



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Psicología

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA ADOLESCENTE
DE 13 AÑOS CON ONICOFAGIA**

**Trabajo Académico para Optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual**

AUTOR:

Silva Martel, Miguel Angel

ASESOR:

Shimabukuro Kyam, Jorge

JURADO:

BUENO CUADRA, ROBERTO

GUERRA TURÍN, EVA LUZ

HERVIAS GUERRA, EDMUNDO MAGNO

Lima – Perú

2020

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos
que con su ejemplo de vida forjaron mi
carácter.

A Carolina y Luis Miguel,
pues con su amor y comprensión, me
concedieron el tiempo para culminar esta
investigación.

AGRADECIMENTOS

A mis profesores de la Especialidad de Terapia Cognitivo Conductual por sus valiosas enseñanzas, tanto en lo académico como en lo profesional y personal.

A mi asesor, Mg. Jorge Shimabukuro, por su paciencia, comprensión y críticas constructivas en el desarrollo del presente trabajo.

A mi esposa Carolina y mi hijo Luis Miguel que son mi soporte y estímulo permanente para brindar lo mejor de mí.

A mis colegas, con los que hemos debatido, discrepado y compartido inolvidables experiencias académicas y personales en el transcurso de la formación en esta especialidad, y con los que hemos forjado significativos lazos de amistad.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
1.Introducción	8
1.1.Descripción del Problema	9
1.1.1. Análisis funcional	18
1.1.2. Análisis cognitivo	20
1.1.3. Diagnóstico funcional	21
1.2.Antecedentes	24
1.2.1. Estudios nacionales	24
1.2.2. Estudios internacionales	26
1.2.3. Variable independiente: Terapia cognitivo conductual	29
1.2.4. Variable dependiente: Onicofagia	36
1.3.Objetivos	39
1.4.Justificación	40
1.5.Impactos esperados de la investigación	40
2.Metodología	41
2.1. Tipo de investigación	41
2.2. Evaluación psicológica	41
2.3. Intervención psicológica	49
3.Resultados	58

3.1. Fase de Línea base	58
3.2. Fase de tratamiento	60
3.3. Fase de seguimiento	62
4. Conclusiones	64
5. Recomendaciones	66
6. Referencias	67
Anexos	70

Resumen

Se presenta el estudio de caso de una adolescente de 13 años que presenta onicofagia desde la edad de nueve años, en el contexto de una familia en donde el padre también presenta ocasionalmente la conducta onicofágica. Se procedió a realizar la historia clínica psicológica recabando la información necesaria para explicar la conducta de la niña en función de sus antecedentes y consecuentes, es decir, el análisis funcional de la conducta problema, como también, su desarrollo cronológico. También se realizó el diagnóstico funcional, el cual nos permitió determinar las contingencias asociadas a esta conducta. La intervención cognitivo conductual se inicia con el autorregistro de frecuencias por parte de la menor y el registro realizado por la madre. Se utilizaron las técnicas de psicoeducación, reforzamiento positivo, reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), técnica de control de la respiración y reestructuración cognitiva. Los resultados nos muestran la eficacia de la intervención cognitivo conductual pues se redujo la frecuencia de la onicofagia desde la primera semana de tratamiento, alcanzándose hacia el final una reducción mayor al 90% durante el tratamiento y mantenida también en la fase de seguimiento.

Palabras clave: Terapia cognitivo conductual, onicofagia, reforzamiento positivo, reforzamiento diferencial de otras conductas, relajación, reestructuración cognitiva.

Abstract

The case study of a 13-year-old teen who presents onychophagy from the age of nine is presented, in the context of a family where the father also occasionally presents onychophagy. The psychological clinic history was carried out, gathering the necessary information to explain the girl's behavior based on her background and consequent, that is, the functional analysis of the problem behavior, as well as its chronological development. The functional diagnosis was also made, which allowed us to determine the contingencies associated with this behavior. Cognitive-behavioral intervention begins with the self-registration of frequencies by the teen and the registration made by the mother. The techniques of psychoeducation, positive reinforcement, differential reinforcement of other behavior (DRO), breathing control technique and cognitive restructuring were used. The results show us the effectiveness of cognitive behavioral intervention because the frequency of nail biting was reduced from the first week of treatment, reaching more than 90% reduction during treatment and also in the follow-up phase.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, onychophagy, positive reinforcement, differential reinforcement of other behavior, relaxation, cognitive restructuring.

1. INTRODUCCIÓN

En la infancia y la adolescencia se adquieren hábitos y comportamientos que pueden resultar nocivos para la salud de la persona y que pueden resultar difíciles de cambiar o ser corregidos. Es en esta dificultad que radica la posibilidad de catalogarlos como conducta patológica, pues se manifiesta como una conducta persistente pese a la voluntad de la persona de evitarla, teniendo como consecuencia un deterioro funcional y social de la misma. Este es el caso de la onicofagia, del griego *onys* (“uña”) y *phagein* (“morder”), que cuando aparece, propicia el rechazo de las personas cercanas, además de producir también daños en la salud bucal. El DSM-V considera la onicofagia como un “trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo”, dentro de una categoría diagnóstica mayor que es: *Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados*. Por su parte, el CIE 10, cuando se presenta en la infancia, lo incluye en el apartado *Otros trastornos específicos de las emociones y del comportamiento con comienzo habitual en la infancia y la adolescencia (F98.8)*. Es decir, es algo más que un hábito molesto, y ha merecido la atención de diversos profesionales de la salud para su tratamiento. Desde la psicología se han propuesto diversas explicaciones y tratamientos siendo las terapias cognitivo-conductuales las que han mostrado una mayor eficacia para controlar esta conducta, tanto en su aplicación exclusiva como cuando se acompañan de tratamiento farmacológico.

En el caso que se presenta, se trata de una adolescente de 13 años que presenta onicofagia, Después de una primera fase del registro de la conducta para la obtención de la línea base respectiva y del análisis funcional correspondiente, se aplicó una intervención cognitivo conductual, con técnicas como el reforzamiento positivo, reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), relajación a través de

una técnica de control de la respiración y reestructuración cognitiva (terapia racional emotiva conductual) con lo que se logró una significativa reducción de la conducta onicofágica.

Se exponen en el primer capítulo los datos de la historia clínica, los análisis funcional y cognitivo, el diagnóstico funcional, y las investigaciones relacionadas al caso tanto nacionales e internacionales. Asimismo, se presenta el marco teórico referido a las variables de estudio: terapia cognitivo conductual y onicofagia, los objetivos, la justificación y el impacto esperado del presente estudio de caso.

En el capítulo dos se desarrolla la metodología aplicada que consta de la evaluación psicométrica y los informes correspondientes, los procedimientos desarrollados en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento.

El tercer capítulo contiene los resultados del estudio en el que se puede apreciar gráficamente el contraste entre las frecuencias de la conducta en las fases de línea base, tratamiento y seguimiento. En el cuarto y quinto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones, respectivamente.

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Datos de Filiación

- Nombre y Apellidos : M.R.R
- Edad : 13 años
- Lugar y fecha de nac. : Chulucanas, 24 de junio de 2006
- Grado de instrucción : Segundo año de secundaria
- Dirección : Chulucanas
- Persona responsable : D.P.R.R
- Parentesco : Madre
- Fechas de entrevista : 19/08//2019 al 02/09/2019

- Lugar de entrevista : Consultorio psicológico
- Terapeuta : Ps. Miguel Angel Silva Martel

Motivo de Consulta

La madre manifiesta: “Me preocupa mi hija, pues se muerde las uñas a cada rato, lo hace en diferentes momentos y situaciones: cuando ve televisión, cuando está en una reunión familiar, cuando está estudiando. Por más que le llamo la atención, vuelve a hacerlo. Su papá también le llama la atención y en el momento deja de morderse, pero al rato lo vuelve a hacer”, “Incluso, también se muerde, a veces, la parte interna de la boca”.

Problema Actual

- Presentación Actual del Problema

Cuando la madre está cocinando y de pronto va hacia la sala, encuentra a Mili viendo televisión y mordiéndose las uñas, la ignora y continúa con sus labores. Esto ocurre con una frecuencia de 5 veces por semana.

Cuando Mili y sus padres visitan la casa de la abuela y entablan una conversación familiar, la niña, que observa la conversación, sin participar de ella, dirige una mano a la boca y se muerde las uñas durante un instante, hasta que el padre se percata de ello y le dice: “¡Saca la mano de la boca!”. Inmediatamente, la menor baja la mano y mira a su mamá (que también la mira) esbozando una sonrisa. Esto ocurre de 2 a 3 veces por semana.

En los exámenes mensuales del colegio, Mili se sintió muy estresada (9/10). Estudiaba en su cuarto, acostada en su cama, para un

curso mientras pensaba “Debo sacar buena nota. Tengo que aprender todo”. En esos momentos se mordía las uñas La madre entraba en el cuarto y la veía echada en su cama, leyendo y mordiéndose las uñas. Entonces le decía: “¡Emilly! ¿Otra vez?”, ante lo cual la menor dejaba de morderse las uñas inmediatamente. Esto ocurría de 4 a 5 veces por semana durante los días de exámenes.

En ocasiones, su hermano mayor César le enseña el curso de Matemática con el que Mili suele tener dificultades. Mientras César le explica algunos problemas matemáticos en una pizarra acrílica que tienen en la sala, Mili, sentada en un mueble empieza a morderse las uñas. En esos momentos Mili se siente ansiosa (8/10) y piensa. “Nunca aprenderé Matemática”, “Qué curso más horrible!”. Su hermano la ignora y continúa explicándole la solución a los problemas. Esto ocurre 1 a 2 veces por semana.

Mili recuerda que, en los exámenes de fin de mes, se mordía las uñas mientras esperaba que el profesor entregue los exámenes para ser resueltos. Al mismo tiempo experimentaba ansiedad (8/10) y pensaba “Ojalá no esté difícil”. El profesor del curso sólo la observaba y pasaba por su lado sin decirle nada.

A veces ocurre que los padres de Mili tienen discusiones cuando ella está presente. La menor siente miedo (7/10) pues piensa que podrían llegar a golpearse y empieza a morderse las uñas. Sus padres no se dan cuenta de ello y siguen en la discusión. Esto ocurre de 2 a 3 veces al mes.

- Desarrollo cronológico del problema

A los 7 años Mili se asustó mucho cuando vio una fuerte discusión entre sus padres. El padre le dio un empujón a la madre y esta lo denunció por ello. Esa noche el papá de Mili se fue a dormir a casa de sus padres, quedándose Mili triste por ello. Desde entonces cada vez que ve que sus padres discuten y se levantan la voz siente ansiedad y teme que vuelva a ocurrir otra agresión física y se lleven a su padre a la comisaría.

A los 9 años, cuando Mili entró al 5to grado de primaria, la madre refiere que tuvo una profesora bastante exigente con el rendimiento académico de los niños, además que era muy estricta con la disciplina. La niña temía que la profesora le golpeará con una palmeta que ella conservaba sobre su escritorio. Mili recuerda que vio como la profesora dio un palmetazo en la mano a un niño que no había cumplido con la tarea de matemática. Esto le generó temor pues pensaba “Si no hago las tareas también me va a pegar”. A las pocas semanas la profesora le informó a la madre, en una reunión de aula con padres de familia, que había observado a la niña en algunas ocasiones, mordiéndose las uñas, especialmente cuando revisaba tareas o cuando tomaba exámenes.

Cuando la niña hacía tareas en casa la madre empezó a observarla algunas veces mordiéndose las uñas y le decía “Saca la mano de la boca” o “Mili, no te muerdas las uñas”. El padre también le llamaba la atención, pero con mucho menos frecuencia que la madre. Ante estas llamadas de atención la niña retiraba los dedos de la

boca.

A los 11 años la niña ingresó al primer año de secundaria en un nuevo colegio, desde entonces se ha observado un aumento de la frecuencia de la conducta pues ya no sólo era cuando estaba haciendo tareas, o cuando discutían sus padres sino también cuando estaba viendo televisión, en una reunión familiar o cuando estaba estudiando para un examen o una exposición en el colegio.

En el presente año, en el que ya ha cumplido 13 años, los padres han seguido llamándole la atención en la mayoría de las veces, pero, a pesar de ello, la conducta se ha mantenido, en diversas situaciones. También persiste, en menor magnitud, la conducta de morderse la cara interior de los carrillos.

Cabe anotar que la niña ha estado expuesta, desde niña, al modelo de su padre quien también se muerde las uñas en algunas ocasiones.

Historia Personal

- Desarrollo inicial

Madre de Mili manifiesta que quedó embarazada a la edad de 20 años, fue un embarazo no deseado pues aún tenía una relación de enamoramiento y ya tenía un hijo mayor de 4 años (César), cuyo padre vivía en Ica. Ella, que vivía en casa de sus padres pasó a vivir en la casa de los padres de su enamorado durante tres meses, luego de los cuales retornó a casa de sus padres. Refiere que su embarazo lo llevó algo tensa, pues su familia le cuestionaba mucho el embarazo no previsto. Hacia el 7mo mes tuvo una fuerte infección

urinaria que la llevó a estar internada por dos días, recuperándose prontamente.

Durante el parto, refiere no hubo mayores complicaciones. Mili nació pesando 3.700 gr. y midió 50 centímetros.

Madre refiere que dio de lactar a Mili hasta los 11 meses de edad y la llevó a recibir todas las vacunas que le correspondieron en sus primeros años.

Madre refiere que Mili aprendió a caminar hacia el año y controló esfínteres a la edad de 2 años. Cuando empezó a pronunciar sus primeras palabras, recuerda que lo hacía muy bien y de manera clara. En general, era una niña obediente.

- Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

Madre refiere que cuando Mili tenía dos años lloraba mucho cuando se alejaba de ella y más aún por las mañanas cuando despertaba y no veía a nadie a su alrededor. Informa que ha sido, en general, bastante obediente con ella, más no así con su padre a quien le exigía por medio del llanto las golosinas o juguetes que quería, por ejemplo, a la salida del colegio. La niña se calmaba cuando el padre le compraba lo que ella le pedía. Por otro lado, era una niña que socializaba adecuadamente sin mayores problemas interpersonales y que se llevaba bien con su hermano mayor, quien también ayudaba con el cuidado de ella.

Desde los 6 años hasta los 10 presentó esporádicamente sonambulismo. Ante dicha conducta los padres evitaban despertarla y solo la dirigían con cuidado hacia su cama.

El rendimiento escolar de Mili fue destacado en el nivel inicial. Durante la primaria fue de promedio a alto. La madre refiere que desde que ingresó al 5to grado Mili empezó a preocuparse mucho por las tareas y lloraba cuando no

entendía algunas del curso de Matemática. Al finalizar el primer año de secundaria alcanzó el segundo puesto en su aula.

Durante el año pasado mostró preocupación por su peso y temor a “estar gorda”, como ella decía. Por ello redujo el consumo de alimentos ricos en carbohidratos como el arroz y el pan, lo que provocó que su madre le riña por ello y le exija que coma mayor cantidad. En el presente año ya no manifiesta esta preocupación.

- Actitudes de la familia hacia la niña

Madre refiere que quiere mucho a su hija, y mantiene una buena comunicación con ella, especialmente en estos meses de enero y febrero que está en casa sin trabajar. Ella estuvo trabajando hasta el mes de diciembre en un colegio de la zona rural de la provincia, lo que la obligaba a pasar la semana allí, regresando a casa los viernes por la tarde.

Es una madre afectuosa con sus dos hijos, pero también exigente en cuanto a su rendimiento académico y al cumplimiento de tareas en el hogar. Estimula afectivamente a Mili por sus logros destacados en la escuela, con abrazos, sonrisas y besos. Recuerda que ella obtuvo los primeros puestos hasta el quinto de secundaria y por ello le gusta que ellos rindan bien en la escuela. La actitud de la madre con ambos hijos en el último año se ha visto marcada por un alto nivel de estrés, tanto por factores económicos como familiares (su hijo mayor tuvo una bebé hace un año), lo que provocaba en ella reacciones de mayor exigencia con reprensiones y gritos, llegando en ocasiones a darle manazos o jalarle el cabello a Mili, cuando ésta le desobedecía.

Asimismo, es la madre quien más llama la atención a Mili por su conducta de morderse las uñas. Le levanta la voz y le dice que no lo haga.

La actitud del padre con Mili es más permisiva y consentidora. El deja mayormente a la madre la corrección de la niña. Cuando él ve a Mili mordiéndose las uñas le dice “Mili” ante lo que la niña deja de hacerlo, aunque en ocasiones no le hace caso.

Respecto a su hermano mayor, César, no le presta mayor atención cuando la ve mordiéndose las uñas. A veces juegan juntos y lleva con él una relación positiva, de respeto mutuo, en la que esporádicamente discuten.

- Educación

Madre refiere que Mili desde su educación inicial presentó una buena adaptación y buena capacidad de aprendizaje. Le gustaba participar en números artísticos de baile, interés que mantiene hasta la actualidad. Presentó un rendimiento alto, estando en los primeros puestos.

Ya en primaria, la niña solía ser brigadier de aula, mostrando disciplina y buen rendimiento académico. Ha sido muy responsable con sus tareas escolares.

El primer año de secundaria, se ha exigido más a sí misma, logrando a fin de año el segundo puesto de su grado. En lo que va del año actual, en el que cursa el segundo año, viene alcanzando el primer puesto de su aula.

Tabla 1:

Desempeño educativo de la adolescente

Estudios	Concluyó		Presentó Problemas de			Rendimiento		
	Si	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
Inicial	x		No	No	No			x
Primaria	x		No	No	No			x

Secundaria x No No No x

Historia Familiar

- Datos familiares

Tabla 2:

Composición familiar

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de Instrucción	Dedicación
Padre	D.R.A.	38	Secundaria completa	Técnico en reparación de motos. Profesor de Cajón criollo.
Madre	D.R.R.	33	Superior técnica. Estudiante universitaria (último ciclo)	Su casa.
Hermano	C.L.R.	18	Secundaria completa. Estudiante universitario(segundo ciclo)	Estudiante

- Relaciones familiares

La menor mantiene una relación afectiva positiva tanto con sus padres como con su hermano mayor.

Con su padre, Mili es más dominante y demandante pues él se muestra más complaciente con ella. A él le pide con mayor frecuencia las cosas que

necesita para la escuela. En ocasiones le desobedece, ante lo cual el padre le insiste en la orden, pero sin firmeza ni exigencia.

Con su madre, que es más firme cuando le da órdenes, es más obediente pues teme sus reacciones de enojo y sus gritos, que en algunas ocasiones han terminado en castigos físicos. A pesar de ello, la madre es más dialogante y comunicativa con Mili que el padre.

Mantiene una relación cordial con su hermano César, pero no de obediencia hacia él. Recurre a él cuando necesita apoyo con sus tareas escolares de Matemática. Juegan en ocasiones y muy esporádicamente discuten entre ellos.

- Antecedentes familiares

Es importante señalar que hace tres años la madre padeció un trastorno de ansiedad severo que la llevó a recibir tratamiento psiquiátrico con ansiolíticos por varios meses. No asistió a terapia psicológica. Esto motivó la preocupación de Mili por la salud de su madre y una disminución de la atención de ésta por la niña.

1.1.1. Análisis funcional: ONICOFAGIA

Tabla 3:

Análisis funcional de la conducta onicofágica

Eventos antecedentes	Conducta	Consecuente
Externo:	Motora:	Externo:
- Ve su programa de televisión favorito al mediodía.	-Se muerde las uñas de las manos.	-La madre pasa por su lado y al verla le dice “¿Otra vez Mili? Saca la mano de la boca”
- Conversación familiar.	-Se muerde la parte interior de las mejillas.	
- Mili está estudiando en su habitación para un examen.		

<ul style="list-style-type: none"> - Su hermano le explica unos ejercicios de matemática. - En el aula, Mili espera que el profesor entregue exámenes. - Mili ve a su madre que riñe a su hermano levantando la voz. -Mili ve a sus padres discutir. -Mili participa en clase y se da cuenta que hizo o dijo algo equivocado. - En el recreo se da cuenta que el chico que le gusta la está mirando 	<p>Cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “¿Qué pasará?” <p>Fisiológica:</p> <p>----</p> <p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Siente ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> -El padre dice “Mili, saca la mano de la boca”. Ella sigue mordiéndose las uñas. -Hermano la ignora cuando le ve mordiéndose las uñas. <p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sutil alivio de la ansiedad. <p>Reforzamiento negativo</p>
<p>Interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Piensa en las escenas y vivencias de los personajes de TV. Anticipa con preocupación las escenas posibles en las que se encuentran involucrados los personajes. <p>Ansiedad (7/10)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siente aburrimiento (7/10) - Piensa “Debo aprender todo”, “Tengo que sacar buena nota” -Piensa “Nunca aprenderé matemática” “¡Qué curso más horrible!” -Piensa “¿Y si están difíciles las preguntas del examen?! “Si saco mala nota voy a decepcionar a mis padres”. Siente ansiedad - Ansiedad -Piensa: “Pueden llegarse a golpear” -Piensa “Tal vez mi profesora me juzgue y mis compañeros se burlen”. Siente miedo. Piensa “Tal vez me mira porque le gusto”. Siente vergüenza. 		

1.1.2. Análisis cognitivo

Tabla 4:

Análisis cognitivo de la conducta onicofágica

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
En la sala de su casa ve su programa de TV favorito	Piensa en las escenas y vivencias de los personajes de TV. Anticipa con preocupación las escenas negativas posibles en las que se encuentran involucrados los personajes.	Ansiedad Se muerde las uñas o se muerde el interior de las mejillas.
En su habitación, Mili se encuentra estudiando para un examen.	Piensa: “Debo sacar buena nota. Tengo que aprender todo”	Ansiedad Se muerde las uñas.
En la sala de su casa, su hermano le enseña Matemática.	Piensa: “Nunca aprenderé Matemática” “¡Qué curso más horrible!”	Ansiedad Se muerde las uñas.
En casa, sus padres discuten levantando la voz.	Piensa: “Pueden llegarse a golpear!”	Miedo Se muerde las uñas.
En el recreo, observa que el chico que le gusta le está mirando.	Piensa: “El estará pensando que le gusto”	Siente vergüenza. Se muerde las uñas o se muerde el interior de las mejillas.
En el salón de clases, la niña no entiende una explicación.	Piensa: “No entiendo. Está muy difícil” “¿Por qué no puede entender?” “Soy poco inteligente”	Siente ansiedad, vergüenza. Se muerde las uñas.

1.1.3. Diagnóstico funcional

Listado de conductas funcionales

- Asiste a la escuela
- Mantiene una relación afectiva positiva tanto con sus padres como con su hermano mayor
- Buen rendimiento en la escuela
- Busca ayuda en los cursos/temas que le resultan difíciles

Listado de conductas disfuncionales:

Onicofagia:	Exceso
Morderse la parte interior de las mejillas:	Exceso
Ansiedad:	Exceso
Creencias irracionales:	Exceso

Análisis de las conductas disfuncionales:

- a. Condiciones ambientales históricas:
 - Ansiedad en la madre, que estuvo en tratamiento psiquiátrico
 - Padre permisivo, que también se muerde las uñas esporádicamente.
 - Madre exigente, irritable desde que está sin trabajo (hace 1 año)
 - Discusiones de los padres
- b. Condiciones biológicas históricas:
 - No presenta algo significativo.
- c. Condiciones personales históricas:
 - Hacia finales del año pasado presentó tricotilomanía, hasta enero del presente año.

d. Condiciones psicológicas disfuncionales:

De la madre:

Pensamientos distorsionados

- Deberías: “Mili debería...”, “César debería...”

Del Padre:

Pensamientos distorsionados

- No identificados.

De Mili

Creencias irracionales:

- “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”.
- “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”.

e. Condiciones biológicas actuales:

- No se reporta

f. Conductas objeto de estudio:

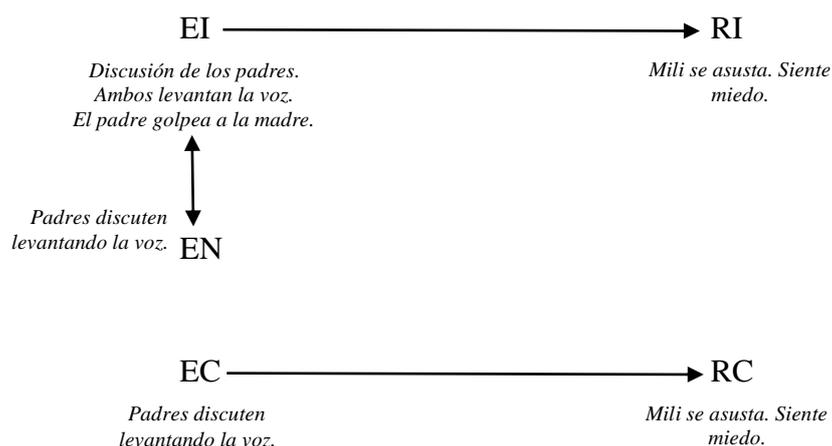
- Onicofagia.
- Ansiedad

g. Modelos de aprendizaje y mantenimiento de las conductas disfuncionales:

Modelo de aprendizaje: **Condicionamiento clásico**

Se puede considerar que las respuestas de temor, asociadas a las discusiones entre sus padres, en las que ambos levantan la voz, se han

condicionado bajo este paradigma. Igualmente, los gritos y exigencias de la madre se han asociado a experiencias de temor y ansiedad. Por ello, cuando la menor ve a su madre riñéndole a su hermano experimenta temor y ansiedad.



Modelo de aprendizaje: **Condicionamiento operante**

Se aprecia, a partir del análisis funcional, que la conducta de morderse las uñas o la cara interior de las mejillas, se encuentra mantenida por reforzamiento negativo en la medida que es seguida por un estímulo interno que es la disminución sutil de la ansiedad. Asimismo, también se la podría interpretar como una conducta reforzada positivamente, que sería mantenida por la estimulación sensorial proveniente del acto mismo de morder, es decir, como una conducta autoestimuladora o autorreforzante. Al respecto, Guess & Carr, (como se citó en Martin y Pear, 1999) refieren que los reforzadores para este tipo de conductas pueden ser “la retroalimentación sensorial o la percepción, que incluye sensaciones

vestibulares, patrones visuales, sonidos repetitivos y sensaciones táctiles o kinestésicas” (Martin y Pear, 1999, p.280).

Modelo de aprendizaje: **Modelado**

Este proceso de aprendizaje ocurre por la exposición de la menor al modelo de su padre, a quien ha visto, desde pequeña, morderse las uñas en diversas situaciones. Asimismo, ha aprendido las formas de pensar exigente consigo misma que presenta la madre.

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. Estudios nacionales

Son pocas las investigaciones que sobre la onicofagia y su tratamiento se han realizado en nuestro medio; una de ellas es la que, desde la óptica médico-psiquiátrica, realizaron Pedraz-Petrozi, Pilco-Inga, Vizcarra-Pasapera, Osada-Liy, Ruiz-Grosso, Vizcarra-Escobar (2015) en el estudio titulado “Ansiedad, síndrome de piernas inquietas y onicofagia en estudiantes de medicina” llevado a cabo con alumnos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En este reportaron que el 52.63% de los estudiantes investigados presentaba onicofagia, además de que el 61.3% de los mismos evidenciaba ansiedad. Estos resultados se obtuvieron aplicando la Escala de Beck para ansiedad (BAI) y una escala Likert autoadministrada para evaluar la presencia de onicofagia. Los investigadores además establecieron correlaciones entre las variables del estudio y concluyeron que existe asociación entre ansiedad y onicofagia pues de acuerdo al análisis estadístico los estudiantes que presentan ansiedad tienen cinco veces más riesgo de presentar onicofagia y, el

doble de riesgo de presentar síndrome de piernas inquietas. Además, no encontraron asociación significativa entre la onicofagia y el síndrome de piernas inquietas. Este estudio corrobora lo que muchos autores ya han señalado con anterioridad y es que la sintomatología ansiosa sería un factor de riesgo para presentar la conducta de onicofagia.

Años antes, desde la perspectiva conductual, tenemos el trabajo de Avendaño (1993): “Modificación conductual de la onicofagia por procedimientos de reforzamiento diferencial y expectativa de refuerzo”, en el que reporta el tratamiento efectivo en un grupo de 11 niños de 6 a 12 años, lográndose reducir la frecuencia de la onicofagia a valores próximos a cero y el crecimiento de las uñas hasta 2.5 mm de longitud en promedio. Estos logros se mantuvieron aun en la etapa de seguimiento que duró hasta un mes después.

Puesto que la onicofagia es también una conducta que puede tener serias implicaciones para la salud bucal de la persona, se han realizado diversas investigaciones que la han abordado desde el ámbito de la estomatología u odontología. En este sentido podemos citar una de las últimas que es la investigación titulada “Hábitos bucales y maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas- 2017” realizada por Tongo (2017) en la que identificó, a través de un Cuestionario para determinar hábitos bucales, que el 9.4% de los estudiantes (n=85) presentan onicofagia. Esta tesis de tipo descriptivo relacional, tuvo como objetivo establecer la relación entre hábitos bucales y maloclusiones dentales en adolescentes del nivel secundaria de la I.E. referida.

Zapata (2013), en una investigación similar a la anterior en cuanto a las variables de estudio, pero realizada con una población infantil de 6 a 12 años, encontró que, de una muestra de 154 niños de educación primaria, el 25.3% presenta onicofagia, siendo el hábito bucal de mayor prevalencia, seguido de la succión digital (18.2%) y del bruxismo (12.3%). Se destacan estos dos últimos hábitos bucales por ser los que se encuentran más relacionados con factores causales de tipo emocional.

1.2.2. Estudios internacionales

Córdova (2015), en su tesis, de tipo descriptiva, “*Ansiedad y onicofagia en adolescentes*”, realizada con 332 adolescentes estudiantes de la Escuela Nacional de Ciencias Comerciales de Guatemala encontró que ante la pregunta “Cuándo se encuentra ansioso, ¿tiende a morderse las uñas?” (planteada en una encuesta de seis ítems elaborada ad hoc) el 47.29% de los estudiantes responden afirmativamente. Esto nos da cuenta de una alta presencia de dicha conducta en la población adolescente estudiada. Como parte de la encuesta se interroga, en otro ítem independiente, sobre la frecuencia en que esta se presenta, pero la investigadora no hace el cálculo de los porcentajes correspondientes. Sin embargo, a partir de las frecuencias observadas en la tabla mostradas en los resultados de la investigación se pueden obtener los siguientes porcentajes: Muchas veces al día: 9.3%, Una vez al día: 17.6% Una vez a la semana: 37.2%. Esto nos muestra que la mayoría de estudiantes que refieren morderse las uñas cuando se sienten ansiosos lo hace una vez por semana o menos. Cabe señalar que una deficiencia de esta investigación

es no haber establecido como objetivo la realización de un análisis estadístico de correlación entre ambas variables pues la ansiedad se midió con la prueba STAI 82 y pudo haberse identificado si existe o no una correlación significativa entre la ansiedad y la onicofagia en la muestra del estudio.

Cortés y Oropeza (2011) aplicaron los principios del refuerzo positivo y el castigo positivo en el caso de un niño de diez años que presentaba la conducta de morderse las uñas desde los cuatro años. En este estudio, realizado en Michoacán, México, se realizó el registro de línea base por un periodo de cuatro semanas, con una frecuencia promedio de 1.92 (los autores reportan que, aunque la frecuencia era baja, la duración de cada episodio variaba entre 30 y 40 minutos). Tanto las fases de tratamiento y seguimiento duraron cinco semanas cada una, lográndose en la última semana de tratamiento la reducción total de la conducta onicofágica, logro que se mantuvo a lo largo de la fase de seguimiento. Ante la efectividad de las técnicas aplicadas, los autores sugieren que las mismas pueden ser útiles para modificar diversas conductas problemáticas en los niños y en las personas en general.

Salgado y Oropeza (2012) en el artículo “Onicofagia: Estudio de caso de una mujer adulta”, presentan los resultados de una intervención conductual en una estudiante universitaria mexicana de 22 años quien tenía el hábito de morderse las uñas a una frecuencia promedio de 6.82 veces cada día (de acuerdo a los datos de la línea base que tuvo una duración de 29 días). En la fase de intervención, que se prolongó por 35 días, los investigadores reportan el empleo de las técnicas de

reforzamiento positivo y castigo positivo, aunque cabe señalar algo que los autores no precisan y es que se ha hecho uso de un procedimiento que Martin y Pear (1999) identifican como reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB), pues establecieron cantidades máximas de la frecuencia de la conducta para cada semana. Con estos procedimientos lograron una total eliminación de la conducta hacia la última semana de tratamiento. Lo que es destacable en este caso de intervención conductual, es la fase de seguimiento, en la que por un periodo de dos años no se volvió a presentar la onicofagia, a pesar de que se eliminaron los procedimientos de reforzamiento aplicados. A la luz de estos resultados favorables, los autores sugieren la utilidad del manejo de estrategias conductuales en hábitos mantenidos por mucho tiempo y que puede lograrse cambios significativos en la conducta problema en un tiempo relativamente corto.

Benítez y Gasca-Argueta (2013) presentaron un caso clínico denominado “Modificación conductual en un caso de onicofagia” en el que reportan los resultados de la aplicación de las técnicas de reforzamiento positivo, castigo positivo y costo de respuesta en una niña de siete años que presentaba la conducta onicofágica por periodos prolongados durante el día. Concluyen los autores, profesionales de la odontología, que las técnicas conductuales empleada fueron efectivas en la reducción de la conducta en cuestión, aunque insisten también en la importancia de la toma de conciencia por parte de la menor y sus padres respecto a los efectos nocivos de dicha conducta para la salud.

1.2.3. Variable independiente: Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitiva conductual constituye uno de los modelos más utilizados en el tratamiento de diversos trastornos mentales y considerado por muchos especialistas, como el tratamiento por excelencia, por ejemplo, para el tratamiento de la depresión (Puerta y Padilla, 2011). Por ello, en la “Guía de práctica clínica para el tamizaje y el manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención” publicada recientemente (octubre 2019) por EsSalud, se recomienda prescribir terapia cognitivo conductual, fundamentándola en una recomendación a favor fuerte y una certeza de evidencia moderada.

Es considerada actualmente un tipo de intervención muy efectiva y es la que cuenta con mayor cantidad de investigaciones que respaldan su efectividad. Sin embargo, al interior de este enfoque existen diferencias al enfocar los aspectos cognitivos. Por ejemplo, en la Terapia Cognitiva de Beck y en la Terapia Racional Emotiva de Ellis la intervención se centra en estructuras, creencias o supuestos básicos, como agentes causales de conductas y emociones perturbadoras; mientras que el enfoque de D´Zurilla se centra en la solución de problemas, o el enfoque de Meichembaum que se basa en el entrenamiento auto-instruccional (Labrador et al, 1993).

Aun con las diferencias señaladas, lo que unifica al enfoque cognitivo-conductual, serían las siguientes características comunes (Labrador et al, 1993):

- a. *“El cambio conductual se haya mediado por las actividades cognitivas. Es decir, la identificación y la alteración sistemática de*

aspectos cognitivos desadaptativos producirá los cambios conductuales deseados.

- b. La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.*
- c. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir concepciones o creencias disfuncionales. Se ayuda a los clientes a que reconozcan las conexiones entre las cogniciones, el afecto y la conducta, junto con sus consecuencias, a hacerles conscientes del rol de las imágenes y pensamientos negativos en el mantenimiento del problema.*
- d. Las técnicas aplicadas en este enfoque son las de reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento auto-instruccional, etc. En general, en la modificación cognitivo-conductual se utilizan manipulaciones ambientales como en otros enfoques, pero aquí tales manipulaciones representan ensayos de feedback informativos o experimentos que aportan una oportunidad para que el paciente cuestione, revalorice y adquiera autocontrol sobre conductas, sentimientos y cogniciones desadaptativas, al mismo tiempo que practica habilidades entrenadas.*
- e. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente.”*

1.2.3.1. Técnicas en Terapia cognitivo conductual.

Las diversas técnicas que se incluyen en el ámbito de la terapia cognitivo conductual pueden clasificarse, de acuerdo con Martin y Pear (1999) en tres categorías generales:

- **Métodos de reestructuración cognitiva.**

Basados en el presupuesto de que las perturbaciones emocionales que afectan a las personas y alteran su comportamiento, dependen de un conjunto de pensamientos disfuncionales, o irracionales. Por ello estos enfoques se centran en sustituir los pensamiento irracionales o disfuncionales por pensamientos racionales, realistas y valoraciones basadas en la información. Ejemplos de este enfoque son la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck.

- **Métodos de afrontamiento autoinstruccionales.**

Se centran más en desarrollar habilidades de afrontamiento para tratar situaciones de estrés. El más destacado es el enfoque de Meichembbaum (1977) (citado por Pear,1999, p.380), que destaca el papel de la autoinstrucción para sustituir pensamientos negativos por otros funcionales. Busca enseñar al usuario a afrontar emociones negativas en vez de eliminarlas por completo.

- **Estrategias de solución de problemas.**

Estos procedimientos se dedican a corregir el razonamiento erróneo, enseñando a la gente cómo actuar, usando razonamientos lógicos para solucionar satisfactoriamente los problemas personales de la vida cotidiana. D’Zurilla y Goldried (1971) (citados por Labrador et al, 1993, p.716) propusieron cinco fases

o etapas en el entrenamiento de solución de problemas: a) orientación general hacia el problema; b) definición y formulación del problema; c) generación de soluciones alternativas; d) toma de decisiones; y e) puesta en práctica y verificación de la solución.

1.2.3.2. Terapia racional emotiva conductual (TREC)

La propuesta terapéutica de Albert Ellis, inicialmente recibió la denominación de “Terapia Racional”, posteriormente la llamó “Terapia Racional Emotiva” (TRE) y, finalmente, desde 1994, “Terapia Racional Emotiva Conductual” (TREC) (Cabezas y Lega, 2006). Ellis refiere que uno de sus importantes basamentos está en la filosofía estoica de los griegos y cita, por ejemplo, a Epicuro quien afirmaba que las personas no se afectan o perturban por cómo son las cosas sino por la forma en que interpretan dichas cosas (Ellis y Grieger, 1990).

Desde esta perspectiva se sostiene que lo que está en la raíz de los problemas de conducta y emocionales de las personas son un conjunto de autoafirmaciones irracionales que las personas hacen de sí mismas, de los demás o de lo que les sucede. Por tanto, la tarea de la terapia será identificar, eliminar y reemplazar estas creencias personales por nuevas reinterpretaciones racionales. Para ello se sigue una secuencia de pasos que culminan en la consecución, para el usuario, de una nueva filosofía o forma de pensar que eliminan o reducen

significativamente sus perturbaciones emocionales y/o conductuales.

El proceso de intervención terapéutica en este modelo, consta de cuatro grandes fases: a) la explicación del esquema ABC al cliente; b) la detección de las ideas irracionales; c) el debate, distinción y discusión de las creencias irracionales; y d) la consecución de un nuevo efecto o filosofía (Labrador et al, 1993).

1.2.3.3. Técnicas de relajación

La relajación, según Labrador et al (1993) puede considerarse como “un estado psicológico de hipoactivación facilitado por diversos procedimientos y técnicas” (p.369). Es decir, es el resultado de un conjunto de procedimientos que reducen el nivel de activación o tensión en el individuo produciendo diversos efectos psicofisiológicos asociados a una sensación subjetiva de tranquilidad, dichos efectos son: disminución de la tensión muscular, de la intensidad y del ritmo cardíaco; aumento de la vasodilatación arterial y por consiguiente aumento del riego periférico y la oxigenación celular; disminución de los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina, entre otros.

Se han desarrollado diversas técnicas para alcanzar un estado de relajación, una clasificación, no exhaustiva, nos la presenta Smith (2010) (citado en Rey, 2015, p.14) en la siguiente lista: Relajación Muscular Progresiva (RMP); Entrenamiento

autógeno (EA); Técnicas de Respiración; Estiramientos de Yoga; Meditación; y las Técnicas de Visualización.

En el presente caso se aplicará una técnica de control de la respiración asociada a elementos de visualización. En particular se hará énfasis en la respiración abdominal.

1.2.3.3.1 Técnicas de control de la respiración.

El estilo de vida moderno, caracterizado por elevados niveles de estrés, las posturas inadecuadas y el estilo de vida en general, ha contribuido a que la respiración en las personas se haya vuelto inadecuada, superficial, eminentemente torácica y en la que la intervención del diafragma es poco relevante. Por tanto, el objetivo de este tipo de técnicas es entrenar a la persona en el control voluntario de la respiración, logrando un uso completo de los pulmones y una respiración diafragmática completa, con el consiguiente beneficio de la activación del sistema parasimpático, que aumenta el porcentaje de oxígeno en la sangre y disminuye la sensación de ansiedad.

La respiración diafragmática es la más adecuada pues permite una mayor expansión pulmonar y niveles también mayores de oxigenación, ya que el aire se dirige a la parte más baja de los pulmones, que es la que contiene la mayor cantidad de sangre. Además, cuando el abdomen se expande, hay poca implicación de los músculos del pecho y los hombros, por lo que la respiración requiere un mínimo esfuerzo.

1.2.3.4. Reforzamiento positivo

Es una de las técnicas más conocidas y empleadas cuando se aplican programas de modificación de conducta. Es un procedimiento, que generalmente se entiende como recompensa, sin embargo, el término reforzador positivo se define como: “un evento que, cuando se presenta inmediatamente después de una conducta, hace que esta suceda con más frecuencia (o aumenta la probabilidad de que ocurra).” (Martin y Pear, 2008, p.30).

Asimismo, se puede afirmar que el proceso del reforzamiento es uno de los más importantes a través del cual los seres humanos aprendemos muchas de nuestras conductas.

1.2.3.5. Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)

Es una técnica que se encuentra en el conjunto de técnicas operantes que se emplean para la reducción o eliminación de conductas. Consiste en la administración del refuerzo por la no emisión de una determinada conducta, que es la que se quiere eliminar, durante un periodo de tiempo establecido. La denominación de “otras conductas” obedece a que se estarían reforzando diferentes conductas que se producen durante el intervalo, en tanto no se emite la conducta objetivo, es decir, en la práctica se estaría produciendo un reforzamiento accidental de diferentes conductas no seleccionadas, puesto que al final del intervalo especificado se aplicará el reforzador. Por ello, Olivares y Mendez (2005), cuestionan esta denominación y proponen la de “reforzamiento diferencial de la omisión de conducta o

entrenamiento de omisión” (p.162). Por su parte, Ribes (1988) ante la eventualidad de que ocurra una conducta inadecuada en el momento previo al reforzamiento, recomienda: “posponer el reforzamiento si aparece una conducta indeseable, pues podría suceder que se estuviera estableciendo involuntariamente una especie de encadenamiento entre la respuesta indeseable y la respuesta reforzada.” (p.56).

1.2.4. Variable dependiente: Onicofagia

El diccionario de la Real Academia Española (en su edición virtual) señala que onicofagia significa “Costumbre de comerse las uñas” y que proviene de dos voces griegas: ónyx =“uña” y fagia= “comer”. Sin embargo, desde una perspectiva psicológica y psicopatológica, la onicofagia se presenta como una conducta asociada a ciertos estados emocionales y experiencias personales que, tendrían que ver con un trastorno del control de los impulsos (Caballo et al, 2011) o con algún trastorno relacionado al trastorno obsesivo compulsivo, como lo consigna actualmente el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

De presentarse en la infancia o adolescencia puede ser entendido como una forma poco común de trastorno emocional y del comportamiento que puede aparecer en esta etapa de la vida. Por tal motivo, en la décima versión de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) (OMS, 2001) se le incluye en el rubro “*Otros trastornos específicos de las emociones y del comportamiento con comienzo habitual en la infancia y la adolescencia*” (F98.8) al lado de

conductas repetitivas como: succión del pulgar, rinodactilomanía (meterse el dedo en la nariz) y masturbación excesiva.

1.2.4.1. Onicofagia como trastorno del control de los impulsos

Bajo la categoría “Trastornos del control de los impulsos” se han incluido una serie de comportamientos que, aunque se conocían de antaño, no han merecido la atención de clínicos e investigadores sino hasta hace pocas décadas, y que, a pesar de ello, no alcanzan a tener suficiente claridad en su clasificación nosológica. Por ejemplo, recién en la edición de 1980 del DSM-III se incluyó el juego patológico, y más adelante, en 1987, el DSM-III-R incluyó la tricotilomanía, que hasta entonces era visto como un problema médico que merecía la atención de los dermatólogos (Caballo, V., Salazar, I., Carrobles, J., 2011).

Esta categoría está considerada en el CIE 10 como “Trastornos de los hábitos y de los impulsos” e incluye trastornos de la conducta que no son clasificables bajo otros códigos y que consisten

“en acciones iterativas que no tienen una clara motivación racional, que no pueden ser controladas y que generalmente atentan contra los propios intereses de la persona o los de otras personas. La persona informa que esta conducta se asocia con impulsos para la acción. La causa de estos trastornos no ha sido dilucidada y se los agrupa debido a sus amplias similitudes descriptivas y no porque se sepa que compartan alguna otra característica importante entre sí” (OMS, 2001, p.148).

La onicofagia, de intensidad severa, está incluida en el DSM-IV-TR en la categoría ya mencionada y en la subcategoría: “*Trastornos de*

los hábitos y de los impulsos, no especificado” (312.30), lo que añade más incertidumbre respecto a la pertinencia de su clasificación. Y esto puede observarse mejor cuando vemos que, junto a la onicofagia, en esta subcategoría difusa, se encuentran conductas como: compras compulsivas, automutilación repetitiva, excoiación psicógena y uso problemático de internet (Caballo et al, 2011).

Realmente, lo que se puede comprender a partir de esta breve revisión es que las categorías empleadas tanto por los expertos de la OMS como por los de la Asociación Americana de Psiquiatría, son una suerte de “cajón de sastre” en el que coexisten conductas problemáticas de muy diverso tipo. Esto permite reafirmar la relevancia y la necesidad del análisis funcional de los comportamientos problemáticos o “patológicos”, propio del enfoque de la modificación de conducta, de cara a la intervención terapéutica, dejando en un segundo plano la clasificación nosológica, que hemos heredado del modelo médico.

1.2.4.2. Onicofagia como trastorno relacionado al TOC (trastorno obsesivo compulsivo)

Desde hace aproximadamente dos décadas, algunos autores han respaldado la propuesta de la existencia de un “espectro obsesivo-compulsivo”, en donde en un extremo de este continuo estaría la compulsión (que tendría como objetivo la reducción de la ansiedad y el malestar) y en el otro la impulsión (orientado a la obtención de placer y gratificación). En ambos casos, las personas presentan severas dificultades para inhibir o postergar dichas conductas. (Caballo et al, 2011). Dentro de este debate también se propuso la necesidad de

incorporar una nueva categoría diagnóstica: “Trastornos de la conducta repetitiva centrados en el cuerpo”, por su similitud fenomenológica.

Es por ello que en el DSM-V, se puede encontrar a la onicofagia en el capítulo denominado: “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”, dentro de la categoría diagnóstica: “Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados” y en la subcategoría: “Trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo”, caracterizándolos como:

“comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo, recurrentes e intentos repetidos de disminuir o abandonar estos comportamientos. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo, o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y no se explican mejor por la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo), el trastorno de excoriación (rascarse la piel), el trastorno de movimientos estereotipados o la autolesión no suicida” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, 263-264 pp.).

1.3. OBJETIVOS

1.3.4. Objetivo general

- Al final de la intervención la adolescente mantendrá sus uñas en buen estado y afrontará racionalmente diversas situaciones ansiógenas tanto en el ambiente familiar como escolar.

1.3.5. Objetivos específicos

- Evidenciar el crecimiento normal de las uñas desde el segundo mes de

tratamiento.

- Eliminar pensamientos irracionales, asociados estados de ansiedad elevados, a través del debate racional y empírico.
- Afrontar situaciones ansiógenas haciendo uso de un procedimiento de control de la respiración para la reducción de la activación.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Dada la asociación encontrada con frecuencia entre ansiedad y onicofagia y los daños, no solo a la salud bucal, sino a la salud integral de las personas y, en especial, de los niños y adolescentes, es que se considera de importancia realizar esta investigación de caso único para verificar la eficacia de la intervención cognitivo conductual en la corrección de este hábito y en la modificación de patrones de pensamiento irracionales generadoras de ansiedad y, por consiguiente, en la mejora de la autoestima y en la calidad de las relaciones interpersonales y familiares de la adolescente sobre la que se realiza la intervención terapéutica.

1.5. IMPACTOS ESPERADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación beneficiará, en primer lugar, a la adolescente intervenida y su familia pues le permitirá pensar más racionalmente acerca de sí misma y de su entorno, y poder mantener una relación más funcional con ellos, así como poder desenvolverse en su vida personal con mayor seguridad, evitando niveles elevados de ansiedad.

También se verán beneficiados los docentes y padres de familia que podrán conocer los factores psicológicos que propician esta conducta y dejarán de percibirlo como una “manía” o una “malacrianza”, comprendiendo la

importancia de los pensamientos y la ansiedad en la manifestación de la conducta onicofágica.

Indudablemente, los psicólogos serán beneficiados, especialmente los que se desenvuelven en el ámbito clínico, pues tendrán un modelo, un referente de trabajo terapéutico, para el abordaje de casos similares.

Finalmente, hay un grupo profesional especialmente interesado en la corrección de este “hábito bucal”: los odontólogos, que también podrán beneficiarse con el conocimiento de la forma de abordar terapéuticamente este comportamiento y los factores que lo determinan.

2. METODOLOGÍA

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación se enmarca en el tipo de Investigación experimental aplicada (Kerlinger, 1975), con diseño de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015).

2.2. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

2.2.4. Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista psicológica
- Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma A
- Registro de Opiniones – Forma A
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños

2.2.5. Informes psicológicos

Informe del Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma A

I. Datos de filiación

- Apellidos y Nombres: M. R. R
- Edad: 13 años
- Lugar y fecha de nac. Chulucanas, 24 de junio de 2006
- Grado de instrucción: 2do de secundaria
- Fecha de evaluación: 02 de setiembre de 2019
- Psicólogo: Lic. Miguel Angel Silva Martel
- Fecha del Informe: 26 de agosto de 2019

II. Motivo de evaluación

Establecer tipo de personalidad para determinar perfil psicológico.

III. Instrumento aplicado

Inventario de Personalidad Eysenck y Eysenck – Forma A

IV. Resultados

Tabla 5:

Resultados del Inventario de Eysenck para niños- Forma A

Dimensiones	Puntaje	Interpretación
L	3	Prueba válida y confiable
E	15	Personalidad ambivertida
N	17	Estable

V. Interpretación

El puntaje obtenido por la adolescente en la escala de veracidad refleja sinceridad en su autoevaluación mostrando una imagen objetiva de sí misma. Asimismo, la examinada presenta rasgos con tendencia a una personalidad ambivertida, es decir, es socialmente flexible, puede sentirse cómoda en situaciones sociales como en soledad; hábil en la comunicación; estado de ánimo moderado, ni demasiado expresiva ni muy reservada; adaptable a las situaciones. Emocionalmente es estable, calmada, con buen control emocional y tolerancia a la frustración, segura y capaz de autoevaluarse de manera objetiva, capaz de modificar conductas o patrones erróneos con cierta facilidad.

VI. Conclusiones

Indicadores de personalidad tipo ambivertida.

Presenta estabilidad emocional con probabilidad para modificar patrones de conducta erróneos.

VII. Recomendaciones

- Mantenimiento y fortalecimiento de habilidades sociales y de autocontrol emocional presentadas.

Informe del Registro de Opiniones- Forma A

I. Datos de filiación

- Apellidos y Nombres: M. R. R
- Edad: 13 años
- Lugar y fecha de nac. Chulucanas, 24 de junio de 2006
- Grado de instrucción: 2do de secundaria
- Fecha de evaluación: 02 de setiembre de 2019
- Psicólogo: Lic. Miguel Angel Silva Martel
- Fecha del Informe: 09 de setiembre de 2018

II. Motivo de evaluación

Identificar las creencias irracionales que puede presentar la examinada.

III. Instrumento aplicado

- Entrevista
- Registro de Opiniones – Forma A

IV. Resultados

Tabla 6:

Resultados del Registro de Opiniones - Forma A

ESCALA	CREENCIA IRRACIONAL	RACIONAL	TENDENCIA RACIONAL	TENDENCIA IRRACIONAL	IRRACIONAL
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3	4	5	6-10 7

B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0-2	3-4	5	6-10
					7
C	Ciertos actos no solo son malos sino que son condenables o viles y la gente que lo realiza debería ser avergonzada y castigada.	0-2	3	4	5-10
			3		
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	0-2	3	4	5-10
			3		
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, no es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4	5-10
			3		
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4	5-10
		2			

V. Interpretación

La examinada presenta un comportamiento marcado por dos tipos de creencias irracionales: “Es necesario ser querida y aprobada por las personas significativas para mí” y “Debo ser absolutamente competente, inteligente y eficaz en lo que hago”. Esto se corrobora cuando ella se siente mal consigo misma por no comprender muy bien el curso de Matemática, pese a que el año pasado obtuvo el primer puesto de su aula. Siente cólera y ansiedad cuando las cosas no salen tan bien como ella desea. Asimismo, busca que sus padres se sientan orgullosos de ella como una forma de compensar el malestar y la frustración que han sentido por la prematura paternidad de su hermano mayor de 18 años.

Respecto a las otras cuatro creencias que evalúa el test, en tres de ella presenta una tendencia racional y en la última, su pensamiento es claramente contrario a la creencia de que las cosas que afectaron su vida alguna vez tendrán que seguirle afectando siempre.

VI. Conclusiones

La adolescente presenta las siguientes creencias irracionales:

- “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”.
- “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”.

VII. Recomendaciones

- Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por las correspondientes formas de pensar racional.

Informe del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños

I. Datos de filiación

- Apellidos y Nombres: M. R. R
- Edad: 13 años
- Lugar y fecha de nac. Chulucanas, 24 de junio de 2006
- Grado de instrucción: 2do de secundaria
- Fecha de evaluación: 02 de setiembre de 2019
- Psicólogo: Lic. Miguel Angel Silva Martel
- Fecha del Informe: 16 de setiembre de 2018

II. Motivo de evaluación

Identificar el nivel de ansiedad como característica personal y como estado transitorio.

III. Instrumento aplicado

- Entrevista

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños.

IV. Resultados

Tabla 7:

Perfil de ansiedad evaluada con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños

DIMENSIÓN	PUNTAJE DIRECTO	CATEGORÍA
Rasgo	26	Nivel medio
Estado	26	Nivel medio

VI. Conclusiones

La adolescente presenta un nivel medio de ansiedad tanto como una característica personal (rasgo), como en diversas situaciones de su vida cotidiana (estado).

VII. Recomendaciones

- Entrenamiento en relajación como una forma de autorregulación de sus estados de ansiedad.

Informe Psicológico integrado

I. Datos de filiación

- Apellidos y Nombres: M. R. R
- Edad: 13 años
- Lugar y fecha de nac. Chulucanas, 24 de junio de 2006
- Grado de instrucción: 2do de secundaria
- Fecha de evaluación: 02 de setiembre de 2019
- Psicólogo: Lic. Miguel Angel Silva Martel

- Fecha del Informe: 16 de setiembre de 2018

II. Motivo de evaluación

Establecer las características de personalidad, en cuanto a estado emocional y formas de pensamiento que presenta la adolescente que pueden estar relacionadas a su conducta de morderse las uñas

III. Técnicas e instrumentos aplicados

- Entrevista
- Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma A
- Registro de Opiniones – Forma A
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños

IV. Resultados

La adolescente presenta rasgos de personalidad que la identifican como ambivertida, es decir, es socialmente flexible, puede sentirse cómoda en situaciones sociales como en soledad; hábil en la comunicación; estado de ánimo moderado, ni demasiado expresiva ni muy reservada; adaptable a las situaciones.

Emocionalmente, tiende a la estabilidad, seguridad personal, con habilidades de tolerancia a la frustración. Sin embargo, en una evaluación focalizada en la ansiedad se detecta rasgos de ansiedad a un nivel medio, a los cuales parece haberse adaptado, y que no afectan su desenvolvimiento personal en general. Los estados de ansiedad situacionales que presenta también a un nivel medio, parecen encontrarse asociados a situaciones académicas en las que se activan creencias irracionales vinculadas a su competencia y capacidad de logro (creencia irracional: “debo ser competente y eficaz en todos los aspectos”), como también la necesidad de evitar verse desaprobada por los demás, tanto en la escuela como en el hogar (creencia

irracional: “es necesario ser querida y aprobada por todas las personas significativas”). Son en estas situaciones en las que se hace altamente probable la manifestación de la conducta onicofágica.

V. Conclusiones

- Características de una personalidad ambivertida.
- Sistema nervioso con tendencia a la estabilidad.
- Alcanza niveles medios de ansiedad en situaciones específicas en las que se pone en juego su competencia y capacidad de logro y la evitación de la desaprobación de los demás.
- Presenta las siguientes creencias irracionales: “Es necesario ser querida y aprobada por todas las personas significativas para uno”, “Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles”.

VII. Recomendaciones

- Psicoeducación a la familia.
- Modificación de conducta en la forma de reforzamiento de conductas incompatibles con la de morderse las uñas.
- Entrenamiento en relajación.
- Programa de reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales.
- Aplicación de reforzadores sociales y materiales.

2.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

2.3.1. Fase de línea base

Sesión 1

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Identificar la conducta problema. -Recabar información relevante respecto a la conducta problema. -Lograr una relación terapéutica empática y de confianza con la paciente y sus padres. -Iniciar aplicación de instrumentos de evaluación.	1. Entrevista conductual 2. Observación 3. Exposición (Importancia del registro y autorregistro) 4. Inventario de personalidad de Eysenck	1 Recepción amable y empática de la paciente y sus padres. 2. Explicación del encuadre. 3 Identificación de la conducta problema a través de la observación y entrevista. 4. Se le explica la importancia del registro en el proceso de intervención. 5. Aplicación del Inventario de personalidad de Eysenck.	1. Se entregan fichas de registro de frecuencias para ser llenados por la paciente y su madre.

Sesión 2

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Continuar recopilando información relevante para un análisis funcional de la conducta a modificar. -Verificar cumplimiento del llenado de fichas de registro.	1. Entrevista conductual. 2. Observación. 3. Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado para niños	1. Se continúa entrevista a padres, especialmente a la madre. 2. Se reciben fichas de registro llenas y se entregan nuevos formatos. 3. Se aplica el Inventario de Ansiedad Rasgo-	1. Se indica continuar con los registros.

-Continuar aplicación de instrumentos de evaluación.	Estado para niños.
--	--------------------

Sesión 3

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Identificar, con la adolescente, situaciones en las que se muerde las uñas -Verificar cumplimiento del llenado de fichas de registro. -Continuar aplicación de instrumentos de evaluación.	1.Entrevista conductual. 2 Registro de opiniones Forma A	1.Se continúa con la entrevista para el llenado de la historia clínica conductual. 2.Se aplica el instrumento Registro de Opiniones- Forma A	1. Se indica continuar con los registros. 2. Se indica a los padres traer lista de reforzadores en la siguiente sesión.

2.3.2.Fase de tratamiento

Sesión 1

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Proponer y explicar el plan de intervención a los usuarios. -Firmar el consentimiento informado. -Establecer y cronogramar	1.Psicoeducación 2. Entrevista 3.Medición milimétrica. 4. Modelamiento de conducta alternativa.	1.Se explica de manera didáctica a los padres y a la menor las variables asociadas a la conducta de morderse las uñas y la	1. Se indica continuar con los registros. 2. Se indica la práctica diaria de conductas alternativas

reforzadores a emplear. -Enseñar práctica de conducta alternativa. -Medición de la uñas.	propuesta de intervención. 2.Firma del Consentimiento informado por parte de los padres y la menor. 3.Se fija con los padres y la menor los reforzadores que se aplicarán en el primer mes. 4. Se explica la ventaja de practicar conductas alternativas a morderse las uñas. 5. Se mide la longitud de las uñas con el uso de un compás y una regla graduada en milímetros.
--	--

Sesión 2

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Evaluar avances -Entrenar en relajación. -Aplicar reforzamiento positivo	1.Entrevista. 2.Reforzamiento positivo 3.Respiración abdominal con visualización	1.Se entrevista a los padres para comentar observaciones de la conducta de la menor y se revisa la tarea asignada. 2. Se aplica reforzador material (S/,7.00) por la disminución de la	1. Se indica continuar con los registros. 2. Se reitera la práctica diaria de conductas alternativas 3.Se asigna formato

frecuencia de la conducta. Se felicita a la menor por su logro.
 3. Se realiza ejercicio de respiración abdominal y relajación con visualización en una camilla por espacio de 15 minutos
 Registro de ansiedad:
 Inicio: 4/10
 Fin: 0/10

Sesión 3

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Evaluar avances y tareas. -Aplicar reforzamiento positivo -Realizar práctica de ejercicio de relajación.	1.Entrevista 2.Reforzamiento positivo 3.Respiracion abdominal con visualización. 4.Medición milimétrica.	1.Se entrevista a los padres, a la menor y se revisa el cumplimiento de la tarea asignada. 2.Se realiza segunda medición milimétrica de las uñas con compás y regla graduada en milímetros. 3. Se aplica reforzamiento material (S/,7.00) y social por el decremento de la conducta. 4.Se realiza ejercicio de relajación abdominal con visualización durante 20 min. Registro de ansiedad: Inicio: 3/10 Final: 0/10	1. Se indica continuar con los registros. 2. Se reitera la práctica diaria de conductas alternativas 3.Se indica continuar con registro de la práctica diaria de ejercicio de relajación.

Sesión 4

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Evaluar avances y tareas. -Aplicar reforzamiento positivo -Realizar práctica de ejercicio de relajación.	1.Entrevista 2.Reforzamiento positivo 3.Respiración abdominal con visualización. 4.Medición milimétrica.		

FALTARON A CONSULTA

Sesión 5

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Evaluar avances y tareas. -Aplicar reforzamiento positivo -Realizar práctica de ejercicio de relajación.	1.Entrevista 2.Reforzamiento positivo 3.Respiración abdominal con visualización. 4.Medición milimétrica.	1.En la entrevista inicial los padres mostraron excoriaciones en las manos de Mili. 2. Se revisa y comenta acerca del cumplimiento de tareas asignadas. 2. Se suspende la entrega del refuerzo positivo (pizarra acrílica) para evitar reforzar la conducta de producirse excoriaciones. 3. Se inicia Psicoeducación: ABC de la TREC 4. Se realiza sesión de relajación con visualización por 15 min. Registro de ansiedad: Inicio: 6/10 Final: 0/10	1. Se indica continuar con los registros. 2. Se reitera la práctica diaria de conductas alternativas. Se indica el uso de un chicle en las situaciones que se sienta propensa a morderse las manos. 3.Se indica continuar con registro de la práctica diaria de ejercicio de relajación.

Sesión 6

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Evaluar avances y tareas. -Continuar proceso de reestructuración cognitiva.	1.Entrevista. 2.Psicoeducación. 3.Medición milimétrica	1. En la entrevista inicial se le revisaron las manos a la menor encontrándose disminución de la irritación de la piel. Refiere estar usando la goma de mascar como se le indicó. Informa que se ha recortado las uñas. 2. Se revisa tarea asignada en sesión anterior. 3.Se desarrollan láminas y formatos para el aprendizaje y comprensión del ABC de Ellis.	1. Se indica continuar con los registros. 2. Se reitera la práctica diaria de conductas alternativas, incluyendo la goma de mascar. 3.Se indica continuar con registro de la práctica diaria de ejercicio de relajación 4. Se asigna formato de registro ABC durante la semana.

Sesión 7

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Evaluar avances y tareas. -Continuar proceso de reestructuración cognitiva. -Reforzar práctica de ejercicio de relajación. -Aplicar reforzamiento positivo	1.Entrevista 2.Psicoeducación: Identificación de modelo ABC de Ellis 3. Relajación con visualización. 4.Medición milimétrica 5. Reforzamiento positivo.	1. En la entrevista inicial se le observaron las manos en mejor estado. Continúa usando la goma de mascar. 2. Se evalúan las tareas e indicaciones	1. Se indica continuar con los registros. 2. Se reitera la práctica diaria de conductas alternativas. 3. Continuar con práctica inter-diaria del

	<p>asignadas en la sesión anterior.</p> <p>3. Se realiza medición milimétrica de las uñas.</p> <p>4. Se continúa con ejercicios de aprendizaje del modelo ABC de Ellis.</p> <p>5. Se aplica el reforzador material (pizarra acrílica) por la reducción de las excoriaciones y su conducta onicofágica.</p> <p>6. Se realiza sesión de relajación con visualización por 15 min.</p> <p>Registro de ansiedad: Inicio: 6/10 Final: 0/10</p>	<p>ejercicio de relajación</p> <p>4. Se asigna formato de registro ABC durante la semana.</p>
--	--	---

Sesión 8

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
<p>-Evaluar avances y tareas.</p> <p>-Continuar proceso de reestructuración cognitiva.</p>	<p>1. Entrevista.</p> <p>2. Medición milimétrica</p> <p>3. Identificación y debate de creencias irracionales y pensamientos asociados.</p> <p>3. Relajación con visualización.</p> <p>5. Reforzamiento positivo (S/.5.00)</p>	<p>1. En la entrevista inicial se corrobora mejora en el estado de las manos.</p> <p>2. Se revisa el cumplimiento de tareas asignadas.</p> <p>3. Se realiza medición milimétrica de longitud de uñas y se autoriza el corte.</p> <p>4. Se realiza ejercicio de debate empírico y discusión de creencias irracionales</p>	<p>1. Se indica continuar con los registros.</p> <p>2. Se reitera la práctica diaria de conductas alternativas.</p> <p>3. Continuar con práctica interdiaria del ejercicio de relajación</p> <p>4. Se indica continuar registro ABC durante la semana.</p>

identificadas.
 Finalmente, se entrega afiche con frase recordatoria “El modo en que pienso afecta el modo en que pienso”
 5. Se aplica reforzamiento positivo (se entrega S/.5.00)
 6. Se realiza sesión de relajación con visualización por 15 min.
 Registro de ansiedad:
 Inicio: 3/10
 Final: 0/10

Sesión 9

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Evaluar avances y tareas. -Continuar proceso de reestructuración cognitiva.	1. Entrevista. 2. Medición milimétrica 3. Discusión de pensamientos racionales y establecimiento de pensamientos racionales. 4. Reforzamiento positivo.	1. Se verifica el cumplimiento de tareas asignadas y se revisa el estado de las manos de la adolescente. 2. Se realiza medición milimétrica de longitud de uñas. 3. Se realiza ejercicio de debate lógico de creencias irracionales. 4. Se aplica reforzamiento positivo social felicitándole por sus logros.	1. Se indica continuar con los registros. 2. Se reitera la práctica diaria de conductas alternativas. 3. Continuar con práctica interdiaria del ejercicio de relajación 4. Se indica continuar registro ABCD durante la semana.

Sesión 10

Objetivos	Técnicas	Procedimientos y actividades	Tareas
-Evaluar avances y tareas. -Finalizar proceso de reestructuración cognitiva.	1.Entrevista. 2.Medición milimétrica 3.Debate, y discusión de pensamientos irracionales 4.Modelamiento de pensar racional. 3. Reforzamiento positivo.	1. Se revisa tarea asignada. 2. Se realiza medición milimétrica de longitud de uñas. 3.Se aplica ficha de cuestionamiento de creencias. 4.Se modela el uso de pensamientos racionales ante situaciones cotidianas que vive la adolescente. 4.Se aplica reforzamiento positivo social.	1.Se indica continuar con registro de frecuencias hasta las siguientes dos semanas.

2.3.3.Fase de seguimiento

Dos semanas después de finalizado el tratamiento se revisaron el autorregistro de la menor y el registro de la madre. se encontró que los logros se mantienen, es decir ha dejado de morderse las uñas de modo significativo. Asimismo, se revisaron los avances en cuanto a la aplicación de la nueva forma de afrontar sus exigencias académicas y los ocasionales conflictos de sus padres. Se recomienda la lectura del libro “Tus zonas erróneas” de Wyne Dyer como una forma de afianzar sus avances en la aplicación del pensamiento racional en diferentes aspectos de su vida.

3. RESULTADOS

3.1. FASE DE LÍNEA BASE (03 semanas)

Durante las tres semanas de línea base la adolescente realizó un autorregistro de su conducta onicofágica con un gradiente de frecuencia de conducta de 0 a 5, en donde “5” representa una percepción de muy alta frecuencia de dicha conducta. Como se puede apreciar en la Tabla 9, la autoevaluación de la intensidad promedio semanal oscila entre 2.6 y 3.3, con valores mínimos de 0 algunos días y valores máximos de 5 o 6 en otros días.

Tabla 8:

Autorregistro de la adolescente -Línea base

	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sáb	Dom	X
Semana 1	0	4	4	5	4	0	1	2.6
Semana 2	4	0	4	2	2	2	4	2.6
Semana 3	5	5	6	4	1	1	1	3.3

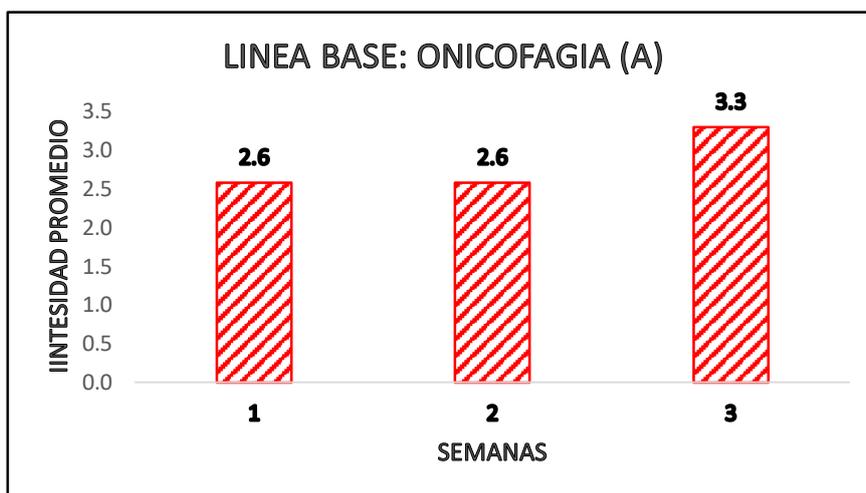


Figura 1. Promedio semanal de la intensidad de la conducta onicofágica en el autorregistro de la adolescente (A)– Línea base

Paralelamente al autorregistro de la adolescente, se decidió indicar el registro a la madre (Tabla 9) como una forma de contrastar y validar las observaciones de la frecuencia de la conducta onicofágica autoevaluadas por la

propia adolescente. Durante las tres semanas de línea base registradas por la madre, se indicó usar la misma gradiente de evaluación de la frecuencia de la conducta (de 0 a 10).

Tabla 9:

Registro de la conducta onicofágica realizado por la madre (Línea base)

	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sáb	Dom	X
Semana 1	0	0	3	0	0	4	0	1.2
Semana 2	1	0	2	2	1	1	2	1.3
Semana 3	0	1	2	0	1	0	2	1.0

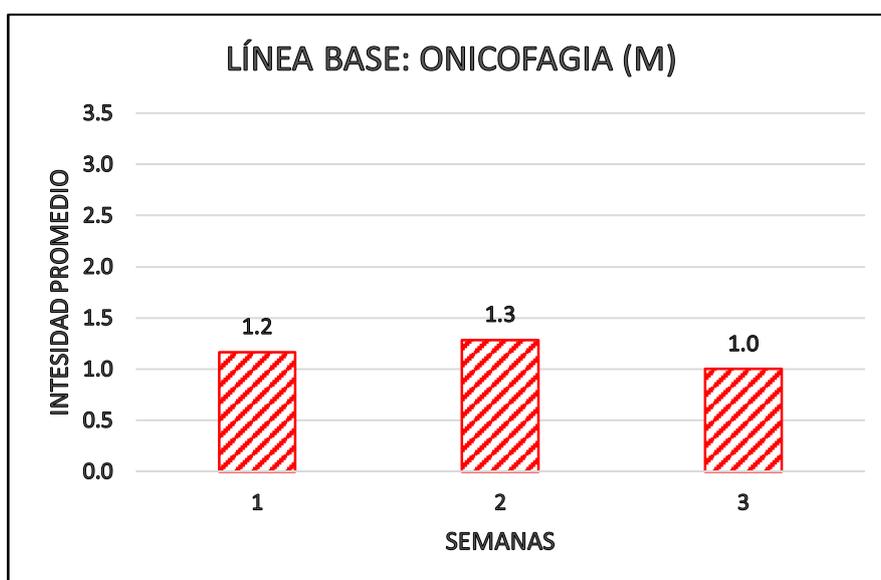


Figura 2. Promedio semanal de la intensidad de la conducta onicofágica en el registro de la madre (M) - (Línea base)

Se evidencia que en las observaciones de la madre el promedio semanal tiene una magnitud menor que la autoevaluación de su hija y tienen un promedio 1 y 1.3; esto puede deberse a que la mayor frecuencia de la conducta se presenta fuera de la presencia de la madre (cuando la adolescente se encuentra en el colegio, cuando se encuentra sola en casa, o cuando se encuentra en su habitación).

3.2. FASE DE TRATAMIENTO (08 semanas)

En esta fase se realizaron 09 sesiones, de las 10 programadas, en un lapso de 08 semanas. Una de las fechas programadas no se realizó la sesión por la inasistencia de la adolescente y sus padres a consulta (cuarta sesión programada). No se completaron las diez sesiones por considerarse que los resultados cuantitativos en la reducción de la conducta de morderse la uñas ya se encontraban estables en el tiempo.

Tabla 10:

Registro de la conducta onicofágica realizado por la menor

	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sáb	Dom	X
Semana 4	0	0	0	0	0	0	1	0.1
Semana 5	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Semana 6	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Semana 7	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Semana 8	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Semana 9	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Semana 10	0	0	0	0	0	0	1	0.1
Semana 11	0	0	1	0	0	0	0	0.1

Como puede apreciarse en la Tabla 10, fueron ocho semanas de registro en la fase de tratamiento (desde la cuarta hasta la undécima). Sin embargo, se desarrollaron diez sesiones pues en las semanas octava y novena se efectuaron dos sesiones por semana, debido a que se consideró pertinente supervisar y controlar con mayor proximidad por las excoriaciones que la adolescente presentó al inicio de la octava semana, e incidir en el abordaje de reestructuración cognitiva. Pese a ello, la autoevaluación de la frecuencia de la conducta de morderse las uñas, se mantuvo casi nula: sólo en tres días de los 56 se presentó en una magnitud

autoevaluada como “1”, es decir, se evidencia una muy significativa reducción de la conducta como efecto del tratamiento planteado.

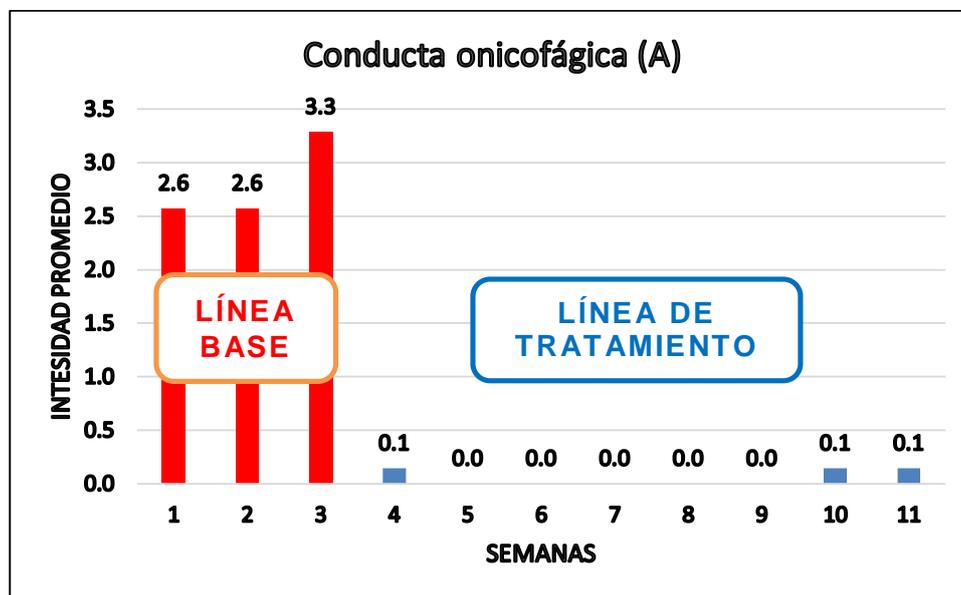


Figura 3. Promedio semanal de la intensidad de la conducta onicofágica en el autorregistro de la adolescente (A)- Línea de tratamiento

Tabla 12

Registro de la conducta onicofágica realizado por la madre

	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sáb	Dom	X
Semana 4	0	0	0	0	0	1	1	0.3
Semana 5	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Semana 6	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Semana 7	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Semana 8	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Semana 9	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Semana 10	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Semana 11	0	0	0	0	0	0	0	0.0

Los registros de la madre (Tabla 12), también corroboran que la conducta de Mili de morderse las uñas disminuyó significativamente durante la fase de tratamiento. Se presenta la conducta solo en la primera semana de

tratamiento, reduciéndose en las siguientes al nivel de cero, tal como se puede apreciar en la figura 4.

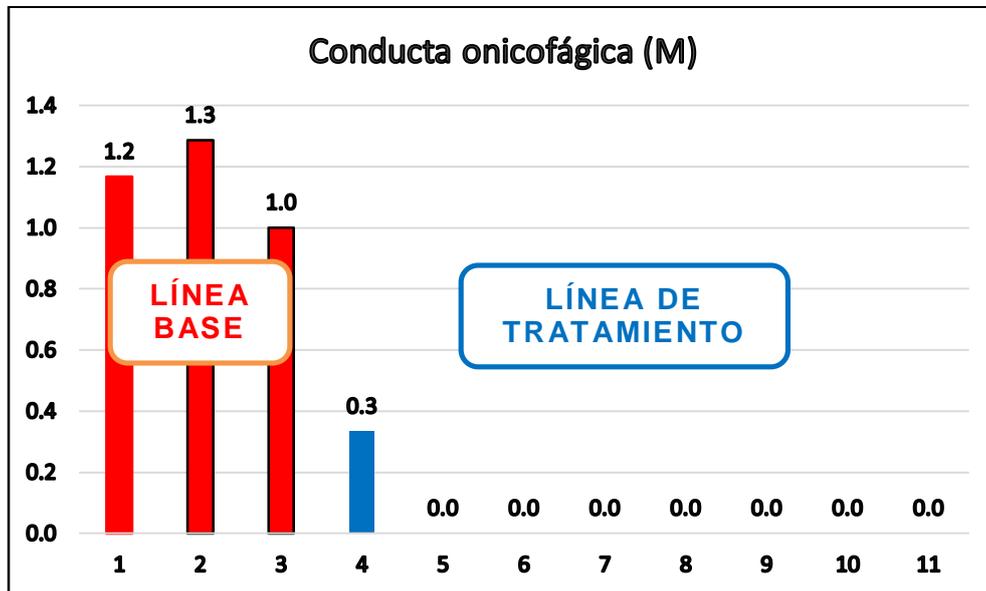


Figura 4. Promedio semanal de la intensidad de la conducta onicofágica en el registro de la madre (M) – Línea de tratamiento

3.3. FASE DE SEGUIMIENTO (02 semanas después)

A los catorce días de la última sesión se citó a Mili y a sus padres para evaluar la frecuencia de la conducta de morderse las uñas en los registros correspondientes, los cuales están graficados en las figuras 5 y 6. Se puede apreciar en los gráficos el contraste en las tres fases del programa cognitivo conductual aplicado. En el registro de la menor (Fig.5) se observa una intensidad promedio semanal de 0.1, mientras que en el registro de la madre (Fig.6) la frecuencia es cero.

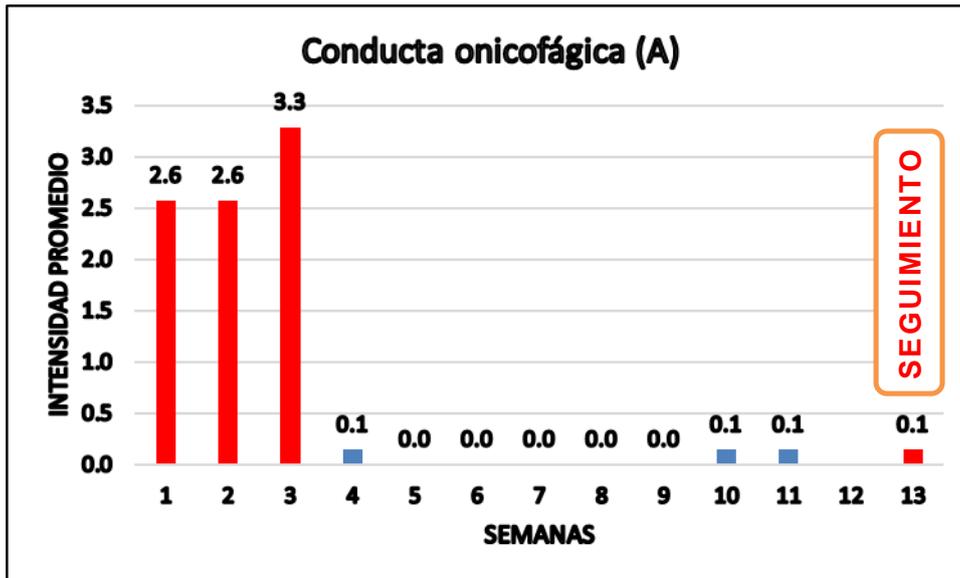


Figura 5. Promedio semanal de la intensidad de la conducta onicofágica en el registro de la adolescente (A) – Seguimiento

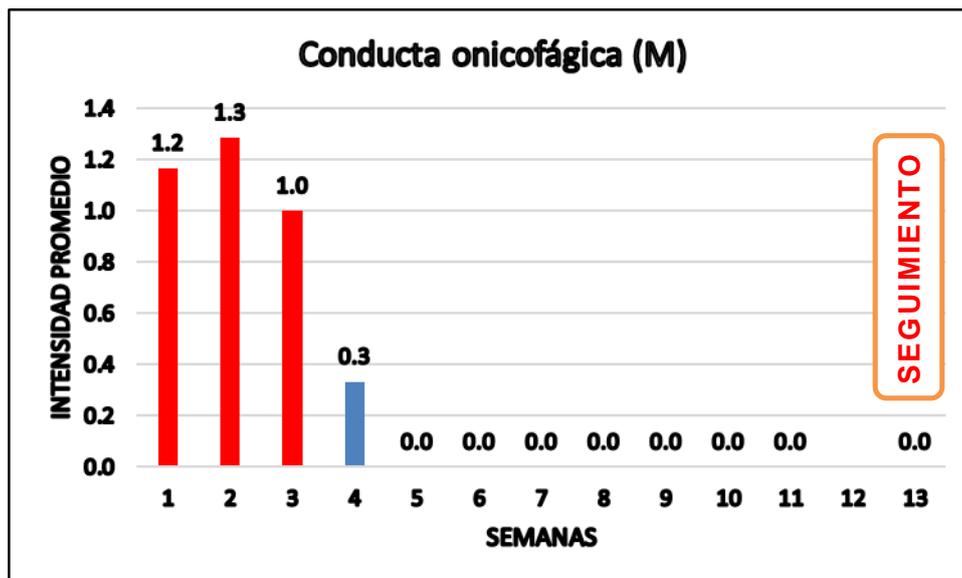


Figura 6. Promedio semanal de la intensidad de la conducta onicofágica en el registro de la madre (M) – Seguimiento

Adicionalmente a los registros efectuados, se realizó, desde la primera semana de tratamiento, un registro de la longitud de las uñas de cada mano, en milímetros (Fig. 7). En dicho gráfico se observan incrementos y decrementos en la longitud promedio de las uñas debido a que, aproximadamente cada dos semanas

se le indicaba recortarse las uñas, pues el mantener las uñas largas resultaba siendo un estímulo discriminativo para la adolescente que incrementaba la probabilidad de que volviera a morderse la uñas. Se han insertado las figuras de unas tijeras que representan puntos de corte de uñas, después de los cuales se observa que la longitud promedio de las uñas disminuye y luego empieza a incrementarse en la siguiente semana. Esta información consolidada, de manera objetiva y fehaciente, la evidencia de que el programa cognitivo conductual aplicado tuvo el efecto deseado sobre la conducta onicofágica de la adolescente.

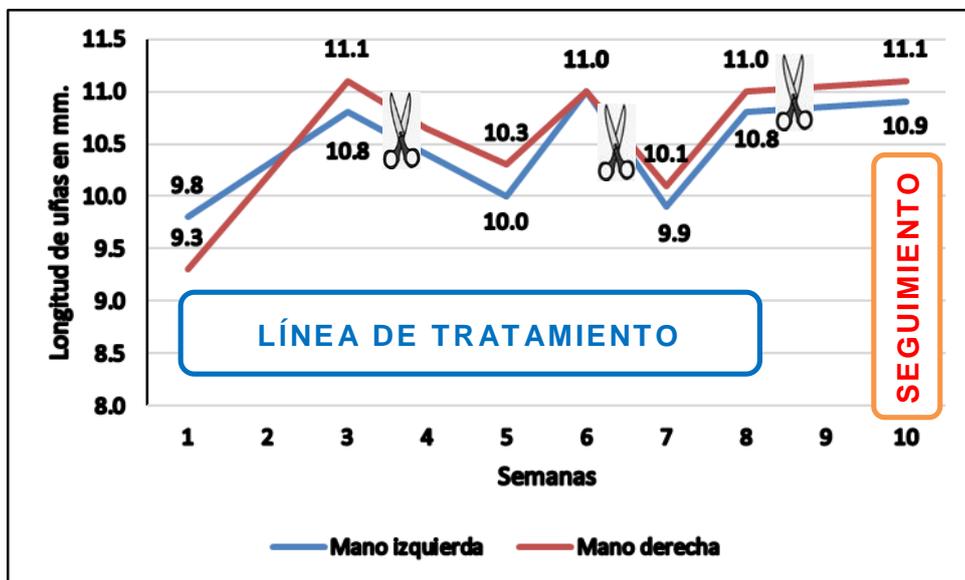


Figura 7. Longitud promedio de las uñas durante las ocho semanas de tratamiento y en semana de seguimiento

4. CONCLUSIONES

- El modelo de intervención cognitivo-conductual que se ha plasmado en presente estudio de caso único, aplicado a la conducta onicofágica en una adolescente de 13 años, ha resultado efectivo pues se han alcanzado los objetivos propuestos.
- Se ha logrado mantener el crecimiento normal de las uñas desde el primer mes de tratamiento.
- La adolescente es capaz de afrontar racionalmente, situaciones ansiógenas, como las académicas de autoexigencia,
- La adolescente es capaz de hacer uso de una técnica de control de la respiración en diferentes momentos de su vida cotidiana en las que siente una elevación de la activación.
- La psicoeducación, y el involucramiento de los padres en el proceso de intervención es muy relevante para el éxito en la aplicación de un programa cognitivo conductual dirigido a niños (as) y adolescentes.
- El presente estudio se suma a una gama de otras investigaciones en las que se aplica el modelo conductual a la reducción de conducta onicofágica tanto en nuestro país (Avendaño, 1993) como en el extranjero (Cortéz y Oropeza, 2011; Salgado y Oropeza, 2012; Benítez y Gasca-Argueta, 2013). Sin embargo, a diferencia de los estudios referidos, en este se aplica el

componente cognitivo en la intervención, pues se identifican creencias irracionales, se debaten, se discuten y se sustituyen por sus correspondientes racionales y funcionales, tal como se aplica en la terapia racional emotiva conductual de Ellis. En nuestro medio no se encuentran estudios en los que se haya abordado la onicofagia con un tratamiento cognitivo-conductual.

5. RECOMENDACIONES

- Continuar con un seguimiento prolongado, controles en un mes, tres y seis meses, para consolidar los logros alcanzados por la adolescente con el tratamiento cognitivo conductual aplicado. En este tiempo sería pertinente incorporar el componente de la biblioterapia pues la menor muestra una disposición favorable a la lectura.
- Aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual al padre de la adolescente quien también presenta onicofagia y resulta un modelo inadecuado para el mantenimiento de los logros conductuales de la menor.
- Continuar desarrollando estudios de aplicación del modelo cognitivo conductual a la conducta de onicofagia, dado el componente de ansiedad vinculado a formas de pensamiento disfuncional o irracional que presentan las personas habituadas a esta práctica, trascendiendo la sola aplicación de técnicas conductuales operantes.
- Siendo la onicofagia una conducta relativamente frecuente entre niños y adolescentes (aproximadamente la cuarta parte de ellos la presentan), y más aún por cuanto afecta a la salud bucal, sería recomendable la realización de actividades masivas de información, sensibilización y prevención en las escuelas, con alumnos, padres, docentes y personal administrativo.

6. REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ta Ed.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Avendaño, J. (1993). Modificación conductual de la onicofagia por procedimientos de reforzamiento diferencial y expectativa de refuerzo. *Revista Peruana de Análisis de la Conducta* 2 (1,2), 15-24, 1993.
- Benítez, J. y Gasca-Argueta, G. (2013). Modificación conductual en un caso de onicofagia. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 70 (3), 151-153, 2013.
- Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2013/od133h.pdf>
- Caballo, V., Salazar, I., Carrobbles, J. (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cabezas, H. y Lega, I. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Educación*, 30 (2), 101-109. 2006. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44030207.pdf>
- Córdova, A. (2015). *Ansiedad y onicofagia en adolescentes*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.
- Recuperado de:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/22/Cordova-Ana.pdf>
- Cortés, E., Oropeza, T. (2011). Intervención conductual en un caso de onicofagia. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 16(1), 103-113, 2011. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/50285946_INTERVENCION_CONDUCTUAL_EN_UN_CASO_DE_ONICOFAGIA

- Ellis, A. y Grieger, R. (2006). *Manual de Terapia Racional Emotiva Vol.2*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- EsSalud (2019). *Guía de práctica clínica para el tamizaje y el manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención*. Lima: EsSalud. Recuperado de: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_Depresion_V_Extensa.pdf
- Labrador, F., Cruzado, J., Muñoz, M. (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide
- Martín, G., Pear, J. (1999). *Modificación de conducta; Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson Educación
- Olivares, J. y Méndez, F. (2005). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- OMS (2001). *Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pedraz-Petrozzi, B., Pilco-Inga, J., Vizcarra-Pasapera, J., Osada-Liy, J., Paulo RuizGrosso, P., Vizcarra-Escobar, D., (2015). Ansiedad, síndrome de piernas inquietas y onicofagia en estudiantes de medicina. *Revista Neuropsiquiátrica*. 78 (4), 195-202, 2015. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/290603884_Ansiedad_sindrome_de_piernas_inquietas_y_onicofagia_en_estudiantes_de_medicina
- Puerta, J. y Padilla, N. (2011). *Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresion: Una revisión del estado del arte*. DUZARY. 8 (2), 251-257, 2011 Recuperado de: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/224/200>

- Rey, H. (2015). Estudio de validación de una técnica breve autoaplicada de relajación. (Tesis doctoral). Universidad de Las Palmas, Gran Canaria, Islas Canarias. Recuperado de:
https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/23708/2/0737480_00000_0000.pdf
- Ribes, E. (1988). *Técnicas de modificación de conducta: su aplicación al retardo en el desarrollo*. México: Trillas.
- Salgado, G. y Oropeza, R. (2012). Onicofagia: Estudio de caso de una mujer adulta. *Uaricha Revista de Psicología (Nueva época)*. 9(20), 71-87, 2012.
Recuperado de:
<https://studylib.es/doc/4732085/71-87.-onicofagia--estudio-de-caso-de-una-mujer-adulta>
- Tongo, M. (2017). *Hábitos bucales y maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario de la Institución Educativa N° 18006 Pedro Castro Alva, Chachapoyas- 2017*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Amazonas, Perú. Recuperado de:
<http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/1239>
- Zapata, M. (2013). *Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el Colegio Los Educadores*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Particular San Martín de Porras, Lima, Perú.
Recuperado de:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/732/1/zapata_mj.pdf

ANEXOS

PROTOCOLOS DE PRUEBAS
APLICADAS

INVENTARIO DE PERSONALIDAD - EYSENCK Y EYSENCK (A)

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres: Mzli

Lugar de Nac.: Fecha de Nac. 24.06.06 Edad 13

Ψ	SI	NO		SI	NO		SI	NO	Ψ
1.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	21.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	41.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	22.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	42.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	23.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	43.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
4.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	24.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	44.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
5.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	25.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	45.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
6.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	26.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
7.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	27.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	47.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	28.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	48.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	49.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	30.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	50.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	31.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	51.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
12.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	32.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	52.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	33.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	34.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	54.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	35.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	55.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
16.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	36.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	56.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	37.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	57.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
18.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	38.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	58.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	39.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	59.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
20.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	40.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	60.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

N: 17

E: 15

L: 3

.....

A-E

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

APELLIDOS Y NOMBRES		M I L I R. R.			
EDAD:	13	SEXO	FEMENINO	Est. Civ.	SOLTERA
CENTRO :				FECHA	16/09/2007
SI ES VARON COLOQUE 1, SI ES MUJER 2					2

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

CLAVE

Siento	Ptos
Nada	0
Algo	1
Bastante	2
Mucho	3

1. Me siento calmado.	1
2. Me siento seguro.	1
3. Estoy tenso	1
4. Estoy contrariado.	0
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).	1
6. Me siento alterado.	0
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	1
8. Me siento descansado	0
9. Me siento angustiado.	0
10. Me siento confortable	0
11. tengo confianza en mi mismo.	0
12. Me siento nevioso	1
13. Estoy desasosegado.	0
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0
15. Estoy relajado	0
16. Me siento satisfecho	0
17. Estoy preocupado.	1
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.	1
19. Me siento alegre.	0
20. En este momento me siento bien	0
P(+) - P(-)	-4

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
Ahora, pase la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

A- R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

CLAVE

Así me siento	Ptos
Casi Nunca	0
A Veces	1
A Menudo	2
Casi Siempre	3

21. Me siento calmado.	0
22. Me Canso rápidamente	0
23. Siento ganas de llorar	3
24. Me gustaría ser feliz como otros	3
25. pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	1
26. Me siento descansado	1
27. Soy una persona tranquila serena y sosegada	0
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	3
30. Soy feliz	0
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	2
32. Me falta confianza en mi mismo	3
33. Me siento seguro	0
34. No suelo afrontar crisis o dificultades	1
35. Me siento triste (melancólico).	0
36. Estoy satisfecho.	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	2
39. Soy una persona estable.	0
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	3
P(+) - P(-)	5

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

A-E

S T A I

A-R

AUTOEVALUACION A (E/R)

APELLIDOS Y NOMBRES			M I L I R. R.		
EDAD:	13	SEXO	FEMENINO	Est. Civ.	SOLTERA
CENTRO :				FECHA	16/09/2007

A/E PD = 30 +

-4

 =

26

CATEGORIA
A/R PD = 21 +

5

 =

26

NIVEL MEDIO
NIVEL MEDIO

Ansiedad Estado 26	Ansiedad Rasgo 26
------------------------------	-----------------------------

HOJA DE RESPUESTA DEL REGISTRO DE OPINIONES

Nombre Meli Edad 13
 Grado de Instrucción 2do Sec. Estado Civil 7
 Ocupación Estud. Fecha 09/09/19
 Otros

A	B	C	D	E	F
V 1 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 2 F	V 3 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 4 F	<input checked="" type="checkbox"/> 5 F	V 6 <input checked="" type="checkbox"/>
V 7 <input checked="" type="checkbox"/>	V 8 <input checked="" type="checkbox"/>	V 9 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 10 F	V 11 <input checked="" type="checkbox"/>	V 12 <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 13 F	<input checked="" type="checkbox"/> 14 F	<input checked="" type="checkbox"/> 15 F	V 16 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 17 F	<input checked="" type="checkbox"/> 18 F
V 19 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 20 F	V 21 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 22 F	V 23 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 24 F
<input checked="" type="checkbox"/> 25 F	<input checked="" type="checkbox"/> 26 F	<input checked="" type="checkbox"/> 27 F	V 28 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 29 F	V 30 <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> 31 F	V 32 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 33 F	<input checked="" type="checkbox"/> 34 F	V 35 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 36 F
V 37 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 38 F	<input checked="" type="checkbox"/> 39 F	<input checked="" type="checkbox"/> 40 F	<input checked="" type="checkbox"/> 41 F	V 42 <input checked="" type="checkbox"/>
V 43 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 44 F	<input checked="" type="checkbox"/> 45 F	<input checked="" type="checkbox"/> 46 F	<input checked="" type="checkbox"/> 47 F	<input checked="" type="checkbox"/> 48 F
<input checked="" type="checkbox"/> 49 F	V 50 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 51 F	<input checked="" type="checkbox"/> 52 F	<input checked="" type="checkbox"/> 53 F	<input checked="" type="checkbox"/> 54 F
V 55 <input checked="" type="checkbox"/>	V 56 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 57 F	V 58 <input checked="" type="checkbox"/>	V 59 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 60 F
<input checked="" type="checkbox"/> 61 F	V 62 <input checked="" type="checkbox"/>	V 63 <input checked="" type="checkbox"/>	V 64 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 65 F	
(2)	(12)	(17)	(38)	(53)	

TOTALES: (7) A Irrracional.....
 (7) B Irrracional.....
 (3) C Tend. racional.....
 (3) D Tend. racional.....
 (3) E Tend. racional.....
 (2) F Racional.....

Consistencia: 0 - 2 : B ()
 3 : R (3)
 4 - 5 : M ()

GRAN TOTAL:

APRECIACIÓN:

.....

FICHAS DE REGISTRO DE LA
CONDUCTA ONICOFÁGICA Y DE
LA MEDIDA DE LAS UÑAS

- Registros realizados por la adolescente.(Línea base y tratamiento)

REGISTRO DE FRECUENCIAS

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	2	0	0	2	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	1	0	0	2	0
	0	0	3	0	0	4	0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	1	1	1	0	1
Noche (Hasta acostarse)	1	0	1	1	0	1	1
	1	0	2	2	1	1	2

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	1	1	0	0	0	1
Noche (Hasta acostarse)	0	0	1	0	1	0	1
	0	1	2	0	1	0	2

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	1	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	1
	0	0	0	0	0	1	1

Clave de registro diario	0	1	2	3	4	5
	Nada	Muy poco	Poco	Medio	Mucho	Máximo

REGISTRO DE FRECUENCIAS

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0

0 0 0 0 0 0 0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0

0 0 0 0 0 0 0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0

0 0 0 0 0 0 0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0

0 0 0 0 0 0 0

Clave de registro diario	0	1	2	3	4	5
	Nada	Muy poco	Poco	Medio	Mucho	Máximo

REGISTRO DE FRECUENCIAS

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0

0 0 0 0 0 0 0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0

0 0 0 0 0 0 0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0

0 0 0 0 0 0 0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)							
Tarde (Hasta la cena)							
Noche (Hasta acostarse)							

0 0 0 0 0 0 0

Clave de registro diario	0	1	2	3	4	5
	Nada	Muy poco	Poco	Medio	Mucho	Máximo

- Registro realizados por la adolescente. (Línea de seguimiento)

REGISTRO DE FRECUENCIAS

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)							
Tarde (Hasta la cena)							
Noche (Hasta acostarse)							
	0	0	0	0	0	0	0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)							
Tarde (Hasta la cena)							
Noche (Hasta acostarse)							
	0	0	0	0	0	0	0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)							
Tarde (Hasta la cena)							
Noche (Hasta acostarse)							
	0	0	0	0	0	0	0

Clave de registro diario	0	1	2	3	4	5
	Nada	Muy poco	Poco	Medio	Mucho	Máximo

- Registros realizados por la madre. (Línea base y tratamiento)

REGISTRO DE FRECUENCIAS

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	1	2	1	1	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	2	1	2	1	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	1	1	2	2	0	1
	0	4	4	5	4	0	1

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	4	0	2	1	1	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	1	1	0	1	1
Noche (Hasta acostarse)	0	0	1	0	1	1	3
	4	0	4	2	2	2	4

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	2	1	1	2	1	0	0
Tarde (Hasta la cena)	1	2	2	2	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	2	2	3	0	0	1	1
	5	5	6	4	1	1	1

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	1
	0	0	0	0	0	0	1

REGISTRO DE FRECUENCIAS

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0

REGISTRO DE FRECUENCIAS

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	1
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	1

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	1	0	0	0	0
	0	0	1	0	0	0	0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)							
Tarde (Hasta la cena)							
Noche (Hasta acostarse)							
	0	0	0	0	0	0	0

- Registro realizados por la madre. (Línea de seguimiento)

REGISTRO DE FRECUENCIAS

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)	0	0	0	0	0	0	0
Tarde (Hasta la cena)	0	0	0	0	0	0	0
Noche (Hasta acostarse)	0	0	0	1	0	0	0

0 0 0 1 0 0 0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)							
Tarde (Hasta la cena)							
Noche (Hasta acostarse)							

0 0 0 0 0 0 0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)							
Tarde (Hasta la cena)							
Noche (Hasta acostarse)							

0 0 0 0 0 0 0

Morderse las uñas	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SAB	DOM
Mañana (Hasta el almuerzo)							
Tarde (Hasta la cena)							
Noche (Hasta acostarse)							

0 0 0 0 0 0 0

Medida (en milímetros) de la longitud de las uñas de la adolescente												
	Mano izquierda						Mano derecha					
	Pulgar	Índice	Medio	Anular	Meñique	X	Pulgar	Índice	Medio	Anular	Meñique	X
Semana 1	12	11	9	9	9	9.8	8	9	9	9	11	9.3
Semana 2												
Semana 3	13	13	10	11	11	10.8	10.5	11	11	10	13	11.1
Semana 4												
Semana 5	12	13	10	10	10	10	8.5	10	10	10	13	10.3
Semana 6	13	13	10.5	10.5	9.5	11	10	9.5	10.5	10.5	13	11
Semana 7	11.5	12.5	10	10.5	9.5	9.9	9.5	9.5	10.5	10	12.5	10.1
Semana 8	12.5	13	10	10.5	9.5	10.8	10	9.5	10.5	10	13	11
Semana 9												
Semana 10 (Seguimiento)	12.5	13	11	11	10	10.9	10	10	11	11	13	11.1

FICHAS Y FORMATOS EMPLEADOS
EN FASE DE INTERVENCIÓN

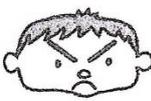
Registro de práctica diaria de relajación con visualización

<u>Fecha</u>	<u>Hora</u>	<u>Ansiedad inicial</u> <u>(0-10)</u>	<u>Ansiedad final</u> <u>(0-10)</u>
23 Set	7:00p.m - 7:20pm	5	
24 Set	6:00pm - 6:10p.m	9	3
25 Set	7:00pm - 7:20pm	4	4
26 Set	3:00pm - 3:20pm	4	3
27 Set	7:00pm - 7:20pm	7	2
28 Set	8:00pm - 8:10pm	1	1
29 Set	9:00pm - 9:10pm	2	2
30 Set	4:00pm - 4:30pm	6	0
01 Oct	8:00pm - 8:10	5	2
03 Oct	3:00pm - 3:20	5	2
04 Oct	8:00pm - 8:10	3	3
05 Oct	9:00pm - 9:30	2	4
06 Oct	11:00pm - 11:20	2	5
08 Oct	7:00pm - 7:10	4	3
09 Oct	5:00p.m - 5:20	7	3
10 Oct	3:00p.m - 3:30	8	3
12 Oct	4:00pm - 4:20	3	2
14 Oct	3:00pm - 3:10	9	1
15 Oct	5:00pm - 5:20	2	0
16 Oct	9:00p.m - 9:10	10	0
18 Oct	8:00 p.m - 8:30	7	1
20 Oct	9:00 p.m - 9:10	5	1
21 Oct	6:00pm - 6:10	3	2
22 Oct	7:00pm - 7:20	3	2
23 Oct	6:00pm - 6:30	2	3
24 Oct	5:00pm - 5:10	1	2

LUNES 21.10.2019

A Situación activadora	C Conducta, emociones
Cuando participo en el salón y me doy cuenta que estoy mal.	Siento: Miedo Me muerdo las uñas, las mejillas, las manos, etc
Cuando veo muchas personas y me miran directamente. Cuando veo a un chico.	Siento: Vergüenza Me muerdo las uñas, las mejillas, las manos, etc
Cuando yo conciente mente me doy cuenta de que he hecho algo que está mal, y se lo que va a pasar después.	Siento: angustia Me muerdo las uñas, las mejillas, las manos, etc
Cuando quiero morderme las uñas, lloro porque sé que es malo.	Siento tristeza
Veo a mis padres discutir, tengo miedo	Siento temor
Estoy sola, nadie está conmigo, tengo ansias por morderme.	Siento desazón

Otros ejemplos para completar:

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Respuesta Fisiológica
Mi hermano no me quiere prestar la computadora	SIEMPRE ME HACE LO MISMO, LO ODBIO	BRONCA 	Le pido de favor que me la preste.	Músculos tensos, calor
Reprobé matemática	SOY UN DESASTRE ...	TEMOR	Me quedo solo en el recreo	Fatiga, falta de energía
Escucho un ruido desconocido por la noche	¿SERÁ UN LADRÓN?	MIEDO, TERROR 	Me tapo con las sábanas	Sudor, calor, taquicardia
Mis padres me retaron	¡Los odio, nada de lo peor!	IRA, FURIA 	Le pego a una puerta	Palpitaciones, respiro más rápido
Mis amigos fueron al cine y no me invitaron	Fal vez se olvidaron de invitarme	TRISTE 	Me quedo en un sillón sin hacer nada	Pesadez, cansancio
Estoy en una fiesta donde todos bailan	Seguro bailaré mal	NERVIOS, VERGÜENZA 	Me oculto en un rincón	Parálisis, tenso

Acá hay otro ejemplo de cómo ante una misma situación se pueden sentir cosas distintas. Completá ¿qué pensarías en cada caso?

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Respuesta Fisiológica
Mi padre me dice que hoy no puedo jugar con la pelota			No hablo con nadie y me encierro en la pieza	Fatiga, falta de energía
			Pataleo, grito, insulto	Músculos tensos, calor
			Insito repetidas veces	Dolor de panza, inquieto.

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Respuesta Fisiológica
<p>Clase de productos notables en matemática.</p>	<p>No logro entender</p>	<p>Miedo</p>	<p>Me muerdo los dedos</p>	<p>respiración agitada.</p>

A continuación tenés un ejemplo de cómo ante una misma situación se pueden pensar cosas distintas. Completá: ¿cómo te sentirías y qué harías en cada caso?

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Respuesta Fisiológica
La profesora dice que mi trabajo no está bien	"Soy un fracaso"	Tristeza	Lloro	Fatiga, falta de energía
	"Ella me odia"	Cólera	Me empiezo a quejar	Músculos tensos, calor
	"Mis padres me van a retar"	<u>Temor</u>	Empiezo a imaginar cómo me <u>retan</u>	Dolor de panza, inquieto.

A Situación activadora	B Pensamiento	C Conducta, emociones
La profesora Vanesa nos llama para conversar. (5 ^{da})	Tal vez me culparán a mí.	Siento: <u>angustia</u> (Muy preocupada) Me muerdo las uñas, las mejillas, las manos, etc
Llega mi mamá al colegio.	Tal vez le dirán mentiras de mí, y me quitarán. Tal vez quitarán.	Siento: <u>Terror</u> Me muerdo las uñas, las mejillas, las manos, etc
Mi amigo el irritante, empieza a decir mentiras, lo no acepta que todos trabajen. (en el 5 ^{to})	¡Es tan mentacoso!	Siento: <u>Cólera</u> Me muerdo las uñas, las mejillas, las manos, etc
Estoy con mis amigos cantando.	Tengo que disfrutar.	Siento: <u>Alegria</u> Me muerdo las uñas, las mejillas, las manos, etc
Expusimos para pasar nuestro filtro y los profesores nos miraban pensativos.	"Profesores pensando que somos un mal grupo"	→ <u>Terror</u>
Mi grupo y yo estábamos haciendo nuestra monografía y yo note algunos errores.	"Nuestro trabajo no se hizo bien."	Siento <u>preocupación</u>
Estaba en el recreo sentada conversando con mi amiga, Ciroles y la prof nos ve.	"La profesora me quitara."	Siento <u>miedo</u>
Estoy sentada en el colapso y noto que me miran un poco extraño	"Tal vez tengo algo en la cara"	Siento <u>vergüenza</u>
Me estoy riendo y mis amigos se quedan riendo mis dientes.	"Sigue sonreír"	Siento <u>vergüenza</u>

Terror
- 1 W 10
5 U 6
12

A Situación activadora	B Pensamiento	C Conducta, emociones
Mis amigos y yo estamos reunidos en la plaza.	Estoy con mis amigos otra vez!	Siento: <u>Alegria</u> Me muerdo las uñas, las mejillas, las manos, etc
Estoy en clase exponiendo y la profesora me está viendo	Seguro va a estar mal.	Siento: <u>Temor</u> Me muerdo las uñas, las mejillas, las manos, etc
Rompi un vaso en la cocina	Me va a matar mi madre.	Siento: <u>Preocupación</u> Me muerdo las uñas, las mejillas, las manos, etc
Estoy en el recreo con mi mejor amigo conversando.	Es cómodo hablar con él.	Siento: <u>Comodidad</u> Me muerdo las uñas, las mejillas, las manos, etc
Mis amigos me hicieron reír, estábamos en recreo y estaba me reír frente mío.	Tengo miedo me voy a aver y sería	Siento <u>Miedo</u>
Fui al colegio súper desorganizada, no me alcanzó el tiempo.	Seguro estoy fea	Siento <u>tristeza</u>

A Situación activadora	B Pensamiento	C Conducta, emociones	D Discusión, debate
Estoy bailando y mis amigos me miran	Figuro me muevo mal	Me falo el cabello, me muerdo la mejilla.	Está bien, Cácase soy perfecta?
En mi grupo de amigos todos con- versan con la otra persona.	No tengo con quien conversar.	Me muerdo los niños, etc.	¿Juego con alguien? ¿Adoro no hay más personas?
Canto en mi casa y mis vecinos me puchean.	Canto horrible regularmente.	Me muerdo las uñas me falo el cabello, etc.	¿Soy profesional? No, está bien.
Mi amigo sabe matemática me queda mirando porque no sé resolver senta ecuación difícil	No sé nada.!!	Me muerdo los me- fillas, etc.	¿Disculpa amigo? no me muer- arí, no se todo pero tengo mis talentos y tengo mis fuentes. Soy la mejor.
Estoy exultando y tengo ganas de man- ebular los niños.	Soy una depresión.	Floro, etc.	Está bien, tranquila ¿lo he veri- tar? ¿Es mala para tu salud? Tu puedes, calma. Yo puedo