Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.
 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
 ③ He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACION TOTAL: 64

NIVEL DE DEPRESION _____

EXAMINADOR Linda Regalado

ESCALA DE DESESPERANZA (A. Beck)

Nombre B. J.
Fecha _____

Este cuestionario consta de 20 frases (sentencias). Por favor, léalas cuidadosamente una por una. Si la frase describe su actitud durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy, escriba al lado "VERDADERO": si la frase es "FALSA" para Ud. escriba "FALSO". Debe poner únicamente "V" si es verdadera y "F" si es falsa.

Por favor, asegúrese de leer cada una de las frases.

- F A. Miro al futuro con esperanza y entusiasmo
 V B. Debería abandonar, porque no puedo hacer nada para que las cosas me vayan mejor
- V C. Cuando las cosas van mal, me ayuda saber que no pueden seguir siendo siempre malas
 V D. No puedo imaginar como será mi vida dentro de diez años
- V E. Tengo bastante tiempo para hacer las cosas que más me importan
 V F. Espero que en el futuro alcanzaré con éxito lo que más me interesa
- V G. Mi futuro me parece "negro"
 V H. Tengo suerte y espero tener más cosas buenas en la vida que el promedio de la gente
- V I. No tengo oportunidades y no hay razón para creer que las tendré en el futuro
 F J. Mi experiencia pasada me ha preparado bien para el futuro
- V K. Todo lo que miro en mi pasado me parece más desagradable que agradable
- V L. No espero obtener lo que quiero realmente
 V M. Cuando miro hacia el futuro creo que seré más feliz de lo que soy ahora
- V N. Las cosas no me saldrán como yo quiero que me salgan
- V O. Tengo una gran fe en el futuro
 V P. Nunca he conseguido lo que quería, es inútil querer nada
- V Q. Es muy improbable que pueda tener cualquier satisfacción en el futuro
 V R. El futuro me parece vago e incierto
- V S. Puedo ver con ilusión el futuro porque vendrán más tiempos buenos que malos
 V T. No vale la pena intentar conseguir lo que quiero porque probablemente no lo conseguiré

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso 1= Algunas veces lo pienso 2= Bastante veces lo pienso 3= Con mucha frecuencia lo pienso

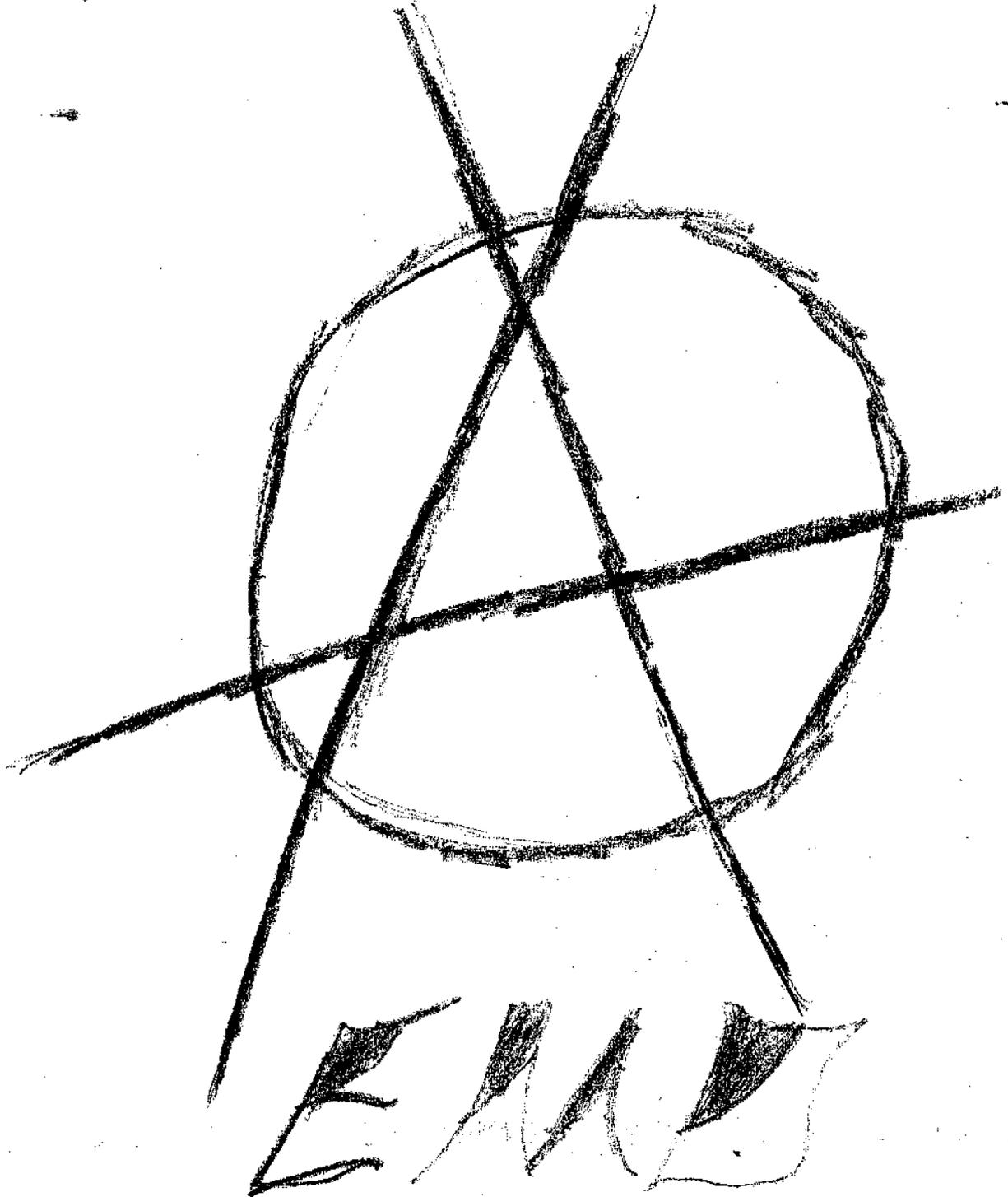
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1.No puedo soportar ciertas cosas que me pasan..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Solamente me pasan cosas malas..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3.Todo lo que hago me sale mal..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4.Sé que piensan mal de mi..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5.¿Y si tengo alguna enfermedad grave?..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6.Soy inferior a la gente en casi todo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiria mejor..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8.¡No hay derecho a que me traten así!..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10.Mis problemas dependen de los que me rodean..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11.Soy un desastre como persona..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13.Deberia de estar bien y no tener estos problemas..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14.Sé que tengo la razón y no me entienden..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16.Es horrible que me pase esto..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17.Mi vida es un continuo fracaso..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18.Siempre tendré este problema..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19.Sé que me están mintiendo y engañando..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20.¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21.Soy superior a la gente en casi todo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23.Si me quisieran de verdad no me tratarian así..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25.Si tuviera más apoyo no tendria estos problemas..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26.Alguien que conozco es un imbecil..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27.Otros tiene la culpa de lo que me pasa..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28.No deberia de cometer estos errores..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30.Ya vendrán mejores tiempos..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31.Es insoportable, no puedo aguantar más..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32.Soy incompetente e inutil..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33.Nunca podré salir de esta situación..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34.Quieren hacerme daño..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35.¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36.La gente hace las cosas mejor que yo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37.Soy una victima de mis circunstancias..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38.No me tratan como deberian hacerlo y me merezco..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39.Si tengo estos sintomas es porque soy un enfermo..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40.Si tuviera mejor situación económica no tendria estos problemas..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41.Soy un neurotico..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42.Lo que me pasa es un castigo que merezco..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43.Deberia recibir mas atención y cariño de otros..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor..... | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANEXO 2

REGLAS Y DIBUJOS DEL GRUPO EMO



REFLAI



REFLEX

✱ Cubrirte el ojo

✱ Pintar se las uñas



III



✱ Pintar se los ojos
✱ Apollarnos solo en
nosotros



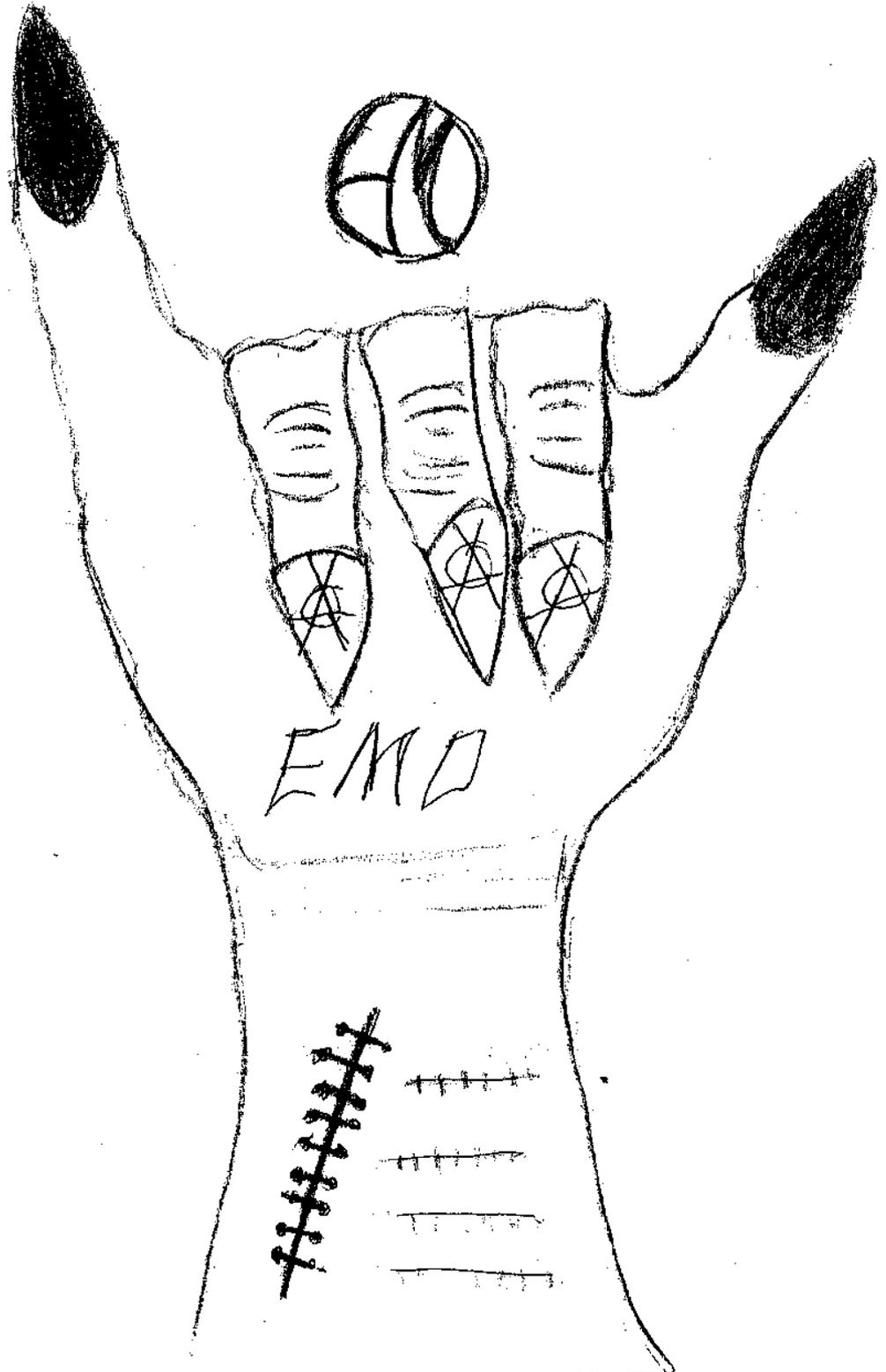
REFLECT

✱ Utilizar solo Negro

✱ Utilizar solo Rojo

✱ Utilizar solo Rosado

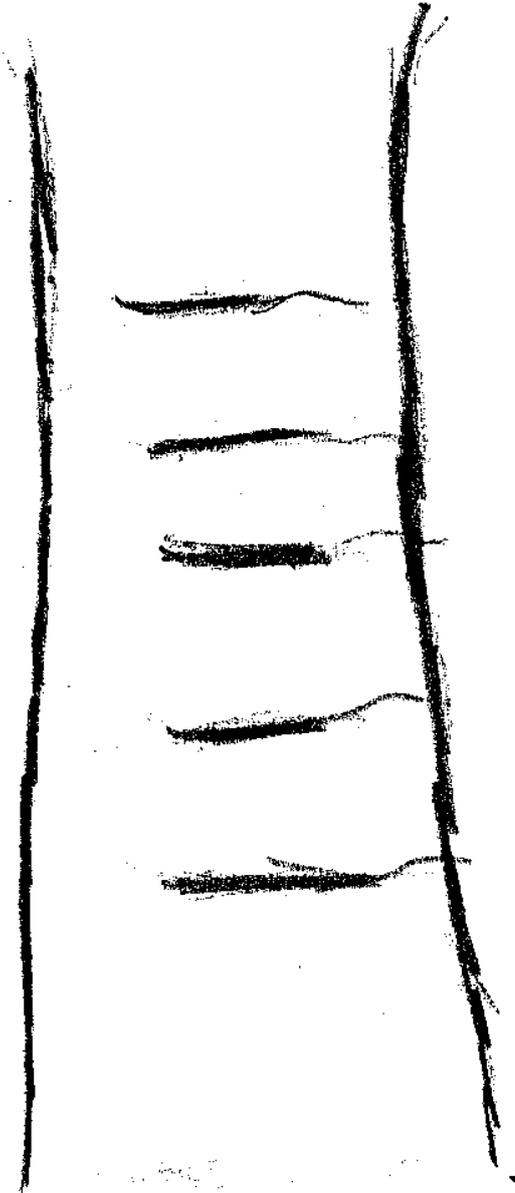
✱ Utilizar solo Blanco



REGLAS

Amor a lo estilo hasta la muerte

ser la fiesta de los terceros



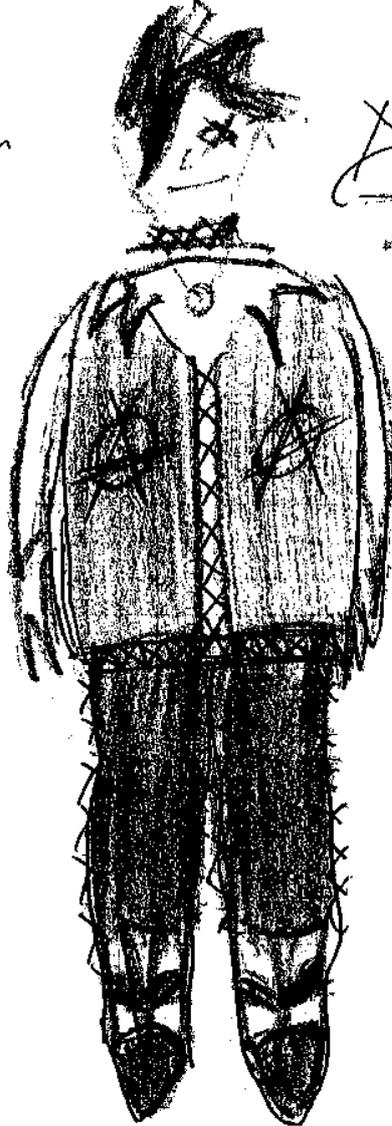
El estilo debe ser muy importante

REFLEX

~~El Amor~~

~~Duele~~

~~Siempre~~



~~N~~asar comvers

~~N~~unca te aquebaras

~~N~~o amigarte con otras personas

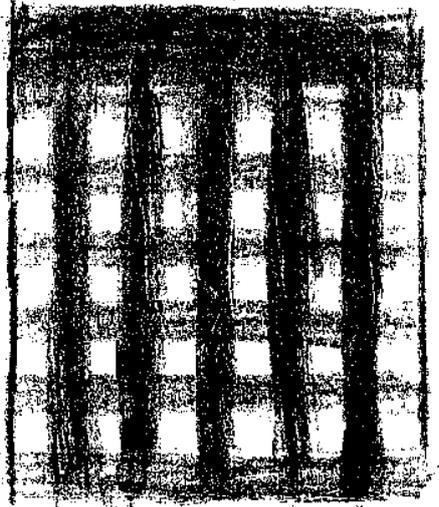
REFLEJOS

⊗ Nunca traicionaras el grupo

⊗ Cumpliras lo que te digan los superiores del grupo.

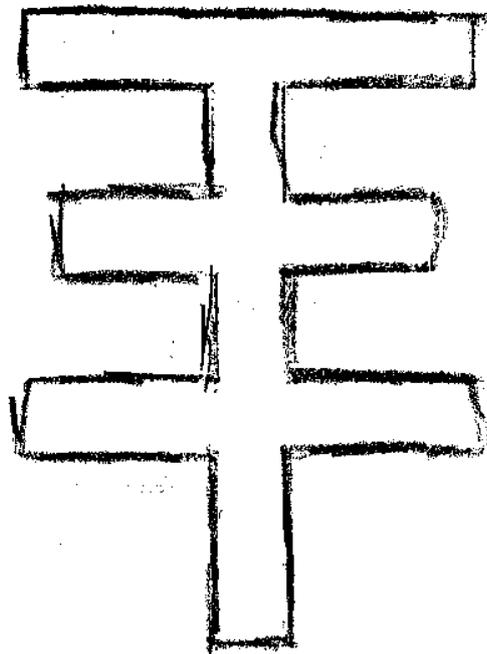
⊗ Adiarias a las personas que te criticán

⊗ Siempre habrá alcohol en los terceros.



✱ Usar los pantalones apretados

✱ No confies en nadie ^{excepto} el grupo



✱ Te peinado debe ser ^vextrabagante

✱ Te contarás cuando tengas problemas en Casa

✱ Te contarás cuando tengas problemas en el Amor.

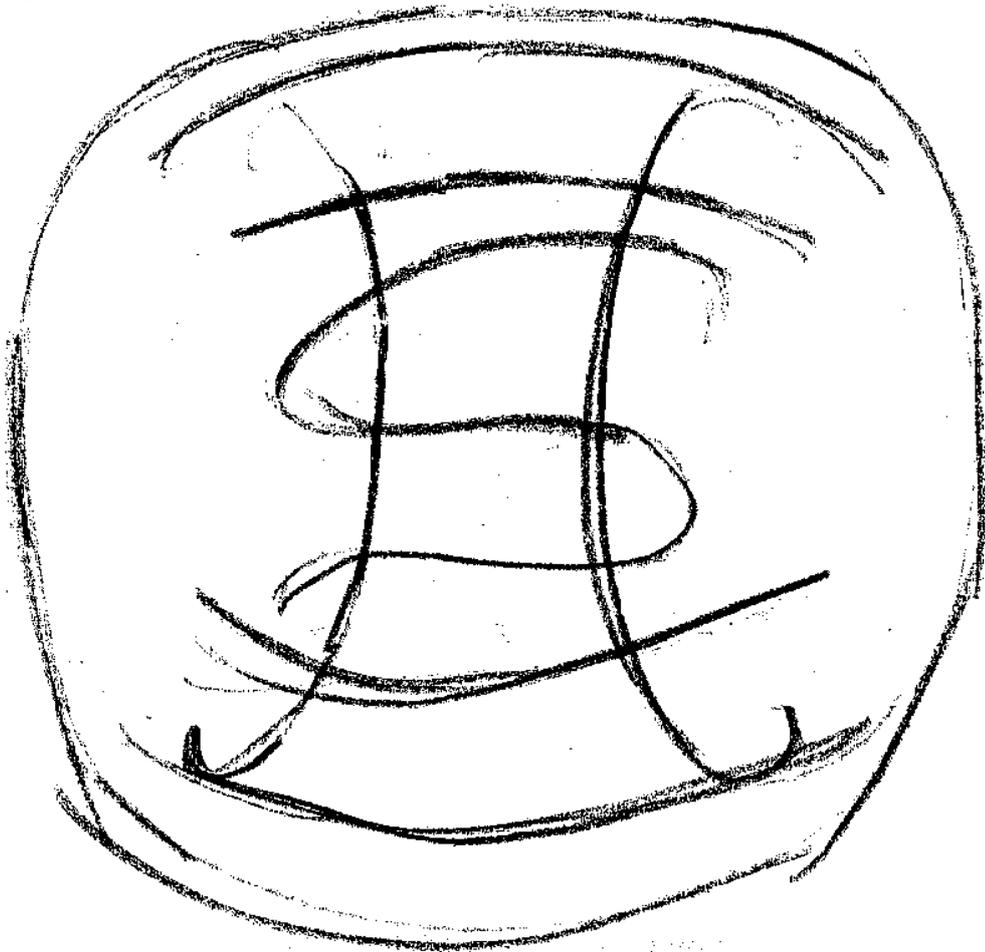
✱ Te contarás cuando tengas problemas en ~~el~~ colegio

#FFLAG

⊗ **N**o adiar a los que te hacen daño

⊗ **N**o amigarte con los Rockeros, Funkeros, Raperos y Personas normales.

⊗ **S**alir solo en las noches



FEELAS

~~A~~ Analisar una inicial o tatuarte.

~~T~~ Tendras los números de Celu, Tele

~~O~~ Odias a padre y Madre

~~A~~ Amaras a la calle

