



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

Convocatoria Junio

**Modalidad:** Propuesta de intervención

**Título:** Propuesta de intervención en un caso de onicofagia

**Autor:** Nieves Martínez Hernández

**Tutor:** José Luís Carballo Crespo

Elche a 5 de junio de 2015

## Índice

Resumen y palabras clave .....	1
1. Introducción.....	2
2. Objetivos del trabajo.....	5
3. Método .....	6
3.1 Participante .....	6
3.2 Variables e instrumentos .....	6
3.3 Procedimiento .....	7
4. Resultados .....	8
5. Propuesta de intervención.....	11
6. Conclusiones.....	17
7. Referencias.....	19
8. Anexos.....	23
Tabla 1. Datos de prevalencia de onicofagia en diversos estudios.....	3
Tabla 2. Análisis funcional.....	10
Gráfico 1. Resultados STAI.....	8
Gráfico 2. Resultados EPQ-B.....	9
Gráfico 3. Resultados BSCQ para Onicofagia.....	10
Cuestionario sociodemográfico 1 .....	23
Autorregistro 1 .....	24
Contrato de contingencias 1.....	25

## **Resumen**

En este trabajo se muestra el diseño de una intervención para un caso de onicofagia, que es el hábito de morderse las uñas. Existe poco consenso ante este trastorno en lo relevante a la prevalencia, los factores de riesgo, los tratamientos a utilizar o incluso la propia definición o clasificación del trastorno. Las variables tenidas en cuenta para el tratamiento de dicho trastorno en el sujeto que nos ocupa fueron la impulsividad, la ansiedad y el control de estímulos por ser estas las más habituales encontradas en la incoherente bibliografía revisada. El sujeto es un varón adulto de 28 años, fumador y que presenta onicofagia, fue evaluado mediante autorregistro, STAI, EPQ-B y BSCQ además de un cuestionaría sociodemográfico diseñado para este trabajo. Para la intervención se utilizaron terapias habituales en el tratamiento del tabaquismo como: relajación muscular progresiva, control de estímulos, desensibilización sistemática, mindfulness, contrato de contingencias, autorregistros, terapia aversiva, reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), autorrefuerzo y entrenamiento en solución de problemas.

## **Palabras clave**

Onicofagia, impulsividad, tabaquismo, adulto, RDO



## 1. Introducción

“La Onicofagia (del griego ονυξ onyx, 'uña' y φαγειν phagein, 'comer') es el hábito de comerse, morderse, incidir, cortar o roer las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones. Es una patología de carácter psicológico. La persona que padece onicofagia puede llegar al extremo de retirar su uña hasta dejar la piel al descubierto. Esta conducta se puede manifestar en las uñas de todos los dedos” (Ferro, Naccif, Sotillo, Velasquez y Velez, 2010, p. 1).

Andonegui (2006) detalló las secuelas orales de morderse las uñas siendo estas: desgaste y microfracturas, astillamiento y malposición en los incisivos centrales superiores, dientes con importante repercusión estética, traumatismos en las mucosas labiales con consecuencias tales como herpes, labios cortados o aftas.

El Dr. Azeli (2005) indicó que la reiteración en el tiempo de morderse las uñas puede provocar lesiones físicas tales como la inflamación y elevación de los bordes laterales o incluso formaciones verrugosas en el área cuticular. Según él, los hábitos de morderse las uñas más agresivos pueden provocar hemorragias subungueales (debajo de la uña) y pérdida de tiras ungueales, “que pueden dejar espolones ungueales residuales o conllevar la pérdida de toda la uña”. En su artículo indica que los desperfectos a nivel de los pliegues ungueales, como son las cutículas y padastrós, pueden manifestarse en forma de paroniquia crónica (inflamación aguda del tejido celular de los dedos) con infecciones agudas y llegar a provocar un brote del tejido óseo o quistes mucosos. En los casos graves se produce un deterioro de la placa ungueal y la formación de cicatrices locales con distrofia de toda la uña y anomalías de la matriz. Además indica que es posible que las uñas al crecer progresen sobre un lecho ungueal dañado por las mordeduras, provocando inflamaciones, tumefacciones, y lesiones sin cicatrizar que pueden dar lugar a manifestaciones de dolores intensos.

Además de todo esto el Dr. Azeli (2005) añade que las uñas mordidas y posteriormente ingeridas pueden impactarse en la faringe y producir reacciones inflamatorias. También pueden aspirarse y pasar a los pulmones favoreciendo las infecciones o diversas complicaciones en el tejido pulmonar.

Puesto que las uñas son herramientas que no solo nos facilitan coger cosas o abrir objetos sino que nos protegen de agresiones externas al extremo de los dedos podemos decir que un dedo sin uñas es un dedo amputado y que no puede desempeñar todas sus funciones como es debido. Esto, junto al hecho de que las personas que se muerden las

niñas sienten malestar psicológico e incluso dolor, nos indica que estamos ante un trastorno psicológico.

Sin embargo y tras una exhaustiva revisión bibliográfica se ha llegado a la conclusión de que la onicofagia se ha agrupado a lo largo de diferentes investigaciones y artículos dentro de varios tipos de trastornos psicológicos lo cual no deja claro el puesto que realmente le pertenece. Las diferentes definiciones que se han hecho de la onicofagia son: hábito pautado del desarrollo según Kaplan y Sadock (1992); parte o rasgo del trastorno obsesivo compulsivo según Wells, Haines, Williams y Brain (1999); automutilación según Nader y Boehme (2003); trastornos del control de impulsos según Roncero, Rodríguez-Urrutia, Grau-López y Casas (2009); consecuencia de tensión emocional según Heaton y Mountford (1992), Bezerra, Cavalcanti, Bezerra y Moura (2005) Tanaka, Vitral, Tanaka, Guerrero y Camargo (2008), y Ferro et al. (2010); manía nerviosa o hábito compulsivo según Ferro, Naccif, Sotillo, Velasquez y Velez (2010); hábito oral compulsivo o parte del trastorno de ansiedad generalizada según López (2011) y trastorno emocional y del comportamiento según la CIE-10 con código F98.8.

De todas las anteriormente citadas la que se considera más vigente es la de la CIE-10 con código F98.8 clasificada en dicho manual como “otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados”. Sin embargo vamos a ver a continuación cómo la edad prevalencia que se ha datado en múltiples estudios difiere bastante a lo denominado en este manual como “infancia y adolescencia”.

Como se aprecia en la Tabla 1 no existe consenso en cuanto al porcentaje de presencia de onicofagia ni en cuanto a la edad de inicio de esta o el perfil de quien la padece.

**Tabla 1. Datos de prevalencia de onicofagia en diversos estudios.**

Autor (año)	Presencia de onicofagia	Observaciones
Heaton y Mountford (1992)	18,48%	Entre los más jóvenes
Foster (1998)	23%	En niñas y con estado de ánimo negativo
Shetty y Munshi (1998)	12.7%	–
Onyeaso y Sote (2001)	13,14%	Entre 3 y 5 años
Rojas et al. (2001)	16.6%	5 a 17 años

Valença et al. (2001)	26%	–
Bosnjak et al. (2002)	28,07%	Entre 6 y 11 años
Santos y Valente (2003)	38,57%	15 a 17 años (promedio de 2,6 hábitos por persona)
Alvarez et al. (2004)	6,35%	5 a 18 años
Jaime y Montiel (2004)	41%	Preferentemente de sexo femenino
Sousa et al. (2004)	15,38%	Entre 2 a 6 años
Bezerra et al. (2005)	5,1%	–
Feteih (2006)	24,29%	Entre 12 y 16 años
Galvão et al. (2006)	33,96%	–
Icart Isern et al. (2006)	21.2%	Universitarios jóvenes
Leite-Cavalcanti et al. (2007)	4,4%	Entre 3 y 5 años
Merighi et al. (2007)	17,72%	–
Vasconcelos et al. (2009)	44.6%	5 a 12 años
Castillo et al. (2010)	43.61%	Promedio de 7,18 años
Ferro et al. (2010)	63.16%	Entre 18 y 29
Gonçalves et al. (2010)	35%	Más frecuente entre las mujeres
Thomaz y Valença (2010)	22.6%	Entre 3 y 5 años
Media	25,44%	de 2 a 29 años
Desviación típica	13,39	

Tras una amplia revisión bibliográfica se ha extraído, como se indica en la Tabla 1 una media aritmética de los resultados encontrados en la literatura según la cual la prevalencia es del 25,44% de la población y la edad de esta población está comprendida entre los 2 y los 29 años siendo la desviación típica de 13,39. También se ha observado tras dicha revisión que la edad crítica de inicio de la onicofagia varía en gran medida entre un estudio y otro (a los 14 años según Nader y Boehme 2003, a los 7 años según Azeli 2005, a los 11 según López 2011, etc.) e igual ocurre con la edad de mayor incidencia, género de mayor incidencia, la incidencia tras la edad crítica y las situaciones en las que la onicofagia ocurre (estrés según Morley, 2000; dificultades sociales según Azeli, 2005; frustración, fatiga o aburrimiento según Kaplan y Sadock, 1992; nervios por exigencias académicas según Ferro et al., 2010, etc.)

En cuanto a los factores de riesgo que pueden ocasionar el inicio de la onicofagia ocurre algo parecido a lo ocurrido con la definición de este trastorno o con la prevalencia del mismo, no existe acuerdo entre los distintos autores sobre cuáles pueden ser los factores de riesgo, algunos de los contemplados por los autores son: tensión en tiempos de crisis (consistente en TOC) según Wells, Haines, Williams y Brain (1999), cambios psicofisiológicos en hombres durante el estrés según Morley (2000) o nervios, ansiedad, angustia, agresividad, cambios en la unidad familiar, duelo patológico, violencia, malos tratos, presiones escolares según Dr. Azeli (2005).

En lo referente a los tratamientos psicológicos tampoco existe consenso entre los autores, el único tratamiento del que se ha podido encontrar estudios sobre su eficacia es el propuesto por Bayés (1982 y 1989): la terapia aversiva junto al autodomínio y las prácticas negativas con datos de eficacia que rondan entre el 80 y el 85%. Otros tratamientos propuestos por diferentes autores pero sin datos de eficacia son: las medidas de sensibilización según Onyeaso y Sote (2001) Giménez, Moraes, Bertoz, Bertoz y Ambrosano (2008) Galvão, Menezes y Nemr (2006); técnicas afectivo-participativas junto a modelamiento y moldeamiento, contratos de contingencia y economía de fichas según Ferro et al. (2010) y entrenamiento en relajación y práctica de respuestas competitivas según López (2011)

En cuanto a los tratamientos farmacológicos que se utilizan para tratar la onicofagia solo se han encontrado de dos tipos:

- Antiepilépticos según el artículo de Roncero et al. (2009)
- Inhibidores de la recaptación de serotonina según y Szepietowski (2009)

## **2. Objetivos del trabajo**

Este trabajo tiene como objetivo realizar una propuesta de intervención para un caso de onicofagia.

La intervención se realizará con el fin de que el sujeto deje de morderse las uñas y reduzca su impulsividad aplicando terapias comunes en el tratamiento del tabaquismo.

### 3. Método

#### 3.1 Participante

Se trata de un sujeto varón de 28 años con estudios de formación profesional que pertenece a un nivel económico medio-bajo con un hermano y una hermana con los que convive junto a su padre y su madre que están casados. Tiene un empleo remunerado sin personas a su cargo y no padece ningún trastorno psicológico al igual que sus familiares cercanos, sin embargo, padece epilepsia leve pero no toma ninguna medicación. Se muerde las uñas a diario al igual que lo hacen tanto su padre como sus dos hermanos. Consume un paquete de tabaco al día al igual que su padre y su madre, sin embargo su círculo de amistades no fuma. Solo consume alcohol en situaciones puntuales al año y nunca más de 3 unidades de bebida estándar. Al igual que sus familiares cercanos. Su círculo de amistades consume unas 4 unidades de bebida estándar a la semana habitualmente los fines de semana. Ha consumido cannabis pero fue de manera puntual y hace más de 3 años que lo no consume.

#### 3.2 Variables e instrumentos

En primer lugar se le aplicó al paciente un cuestionario sociodemográfico (Ver Cuestionario sociodemográfico 1 del Anexo) diseñado específicamente para este caso.

Dicho cuestionario consta de 18 ítems mediante los cuales se recogen: datos personales del sujeto tales como edad, género, estado civil, formación académica, nivel económico; información familiar, cuántos hermanos tiene, con quién comparte hogar; datos laborales sobre si tiene un empleo y si hay personas a su cargo; además se pregunta sobre su historial médico y psicológico y el de su familia; en cuanto a la conducta de morderse las uñas y la adicción al tabaco se le consulta si sus familiares y/o amigos también se muerden las uñas o si fuman; también se hacen preguntas referentes a la cantidad de tabaco que consume y las situaciones en las que lo hace con mayor intensidad; como preguntas extra se han incluido de dos tipos: sobre el consumo de alcohol del paciente y sus amistades y sobre el consumo del sujeto de otras drogas.

Además, y puesto que en la bibliografía encontrada aparece en repetidas ocasiones el factor de ansiedad, se aplicó el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) para evaluar la ansiedad rasgo y la ansiedad estado del paciente. Es un cuestionario que contiene 20 ítems para el apartado que evalúa la ansiedad estado del sujeto, es decir, evalúa “un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente

percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo” y otros 20 en el apartado que evalúa la ansiedad rasgo del paciente definida como “propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras” tal como afirman Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs (1983) en el manual de dicho cuestionario.

Tras esto el sujeto cumplimentó el inventario de personalidad Eysenck formato B (EPQ-B) que sirve para la medición de dos dimensiones de la personalidad: introversión-extroversión (E) y neuroticismo (estabilidad-inestabilidad) (N). La forma B, que es la que se ha utilizado en este caso, consta de 57 ítems, a los cuales debe responderse SI o NO, Eysenck y Eysenck (1978). Dicho inventario se ha utilizado para evaluar su impulsividad puesto que se consideró un factor a tener en cuenta en la conducta de morderse las uñas por estar presente en gran parte de la bibliografía.

También se le aplicó el cuestionario breve de confianza situacional (BSCQ) Breslin, Sobell, Sobell y Buchan (1997) que consta de 8 preguntas en las que se describen, en cada una, una situación y el sujeto debe puntuar con un porcentaje de 0% a 100% lo seguro que se siente de poder resistir la necesidad de morderse las uñas. Este autoinforme se aplicó con el fin de conocer las situaciones en las que el paciente se cree con confianza de resistirse al impulso de morderse las uñas. Finalmente se dio instrucciones al sujeto para que realizara durante una semana un autorregistro con el cual se contabilizarían las ocasiones en la que la persona fuma o se muerde las uñas, observando también en qué situaciones esto ocurre, qué pensamientos vienen ligados a estos comportamientos, qué consecuencias tienen y qué grado de ansiedad presenta en estas circunstancias valorado del 1 al 10 (Ver Autorregistro 1 del Anexo).

### 3.3 Procedimiento

Para la realización de esta propuesta de intervención y antes de nada, se pidió el consentimiento informado al sujeto, explicando claramente en qué consistiría la evaluación que se le iba a realizar y con qué fin se hacía; dejando claro que todos los datos extraídos de dicha evaluación serían expuestos siempre de forma anónima para el presente trabajo.

Después de una exhaustiva revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como: ISOC (Índice Español de Ciencias Sociales y Humanidades), ProQuest Central, PsycodDoc, PsycINFO, Scopus y la base de datos de artículos académicos de Google; y muchas revistas científicas se infirieron los diferentes factores psicológicos que requieren ser medidos para evaluar y tratar la onicofagia: ansiedad, impulsividad y estímulos de riesgo.

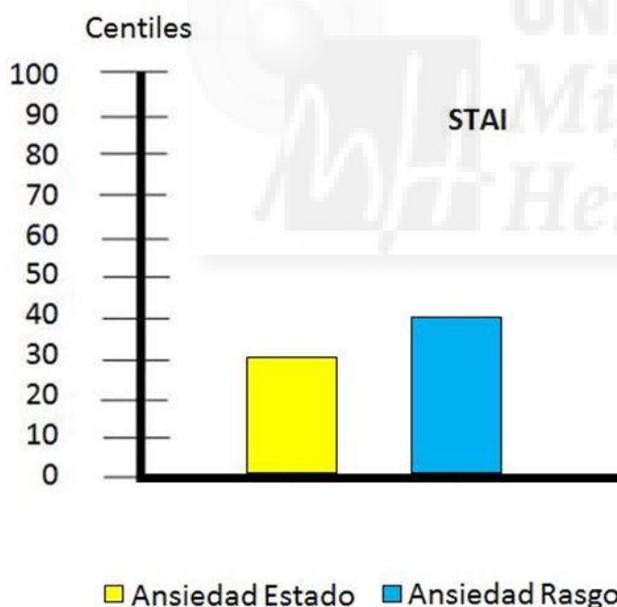
Tras esto se procedió evaluar al paciente con una serie instrumentos diseñados con ese fin y acotados para ajustarse a los factores psicológicos que la bibliografía marca como los más importantes y que ya se han explicado en el apartado anterior.

Tras la cumplimentación de los instrumentos de evaluación por parte del sujeto se procedió a la corrección de los mismos y, después de esto se diseñó un programa de intervención a la medida de las necesidades del paciente reflejadas por los instrumentos de evaluación.

#### 4. Resultados

El primer autoinforme corregido fue el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI), con él se evaluaron los dos factores que el cuestionario mide, a saber: ansiedad estado y ansiedad rasgo. El sujeto obtuvo una puntuación de ansiedad estado en el centil 30 (bajo) y ansiedad rasgo en el centil 40 (tiende al promedio) como podemos ver en el Gráfico 1, de lo que se deduce que el paciente no tiene problemas de ansiedad.

**Gráfico 1. Resultados STAI**

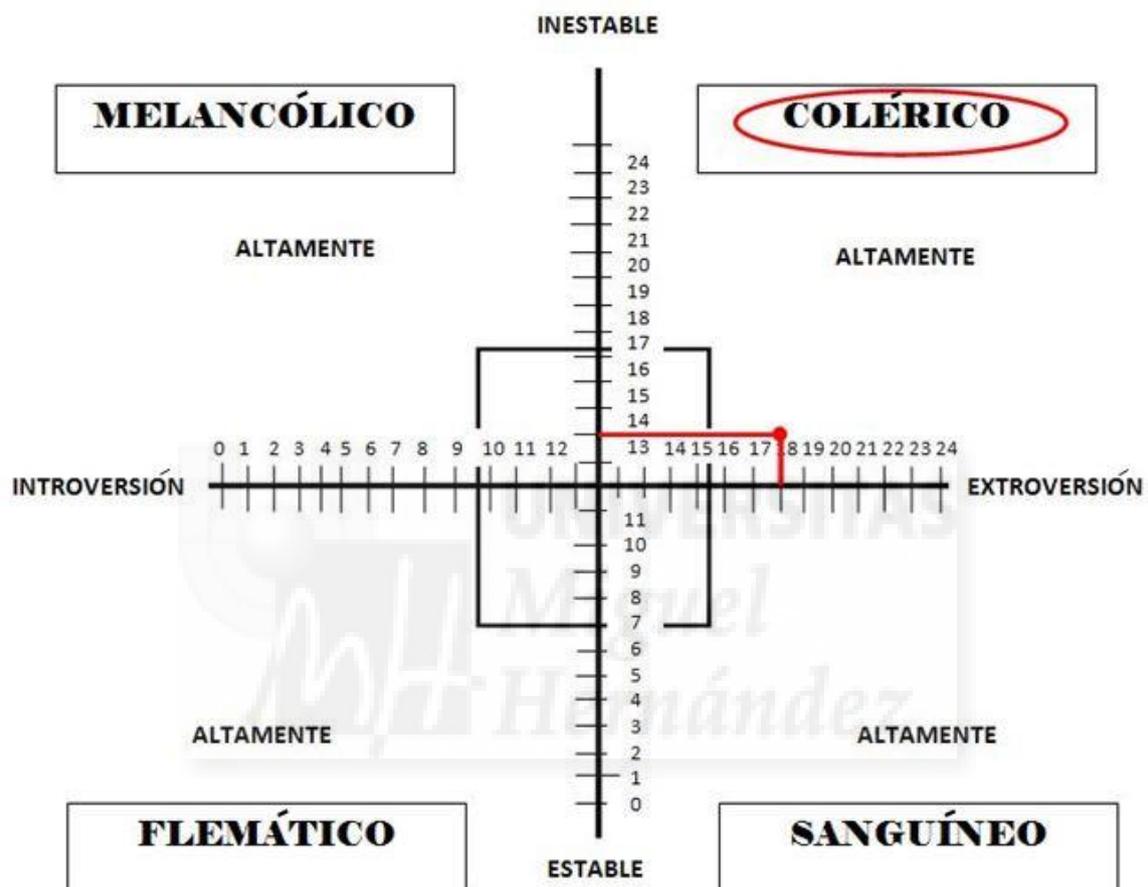


En cuanto al inventario de Eysenck formato B (EPQ-B) se obtuvo la siguiente puntuación:

- En la escala L (mentiras) el sujeto puntuó 3 lo que significa que no se anulan los resultados del inventario cosa que ocurriría en el caso de que el paciente puntuase 4 o más en esta escala.

- En la escala E (extroversión) el sujeto puntuó 18 lo que es una puntuación bastante alta.
- En cuanto a la escala N (inestabilidad) la puntuación fue de 13 lo que es un resultado bajo.

**Gráfico 2. Resultados EPQ-B**

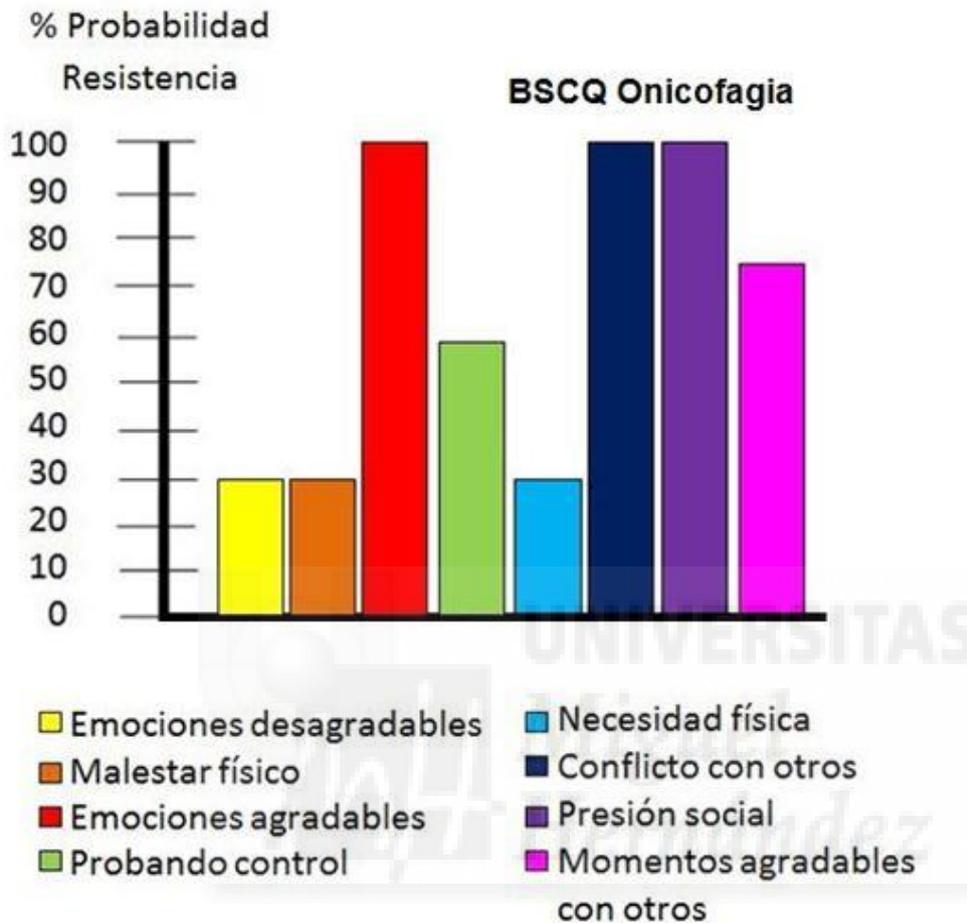


El resultado final del inventario de Eysenck es “Colérico” puesto que la puntuación sobre sale del cuatro de la población promedio y se adentra en el cuadrante del mismo nombre, como podemos ver en el Gráfico 2. El resultado “Colérico” corresponde a una categoría de dicho inventario que define a personas cuyos procesos neurodinámicos son muy fuertes, pero hay desequilibrio entre inhibición y excitación: son personas sensibles, intranquilas, agresivas, excitables, inconstantes, impulsivas, optimistas y activas, tienen dificultad para dormir pero mucha facilidad para despertarse. Los coléricos son de respuestas enérgicas y rápidas. Podemos inferir que el paciente es impulsivo.

Respecto al BSCQ adaptado para evaluar la onicofagia, se extrae que las situaciones de riesgo en las cuales el sujeto se muerde las uñas son: las emociones desagradables, el

malestar físico y la necesidad física, todas puntuadas con un 30% de probabilidad de resistirse a morderse las uñas como podemos observar en el Gráfico 3.

**Gráfico 3. Resultados BSCQ para Onicofagia**



Por último en el autorregistro que el sujeto rellenó durante una semana (Ver Autorregistro 1 del Anexo) se pudo observar que las principales situaciones en las que se muerde las uñas son: durante el trabajo, tras jugar a videojuegos y cuando se encuentra con sus amigos. El análisis funcional se puede ver en la Tabla 2.

**Tabla 2. Análisis funcional**

Antecedente	Conducta	Consecuencias
Estrés por problemas laborales	Morderse las uñas incidiendo en las irregulares que estas presentan	Relajación

Ansiedad por fumar	Morderse las uñas y los padastros de los dedos	Calma, menos ganas de fumar
Activación provocada por videojuegos	Morderse las uñas intentando descamarlas	Relajación
Contacto social con el grupo de iguales	Morderse las uñas mientras escucha a sus amigos	Relajación

---

Es importante señalar que el sujeto se muerde las uñas sobre todo cuando tiene ansiedad por fumar, o si se presenta estrés por problemas laborales. Sin embargo suele fumar de un modo ritual (siempre tras cada café, siempre tras cada comida, siempre tras jugar a un videojuego) o cuando siente estrés debido a estímulos externos (trabajo, discusiones familiares).

Se infiere de esto que el paciente, al tener una personalidad impulsiva y tener que retrasar la conducta de fumar por causas ajenas a él, reduce la ansiedad que esto le provoca mordiéndose las uñas.

## 5. Propuesta de intervención

Una vez obtenidas todas las mediciones de los factores que controlan la conducta de morderse las uñas se procedió a diseñar una propuesta de intervención que trabajara los diferentes factores.

Las técnicas de intervención se aplicarán en 13 sesiones, 11 de ellas se realizarán 2 veces por semana y las dos últimas se realizarán a los 3 y a los 12 meses desde la intervención. Todas las sesiones durarán 1 hora salvo la sesión inicial y las dirigidas a seguimiento o evaluación que durarán 2 horas.

- Sesión 1
  - Se le explicarán al sujeto las diferentes técnicas de intervención que se le van a aplicar durante la terapia y se acordarán los reforzadores deseados (en este caso dinero y tiempo para jugar a videojuegos).

- Se realizará un contrato de contingencias con el terapeuta en el cual el sujeto se compromete a seguir las pautas exigidas por el terapeuta, acudir a las sesiones de relajación, mindfulness y desensibilización sistemática y realizar las tareas para casa que éste le imponga, además se compromete a dejar de morderse las uñas con la ayuda del terapeuta y con fecha límite para dejar de mordérselas el día en que se terminen las sesiones de desensibilización sistemática (Ver Contrato de contingencias 1 del Anexo). Esta técnica se utilizará con el objetivo de mejorar la adhesión a la terapia y aumentar la motivación del sujeto.
- Se le explicará cómo realizar el autorregistro en el cual se medirá si el paciente fuma o se muerde las uñas, las situaciones en las que esto ocurre, qué pensamientos vienen ligados a estas conductas, qué consecuencias tienen y qué grado de ansiedad presenta en estas circunstancias valorado del 1 al 10 (Ver Autorregistro 1 del Anexo). Esta técnica tiene como objetivo evaluar el nivel de ansiedad del sujeto y realizar un análisis funcional de todo el proceso y de la evolución del paciente, además se espera conseguir reactividad y que el mero hecho de realizar el autorregistro disminuya la onicofagia.
- Además se le indicará cómo realizar autorrefuerzo en el cual el sujeto se premiará a sí mismo, mediante el reforzamiento pactado entre el terapeuta y el sujeto de jugar a videojuegos 2 horas al día (algo que ha hecho cada día desde hace más de dos años), siempre y cuando no se muerda las uñas durante todo el día, en caso contrario el sujeto no jugará a videojuegos ese día.
- Para la reducción de la conducta de morderse las uñas se guiará al sujeto para que realice una terapia aversiva como la utilizada por Bayés (1982 y 1989) que consistirá en que el sujeto se aplique un esmalte con un sabor desagradable en sus uñas, de este modo se condicionará el sabor desagradable (sensación aversiva) con el estímulo de morderse las uñas con el fin de que se extinga la conducta. Dicho esmalte se aplicará cada dos días para que el estímulo aversivo (el sabor desagradable) no se pierda con el tiempo y le será proporcionado al sujeto por parte del terapeuta. Además para controlar el estímulo visual de las uñas se le pedirá al sujeto que utiliza guantes la mayor parte del tiempo posible, especialmente le pediremos que tome esta medida cuando juegue a videojuegos y tras jugar a ellos porque, según el autorregistro, es el momento en el que presenta mayor grado de onicofagia.

- Se acordará con el jefe del sujeto y con su compañero de trabajo cómo poner en práctica un tipo de terapia de modificación de conducta denominada reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO) que se les explicará detalladamente para su correcta utilización. En ella se ha elegido conjuntamente con el sujeto el reforzador del dinero y se utilizará de la siguiente manera: durante las cuatro primeras semanas en el trabajo se reforzará el tiempo que el paciente esté sin morderse las uñas mediante una compensación que será extraída del sueldo del paciente. Quinientos euros del sueldo del sujeto se utilizarán para esta terapia y se le irán dando al sujeto mediante economía de fichas, cada 20 minutos en los que el sujeto no se muerda las uñas sonará una alarma, instalada en el teléfono móvil del sujeto, y éste cogerá una ficha, al final del día cada ficha corresponderá a un céntimo de euro. Si el sujeto no se muerde las uñas durante todo el día obtendrá 22 euros al terminar la jornada de 8 horas que realiza en su trabajo. Al final del mes recibirá los 500€ que le correspondían de su sueldo habitual y 28€ más. Si no lo hace su sueldo se verá reducido considerablemente. Cada vez que el paciente se muerda las uñas tendrán que pasar 30 minutos hasta volver a encender el cronómetro de la alarma; de este modo aunque se muerda las uñas cuando la alarma acaba de sonar perderá al menos 10 minutos cada vez, que se traducen en dinero. Su compañero de trabajo, el cual trabaja en el mismo despacho que él, se encargará de supervisar si el sujeto se muerde o no las uñas. Para que esto sea más sencillo el sujeto utilizará guantes puesto que, de esta forma, será más fácil para su compañero percibir si el paciente se los quita para morderse las uñas.
- Sesión 2
  - Con el objetivo de reducir la impulsividad del sujeto, se le entrenará en mindfulness o conciencia plena que es una técnica de tercera generación caracterizada por enseñar al paciente a centrar su atención y su consciencia en el momento presente, de este modo los pensamientos rumiativos o intrusivos que pueden generar mal estar y ansiedad se dejan de lado para centrarse en lo que se está haciendo en el momento actual. Además, actos que llegan a ser automáticos como morderse las uñas se convierten en acciones conscientes al estar prestando total atención a lo que se hace, además esta técnica puede mejorar la adhesión del sujeto al tratamiento. En esta sesión se practicará esta técnica mientras el sujeto come unos trozos de manzana.
  - También con el objetivo de reducir la impulsividad encontrada en el paciente, se realizará el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson que

consiste en reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular. Es una técnica que radica en tensar y relajar sistemáticamente varios grupos de músculos y aprender a prestar atención y discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, según esta técnica una persona puede reducir, casi por completo, las contracciones musculares y percibir una sensación de relajación profunda; el procedimiento básico de relajación incluye quince grupos de músculos.

- Se le indicará al sujeto que intente estas técnicas en casa antes de dormir o cuando presente síntomas de ansiedad o estrés.
- Sesión 3
  - Se repetirá lo realizado en la sesión anterior para mejorar la habilidad del sujeto en entrar en “conciencia plena” o mindfulness pero esta vez se realizará mientras el paciente camina.
  - En cuanto a la relajación muscular progresiva de Jacobson se repetirá para mejorar la habilidad del sujeto para relajarse.
- Sesión 4
  - Se realizará de nuevo lo mismo de las dos sesiones anteriores para terminar de perfeccionar la habilidad del sujeto para relajarse, en esta ocasión el entrenamiento en mindfulness se realizará mientras el sujeto está sentado al aire libre.
- Sesión 5
  - Revisión del progreso del autorregistro, del RDO, la terapia aversiva, el control de estímulos y autorrefuerzo para adaptar la terapia a las sensaciones o dificultades que pueda encontrar el sujeto y resolver todas sus dudas
  - Acotación y jerarquización de las diferentes situaciones que generan ansiedad en el sujeto ordenándolas según el nivel de ansiedad que estas hacen sentir al sujeto como fase primera para la aplicación de la desensibilización sistemática en la siguiente sesión.
- <sup>1</sup>Sesión 6 de
  - Se realizará de nuevo la relajación muscular progresiva de Jacobson pero esta vez con el fin de que el paciente se encuentre en un estado de relajación para poder

---

<sup>1</sup>Esta sesión se repetirá hasta que este ítem de la lista no cause ansiedad al paciente

realizar la terapia siguiente.

- La ansiedad que presenta el sujeto sobre todo antes de fumar se trabajará mediante la desensibilización sistemática que es una técnica muy utilizada en el tratamiento de los desórdenes de ansiedad. Tras haber realizado la jerarquización de las diferentes situaciones que generan ansiedad en el sujeto en la anterior sesión, se procede a exponer al sujeto a los estímulos estresantes a través exposición en imaginación del estímulo estresante, siempre siguiendo la jerarquía de menor a mayor, es decir, primero se le expone al sujeto a las situaciones que le generan menor ansiedad y, superadas estas, se va pasando, una a una, a las situaciones que le generan mayor ansiedad. Esta exposición se realiza especificando la mayor cantidad de detalles posibles y mientras el paciente se encuentra en el profundo estado de relajación obtenido tras la realización de la relajación progresiva de Jacobson. El terapeuta le guiará para que vaya imaginando estas escenas temidas de acuerdo al grado de ansiedad que le provocan. En esta sesión se expondrá al sujeto en su imaginación el primer ítem de la lista (el que menos ansiedad le provoca al paciente) utilizando las técnicas de relajación aprendidas con la relajación muscular progresiva de Jacobson para reducir el nivel de ansiedad que la exposición pueda aportarle.
- <sup>1</sup>Sesión 7
  - Se realizará la relajación muscular progresiva de Jacobson con la finalidad de que el paciente se encuentre en un estado de relajación para poder realizar la desensibilización sistemática.
  - Se aplicará la desensibilización sistemática en imaginación del primer ítem de la lista (el que ya no genera ansiedad en el paciente para asegurarnos de que sigue siendo así, en caso de que no fuese así se repetiría la sesión anterior)
  - Exposición en imaginación del segundo ítem de la lista (el segundo que menos ansiedad le provoca al paciente) utilizando las técnicas de relajación ya aprendidas.
- <sup>2</sup>Sesión 8
  - Relajación muscular progresiva de Jacobson.
  - Desensibilización sistemática del anterior ítem de la lista (el que ya no genera

---

<sup>1</sup>Esta sesión se repetirá hasta que este ítem de la lista no cause ansiedad al paciente

<sup>2</sup>Esta sesión se realizará con cada uno de los ítems de la lista de manera ascendente (cada vez los que generan mayor ansiedad) hasta que ninguno provoque ansiedad al sujeto

ansiedad en el paciente para asegurarnos de que esto sigue así).

- Exposición en imaginación del ítem siguiente ítem de la lista que todavía no se ha trabajado utilizando las técnicas de respiración aprendidas y repitiendo hasta que este ítem no genere respuestas de ansiedad.
- Sesión 9
  - Explicación y práctica de la técnica de “Entrenamiento en solución de problemas” la cual se utilizará para reducir el estrés que estos pueden aportar a la vida del sujeto puesto que este es también un factor que provoca que el paciente se muerda las uñas. El entrenamiento en solución de problemas está determinado por dos procesos: la orientación al problema y el estilo de solución de problemas. La orientación al problema es un proceso metacognitivo definitivo por el funcionamiento de esquemas cognitivo-emocionales (sentimientos, creencias, etc.) que señalan la percepción del individuo sobre los problemas que ocurren en su vida y sobre su propia capacidad para resolverlos o autoeficacia. Al sujeto se le enseñarán los diferentes pasos que se han de realizar para la solución de problemas, a saber: Identificar las situaciones problemáticas; describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema; describir la situación y la respuesta en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y porqué, para ver el problema de manera más clara; hacer una lista con las alternativas mediante una “tormenta de ideas” para conseguir la mayor cantidad de alternativas posibles, para esto es importante no criticar las ideas que se le ocurran al sujeto y que sean estrategias generales que ya se especificaran más adelante; contemplar las consecuencias de cada una de las alternativas propuestas y seleccionar las mejores estrategias especificándolas lo más posible. Tras la explicación se intentará poner en práctica dicha técnica en un problema que presente el paciente en su vida para que aprenda a utilizar la técnica y así solventar dicho problema.
- Sesión 10
  - Revisión los autorregistros realizados y del nivel de onicofagia que presenta en el momento el sujeto.
  - Se valorarán los resultados y las consecuencias de la aplicación de la solución elegida tras el entrenamiento en solución de problemas para el problema expuesto por el paciente en la sesión anterior.

- Entrevistar al sujeto para evaluar los resultados obtenidos del RDO, la terapia aversiva, el control de estímulos y autorrefuerzo.
  - Recoger las impresiones del sujeto a cerca de la terapia realizada.
  - <sup>3</sup>Evaluación de la ansiedad, la impulsividad y las situaciones de riesgo mediante los mismos cuestionarios que se aplicaron al principio de la terapia: STAI, \*EPQ-B y BSCQ para onicofagia y para tabaquismo.
- Sesión 11
    - Comparación de los resultados de los instrumentos de evaluación obtenidos al iniciar y al acabar la intervención.
    - Revisión de los objetivos pautados inicialmente y apreciación de si estos se han cumplido.
    - <sup>4</sup>Valoración de si es necesario continuar con la intervención o realizar otra de otro tipo.
  - Sesión 12 a realizar 3 meses después de la intervención
    - Entrevista para valorar el nivel de onicofagia del paciente.
    - Medición de la impulsividad mediante el \*EPQ-B.
    - <sup>4</sup>Valoración de la necesidad de una nueva intervención.
  - Sesión 13 a realizar 1 año después de la intervención
    - Entrevista para valorar el nivel de onicofagia del paciente.
    - Medición de la impulsividad mediante el \*EPQ-B.
    - <sup>4</sup>Valoración de la necesidad de una nueva intervención.

## 6. Conclusiones

El presente trabajo se inició con el objetivo de diseñar una propuesta de intervención para un caso de onicofagia, esta intervención se pretendía realizar con la finalidad de que el paciente abandonase la conducta de morderse las uñas y disminuyese su impulsividad

---

<sup>3</sup>Estos instrumentos de evaluación se corregirán antes de la siguiente sesión

<sup>4</sup>En caso de que así fuera se iniciaría de nuevo el proceso de intervención valorando las nuevas variables de la onicofagia y una nueva propuesta de intervención diferente

\*El EPQ-B es un test de personalidad y por lo tanto los resultados no deberían variar a lo largo de la vida del paciente

aplicando terapias habituales en el tratamiento del tabaquismo.

Tras una considerable revisión bibliográfica se descubrió que existen pocos estudios concretos sobre la onicofagia, su prevalencia o los tratamientos físicos o psicológicos más eficaces, los estudios encontrados se contradicen entre sí aportando más dudas que respuestas a este tema. Además no están claros los factores o variables que deben estudiarse y controlarse en los casos de onicofagia. Pese a esto se decidió evaluar al sujeto en los factores más repetidos en la bibliografía: impulsividad, ansiedad y situaciones de riesgo.

Una vez evaluado el sujeto se procedió a diseñar una propuesta de intervención que trabajara los diferentes factores que mantienen la conducta de morderse las uñas en el paciente. Esta intervención es específica para este paciente concreto porque incide en la impulsividad y en el control del estrés y de los estímulos que eliciten la respuesta de morderse las uñas, al ser estos los factores que mantienen la onicofagia en este sujeto.

Para la intervención se utilizaron técnicas que también se utilizan para el tratamiento del tabaquismo como son: relajación muscular progresiva, control de estímulos, desensibilización sistemática, mindfulness, contrato de contingencias, autorregistros, terapia aversiva, reforzamiento diferencial de otras conductas, autorrefuerzo y entrenamiento en solución de problemas.

Muchas de las técnicas utilizadas tienen como objetivo disminuir la impulsividad del sujeto con el fin de facilitar la extinción de la onicofagia y de proporcionarle una mejora en su salud psicológica. Someterse a este tipo de terapias puede ayudar también al sujeto a reducir su consumo de tabaco para que, si en algún momento se lo propone, le resulte mucho más fácil superar su adicción al mismo.

Dificultades que se pueden encontrar en el tratamiento de este tipo de trastornos es en lo referente al control de estímulos puesto que las uñas de los propios dedos son algo que difícilmente se puede dejar de ver en todo momento en contraposición al tabaquismo en el cual es relativamente fácil que el sujeto no tenga a su disposición tabaco.

Hay que añadir que todavía se requieren muchos trabajos de investigación acerca de la onicofagia hasta poder alcanzar un tratamiento óptimo de las variables que mantienen este trastorno puesto que todavía no están claras.

Este es un trastorno que afecta a gran parte de la población al menos durante alguna etapa de sus vidas y que puede llegar a extremos muy graves. Sin embargo en muchas

ocasiones la recuperación de esta trastorno es espontánea y se produce antes de la adultez, por ello es un trastorno que está relacionado mayoritariamente a casos leves, principalmente en población infantil y que no requiere de intervención alguna y por ello, quizás, se han dejado de lado de las investigaciones en psicología sobre la onicofagia tanto a lo referente al propio trastorno, su prevalencia y factores de riesgo como al tratamiento que esta requiere y que sería el más eficaz.

## 7. Referencias

- Álvarez ML, Zaldívar ER, cederrón RAP. Hábitos deformantes bucales en un consultorio del médico de su familia en Camagüey, Cuba. *Archivo Médico de Camagüey* 2004; 8 (4): s. p.
- Andonegui, Patxi. Onicofagia y odontología. *Odont Morder* [en línea]. 2006, vol. 2 (24), no.18 [fecha de consulta: 12 Enero 2015]. Disponible en: <[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=37892&id\\_seccion=2368&id\\_ejemplar=3907&id\\_revista=144](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37892&id_seccion=2368&id_ejemplar=3907&id_revista=144)>
- Dr. Azeli, YA. Podium [en línea]: Onicofagia. 2005 [fecha de consulta 11 Febrero 2015]. Disponible en: <<http://www.podium.es>>
- Bayés, R. (1989) Didáctica de la modificación de conducta: aquí y ahora. *Revista de psicología general y aplicada* 35(4), 549-557
- Bayés, R. (1982) Aplicación de la técnica de Azrin y Nunn para la modificación de hábitos nerviosos: éxito didáctico, éxito terapéutico, pero ¿qué es lo que funciona? *Estudios de Psicología* 9, 106-120
- Bezerra PKM, Cavalcanti AL, Bezerra PM, Moura C. maloclusión, métodos de alimentación y hábitos orales en preescolar. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr* 2005; 5 (3): 267-74.
- Bosnjak El, Vucicevic-Boras V, Miletic I, Bozic D, Vukelja M. La incidencia de los hábitos orales en niños con dentición mixta. *J Rehabil Oral*. 2002; 29 (9): 902-5.
- Breslin, F. C.; Sobell, L.C.; Sobell, M.B.; y Buchan, G. A comparison of a brief and long format for the Situational Confidence Questionnaire. Poster presented at the 31<sup>st</sup> Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy. Miami Beach, Fl. November 1997.

- Castillo PM, Barbosa TS, BD Hawk. Calidad de evaluación vida de los niños con bruxismo del sueño. *BMC Oral Health* 2010; 10:16.
- CIE-10 (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.
- Foster LG. Nervous habits and stereotyped in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(7):711-7.
- Heaton KW, Mountford RA. Nail-biting in the population and its relationship to irritable bowel syndrome. *J Royal Soc. Med* 1992; 85:457.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, SBG. (1978). EPQ forma B. Cuestionario de personalidad. Adaptación española. Edición revisada en 1981. Madrid: TEA, S.A.
- Ferro M, Naccif A, Sotillo F, Velasquez L, Velez K. Aspectos psicológicos de la onicofagia em los estudiantes de 2do año de La facultad de odontología de La Universidad Central de Venezuela. *Rev. Latinoam. Ortod Odontoped. "Ortodoncia. ws";* 2010. Recuperado de:  
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art1.asp>
- Feteih RM. Los signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares y parafunciones orales en adolescentes saudíes urbanos: Informe de Investigación. *Cabeza Cara Med* 2006; 2: 25-31.
- Galvão ACUR, Menezes SFL, Nemr K. hábitos Correlación niños deletéreos orales entre 04:00-6:00 años de la escuela pública y privada en la ciudad de Manaus - AM. *CEFAC Rev* 2006; 8 (3): 328-36.
- Giménez CMM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *R. Dental Press Ortodon ortop Facial* 2008; 13(2):70-83.
- Gonçalves PVL, Toledo OA, Otero SAM. la relación entre el bruxismo, los factores oclusales y hábitos orales. *Dental Pulse J. Orthod.* 2010; 15 (2): 97-104.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: Howempirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35–54.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford.
- Heaton KW, Mountford RA. Nail-biting in the population and its relationship to irritable bowel syndrome. *J Royal Soc. Med* 1992; 85:457.

- Icart Isern MT, Pulpón Segura AM, Icart Isern MC. Trastornos bajo salud En Una Muestra de los estudiantes de La Universidad de Barcelona. *Educ. med.* 2006; 9 (3): 138-43.
- Jaime Montiel ME. Frecuencia de maloclusiones y su Asociación con hábitos perniciosos baño poblacion Una de Niños mexicanos 6-12 años de Edad. *Rev ADM* 2004; 61 (6): 209-14
- Kaplan H.I.; Sadock, B.J. Tratado de Psiquiatría. 2ª Edición. Ediciones Científicas y Técnicas. Masson-Salvat. 1992 Avda. Príncipe de Asturias 20 Barcelona. España. pp. 1844-5.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum.
- Leite-Cavalcanti A, Medeiros-Bezerra PK, Moura C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. *Rev. Salud Pública* 2007; 9(2):194-204
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- López, A. Centro de Psicología López Fez [en línea] Onicofagia o hábito nervioso de morderse las uñas. 2011 [Fecha de consulta 20 Febrero 2015]. Disponible en: <[http://www.centropsicologia\\_lopezdefez.es/psicologia-infantil/onico-fagia-tratamiento-para-no-morderse-las-unas-ninos/1-49-49-0.htm](http://www.centropsicologia_lopezdefez.es/psicologia-infantil/onico-fagia-tratamiento-para-no-morderse-las-unas-ninos/1-49-49-0.htm)>
- Merighi LBM, Silva MMA, AT Ferreira, Genaro KF, Berretin-Félix G. La aparición de trastorno temporomandibular (TMD) y su relación con los hábitos orales dañinos en niños Dren de Monte Negro - RO. *Rev. CEFAC* 2007; 9 (4): 497-503.
- Morley DS Boston University, Department of Psychology, Boston MA 02215, USA. *The International Journal of Neuroscience* [2000, 103(1-4):139-154] Journal Article, Research Support, Non-U.S. Gov't
- Dr. Nader, A y Dra. Boehme, V. (2003). Automutilación: ¿Síntoma o síndrome?. *Boletín sociedad de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 14(1), 32-38.
- Onyeaso CO, EO Sote. Prevalencia de hábitos orales en 563 nigerianoniños en edad preescolar de edad 3-5 años. *Níger Posgrado Med J* 2001; 8 (4): 193-5.
- Reich A, Szepietowski JC. Department of Psychiatry, Wroclaw Medical University, Poland. *Acta Dermato-venereologica* [2009, 89(3):278-280]

- Rojas RV, Baez J, Rojas R. Prevalencia de Malos hábitos Orales La respiración bucal y en Niños 5-17 años del area de Santiago Center. Rev Fac Univ Odontol Chile 2001; 19 (1): 9-19.
- Roncero C, Rodríguez-Urrutia A, Grau-López L y Casas M (2009) Trastornos del control de impulsos y tratamiento con antiepilépticos. *Actas españolas de psiquiatria*. 37(4): 205-212.
- Santos AC, Valente SV. Prevalencia de hábitos orales nocivos ríos y maloclusión en un grupo de adolescentes. Rev. CEFAC 2003; 5: 213-9
- Shetty, SR y Munshi, AK. Hábitos orales en niños: una prevalencia estudio. J Indian Soc Pedod Anterior Dent 1998; 16 (2): 61-6.
- Sousa FRN, Taveira GS, Almeida RVD, Padilla WWN. La lactancia materna y su relación con los hábitos nocivos y maloclusión dental. Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr. 2004; 4 (3): 211-6.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Tanaka OM, Vitral RW, Tanaka GY, Guerrero AP, Camargo ES. Nailbiting or onychophagia: a special habit. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2008; 134(2): 305-347.
- Thomaz EBAF, Valencia AMG. Asociación entre el déficit peso y el hacinamiento en la dentición temporal. J Pediatr. 2009; 85 (2): 110-6.
- Valença AMG, Vasconcelos FGG, Cavalcanti AL, Duarte RC. Prevalência e características de hábitos orais em crianças. Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr. 2001; 1(1):17-23
- Vasconcelos FMN, Massoni ACLT, Ferreira AMB, Katz CRT, Rosenblat A. La aparición de hábitos orales niños de la región metropolitana de Recife, Pernambuco, Brasil. Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr. 2009; 9 (3): 327-32.
- Wells JH, Haines J, Williams CL Department of Psychology, University of Tasmania, Hobart, Australia. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry [1998, 32(4):534-545]
- Wilson, K.G. y Luciano, C. (2002). Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.

## 8. Anexos

### Cuestionario sociodemográfico 1

1. Edad:
2. Género:
3. Estado civil:
4. Formación académica: (graduado, estudios medios (bachiller, módulo), estudios superiores)
5. Nivel económico al que considera que pertenece:
6. ¿Tiene herman@s? ¿Cuántos?
7. ¿Comparte hogar? ¿Con quién?
8. ¿Trabajo remunerado? ¿Personas a su cargo?
9. ¿Tiene algún trastorno psicológico o físico documentado? ¿Cuál?
10. ¿Y sus familiares cercanos? ¿Cuál?
11. ¿Alguno de sus familiares se muerde las uñas o lo ha hecho anteriormente?
12. ¿Consume tabaco? ¿Cuánto aproximadamente? ¿Existe alguna situación o situaciones en la que considera que lo consume en mayor cantidad?
13. ¿Sus familiares consumen tabaco?
14. ¿Y su círculo de amistades?
15. ¿Consume alcohol? ¿Cuánto aproximadamente? ¿Existe alguna situación o situaciones en la que considera que lo consume en mayor cantidad?
16. ¿Sus familiares consumen alcohol?
17. ¿Y su círculo de amistades?
18. ¿Ha consumido otras drogas? ¿Cuáles? ¿Sigue consumiéndolas? ¿Cada cuánto aproximadamente?



## Contrato de contingencias 1

Yo \_\_\_\_\_ sujeto de esta intervención prometo hacer todo el esfuerzo para dejar de mordermelas las uñas. Me comprometo a acudir a las sesiones planificadas con el terapeuta con el fin de adquirir habilidades que me ayuden a dejar de mordermelas las uñas y a tener una mejor salud psicológica. El día en que acaben las sesiones de desensibilización sistemática que realizaré con el terapeuta será el DÍA TOPE para dejar de mordermelas las uñas pero desde hoy hasta ese día voy a intentar no mordermelas. Antes y después de ese día es posible que sienta ansiedad, estrés, nervios e irritabilidad, es algo normal y apreciaré que el terapeuta sea comprensivo con mis sentimientos.

Yo \_\_\_\_\_ terapeuta prometo hacer todo lo que esté en mi mano para que este proceso sea lo más fácil posible para ti. Me comprometo a darte siempre los refuerzos que acordemos para cada ocasión y siempre que cumplas las condiciones que se te exijan para cobrarlos. Apoyaré tu esfuerzo y te ayudaré para reducir los síntomas que puedas sentir por este proceso.

Firma del terapeuta:

Firma del sujeto:

