

Onicofagia: estudio de caso de una mujer adulta

Onychophagia: A case study of an adult woman

Guadalupe Nallely Salgado Serrano¹

Roberto Oropeza Tena²

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

México

Resumen

Se realizó una intervención conductual en una persona adulta de 22 años de edad con el objetivo de eliminar la conducta de morderse la uñas. La investigación tuvo tres fases: línea base (28 días), tratamiento (35 días) y seguimiento (1, 6, 12, 18 y 24 meses). Se utilizaron metas semanales, reforzador positivo y castigo. El reforzador fue material y se otorgaba semanalmente únicamente si se cumplía la meta establecida. El castigo era efectivo en caso de no cumplir la meta establecida. Los resultados mostraron una disminución de la frecuencia de morderse las uñas conforme transcurría la intervención, que se mantuvo en frecuencia cero a partir de la semana cuatro del tratamiento y durante dos años de seguimiento, logrando el objetivo de eliminar la conducta de morderse las uñas durante un tiempo prolongado. Estos hallazgos sugieren la utilidad del manejo de estrategias conductuales en hábitos mantenidos por mucho tiempo y que en periodos relativamente cortos pueden producir una rápida disminución de la frecuencia llegando hasta su eliminación.

¹ Pasante de Lic. en Psicología por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

² Doctor en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México.
Contacto: scherz02112@yahoo.com

Palabras clave: Onicofagia, reforzador positivo, castigo, intervención conductual, hábitos centrados en el cuerpo.

Abstract

We conducted a behavioral intervention to 22 years of age woman in order to eliminate the behavior of biting the nails. The intervention lasted 98 days. Three phases were applied: baseline (28 days), treatment (35 days) and monitoring (1, 6, 12 18 and 24 months). We used weekly goals, positive reinforcement and punishment. The reinforcing material was given weekly and only if they meet the established target. The punishment was washing dishes accumulated during the day. The results showed a decrease in the frequency of nail-biting. At the end of the treatment she no longer biting nails, we follow her behavior during 2 years we achieved the goal of eliminating nail biting behavior. These findings suggest the usefulness of behavioral management strategies in long-held habits and in relatively short periods can produce a rapid decrease in the frequency up to their elimination.

Keywords: Onychophagia, positive reinforcement, punishment, behavioral intervention, body centered habits.

Introducción

Los comportamientos perjudiciales libres han sido de gran preocupación por las graves repercusiones que tiene en la vida de los individuos (Morren, Tesch y Axlrod, 1999) llegando a desarrollar en las personas hábitos parafuncionales (Cortese y Biondi, 2009). Así, el término “conductas repetitivas orientadas o centradas en el cuerpo” ha sido introducido para definir todas aquellas conductas que están dirigidas hacia el propio cuerpo, es decir, son todos aquellos comportamientos de una persona que a menudo se enfocan en remover partes de este: como pelo, morderse las uñas hasta el límite mínimo de su longitud y que son parte de un trastorno de control de impulsos (Jaramillo, 2007). Muchas de estas conductas no constituyen una patología, sino un hábito que se adquiere por su repetición frecuente convirtiéndose en involuntario cuando se arraiga, es así como se tienen hábitos de aseo negativos (Martínez, González y Correa, 2007) que son repetitivos y se vuelven estereotipados dejando daños negativos tanto físicos (daños a los tejidos) como sociales (vergüenza, estigma social) (Miltenderger, Wayne & Woods, 1998). Estas conductas constituyen un importante problema de salud por su alta prevalecia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor,

malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población (Limonta y Araujo, 2000).

La onicofagia proviene de dos palabras griegas: *onyx* y *phagein* que significan “uña” y “comer” respectivamente (Cano, Peniche y Arellano, 2001). Se trata de un impulso inevitable (Magaña, 2003), hábito morboso (Cepero, et al., 2007) de “morderse o roerse” con los dientes varias o todas las uñas de los dedos de las manos (Martínez et al., 2007) pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones: verrugas periungueales, padrastrós, infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral, alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión, astillamiento y malposición (Lizarbe, 2000). Es un hábito perjudicial que afecta gravemente y a medida que el niño crece debe desprenderse de la práctica de estos hábitos (Cepero, et al., 2007).

La onicofagia se caracteriza por dos formas distintas: onicofagia leve, descrita como forma cruda de “auto-aseo” (Wells, Haines, Williams & Brain, 1999) que, como hábito, puede ser un modo de acicalamiento en donde solo se controla la longitud del largo de las uñas (Martínez, et al., 2007) y la onicofagia grave, descrita como “auto-daño” y definida como mordida más allá del borde libre de la uña, por debajo del margen de los tejidos blandos (Wells, et al., 1999), con un patrón de daño importante como dolor, sangrado e infecciones, donde sus consecuencias son poco estéticas y saludables (Martínez, et al., 2007) lo que también se puede clasificar como una libre mutilación ya que se trata de un acto deliberado (Nock & Pristen, 2005). En casos extremos se ha llegado a observar personas que llegan a comerse las uñas (Dutau, Maldonado, Laroumagne & Astoul, 2011) causando irritación en el estómago trayendo consigo complicaciones de salud (Heaton & Mountford, 1992) lo más habitual es que pasen al tubo digestivo y se mezclen con las heces al final del trayecto o en su defecto, provoquen la proliferación de lombrices en el organismo, debido a las bacterias acumuladas en el resto ungüeo de la uña (Ferro, Naccif, Sotillo, Velásquez y Vélez, 2010). La salud bucal es parte integrante de la salud en general, por lo que un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad (Cepero, Hidalgo-Gato, Estrada y Pérez, 2007; Aguilar, Villaizá y Nieto, 2009). Estos factores pueden ser tanto indicadores de riesgo como causa de daño a la salud, por lo que es importante su identificación (Reyes, Rosales, Roselló y García, 2007; Peñón, Grau y Sarracent, 2011).

Si bien, la onicofagia no está incluida hasta hoy en una clasificación diagnóstica alguna (Cepero, et al., 2007) ya que no hay ninguna categoría para una serie de trastornos de hábitos prevalentes como morderse las

uñas, en el DSM IV-R, solo puede ser clasificado como un “trastorno de control de impulsos no especificados” (Ghanizadeh, 2008; Roncero, Rodríguez-Urrutia, Grau-López y Casas, 2009) incluyendo esta conducta como un hábito nervioso, que ocurren como consecuencia de un trastorno psicológico o de crisis en donde el síntoma más asociado con este comportamiento ha sido un elevado nivel de ansiedad (Wells, et al., 1999).

Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento (Lizarbe, 2000; Motohiro, Farinazzo, Yuriko, Pulido & Souza, 2008) y conflictos emocionales (Icart, Pulpón y Icart, 2006) pudiendo constituir una vía de escape para la ansiedad, como una forma de descarga motora de tensión interna para quien lo presenta (Castillo, Reyes, González y Machado, 2001). Algunas investigaciones han señalado que morderse las uñas puede ser incluso, presencia de algunos trastornos psiquiátricos como déficit de atención con hiperactividad, trastorno de oposición desafiante, ansiedad por separación, enuresis, tics, trastorno obsesivo compulsivo o algún trastorno mental (Ghanizadeh, 2008). Se asemeja a un trastorno del control de los impulsos porque presenta comportamientos automáticos, irresistibles y asociados con un incremento de la tensión antes de realizar el comportamiento con el alivio posterior a su realización (Roncero, Rodríguez-Urrutia, Grau-López y Casas, 2009).

Es un hábito muy común, no solo en edad pediátrica, ya que es posible encontrar algunos casos de adultos (Magaña, 2003). Encuestas señalan que la onicofagia afecta a un 20-40% de los preescolares mayores de 3 años, aumentando entre los 8 y los 12 años a unos 25-60%, para declinar desde la adolescencia llegando a afectar a solo un 10% de los mayores de 35 años (Martínez, et al., 2007) y, aun que es un hábito que aparece independientemente del sexo (Miltenberger, et al., 1998) en algunas investigaciones se observa que hay un predominio de este hábito en el sexo femenino (Cepero, et al., 2007) siendo estas las que parecen más preocupadas por el problema estético, por lo que buscan ayuda en mayor número que los hombres (Lizarbe, 2000). Aunque existen estudios sobre características de maloclusión y hábitos bucales parafuncionales en población mexicana o México-americana (San Esteban, Quiroz, Ortiz y García, 2010; Murrieta-Pruneda, Allendelagua, Pérez, Juárez-López, Linares, Felicitas, Zurita y Solleiro, 2011), existe poca investigación sobre la onicofagia, por lo que resulta importante estudiarla en nuestro contexto, provocando en las personas varios problemas que pueden afectar su salud.

A pesar de la prevalencia que presenta la onicofagia ha recibido relativamente poca atención y en la investigación sigue siendo un fenómeno poco conocido (Nock, et al., 2005). Ghanizadeh (2008) señala

que la mayoría de las personas han intentado dejarlo sin tener éxito pues se trata de un comportamiento difícil de tratar o modificar, probablemente subestimada debido a su carácter secreto y esto puede conducir a una falta de reconocimiento por los profesionales médicos.

Investigaciones señalan que son diversas las medidas terapéuticas que se pueden aplicar para eliminar estos hábitos como las técnicas quirúrgicas (eliminación de adenoides y amígdalas hipertróficas), el uso de aparatos removibles (placas acrílicas con rejilla y pantalla oral), la mioterapia pero que resultan muy caros y, en la actualidad, por el déficit de materiales para la confección de aparatos de ortodoncia hay que buscar alternativas que sustituyan éstos (Maya, 2000). Se reportan estudios donde se ha aplicado la digitopuntura y la sedación nocturna para eliminar los hábitos deformantes con resultados alentadores por ser un método práctico, fácil y sencillo, pero que implica un gasto económico para las personas (Sorhegui, Rigol, González y Martín, 1988).

Otra metodología para tratar este problema es la imaginación guiada, que ofrece formas prácticas de estudiar cambios psicofisiológicos que acompañan un patrón de comportamiento. Resultan eficaces pero el tratamiento va cambiando de acuerdo a la evolución de la conducta por el tiempo (Wells, et al., 1999). La persuasión o convencimiento racional, donde se convence a la persona a través de ejemplos de su comportamiento para hacer cambiar al individuo de conducta. Se les explica las consecuencias negativas que ocasiona la práctica de estos hábitos y se aconseja otras alternativas para sustituir la conducta con frases halagadoras acordes con su edad pero no siempre resulta efectivo pues no existe un estímulo mayor y no se propone ninguna técnica lo que hace que regresen a su conducta (Maya, 2000).

Con base a esta conducta, diversas investigaciones señalan que existen técnicas de modificación de conducta que son muy útiles para crear, mantener o incrementar conductas deseables, así como reducir o eliminar las indeseables (Ferro, 2005). Aun cuando existen muchos métodos, investigaciones señalan que las estrategias conductuales resultan ser más eficaces en la eliminación de este y otros hábitos que se refieren a conductas en las que se debe modificar su frecuencia de aparición (Vallejo, 2012).

Normalmente estos modelos conductuales, en ocasiones acompañados de estrategias cognitivas, resultan de los más eficaces debido a que ayudan a la autoeficacia a la persona que los utiliza, quien aprende a identificar las situaciones de riesgo de realizar el hábito y quienes ya cuentan con diferentes estrategias para no realizarlo. La inversión del hábito, es un procedimiento efectivo para la reducción de los diversos comportamientos

repetitivos tales como tics motores, jalar del cabello, hábitos orales, digitales (Thohig & Woods, 2001) y hábitos nerviosos en donde está incluido el morderse la uñas. Se trata de un conjunto de numerosos componentes de tratamiento individuales aplicados juntos para lograr la máxima reducción del problema. Su interés se dirige a evitar estos hábitos por los daños que provocan, sin embargo, se ha comprobado que solo provoca una disminución considerable de la conducta pero no su eliminación (Miltenberger, et al., 1998). También, para mantener o incrementar una conducta se utilizan reforzadores (positivo y negativo), por lo que esta técnica produce un incremento importante en la presencia de la conducta deseada y se aplica cuando se le da un premio durante el tratamiento; cuando tiene una conducta adecuada ante una actividad específica (Ferro, 2005). Dentro de las técnicas para reducir las conductas se encuentra el castigo, un procedimiento de supresión conductual que no utiliza la estimulación, se aplica cuando no podemos suspender la administración del reforzador que mantiene la conducta que se desea modificar (Bellack & Hersen, 1993). Se ha demostrado que estos elementos influyen en el proceso de motivación de las personas en el desarrollo de hábitos difíciles de romper (Balcells, Torres y Yahne, 2004).

Con estos antecedentes, el objetivo del presente artículo fue aplicar un programa de intervención conductual para eliminar la onicofagia en una persona adulta. Este es un segundo caso donde se usa el mismo procedimiento (el primero es de Cortés y Oropeza, 2011), pero donde se quería evaluar también el mantenimiento de los cambios. En la actualidad, resulta de importancia ya que su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y repercusiones en la salud general justifican plenamente su atención como problema de salud pública (Cepero, et al., 2007).

MÉTODO

Participante

Estudiante universitaria adulta de 22 años de edad, la cual pidió a la investigadora principal participar en una intervención conductual con el fin de eliminar su conducta. El problema es que ella se mordía las uñas varias veces al día lo que ocasionó una serie de problemas: que estuvieran demasiado pequeñas, a veces causando dolor por la misma causa. Le daba pena mostrarlas ya que su apariencia estética era desagradable.

Instrumentos

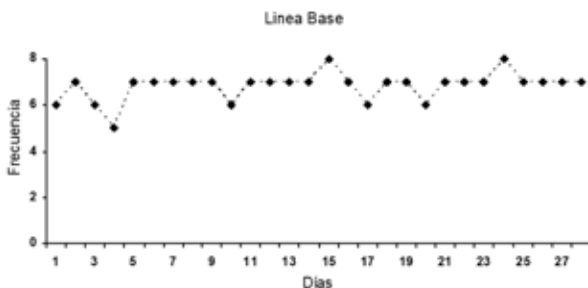
Se utilizó un Registro Diario de Incidencia de Morderse las Uñas (RDIMU, diseñado específicamente para esta investigación). El registro constaba de 7 columnas, en las que se tenía que indicar el día en que realizó la conducta, la hora, el lugar en donde se llevó a cabo, las personas con las que se encontraba, los pensamientos y las emociones previas a realizar la conducta así como la frecuencia con la que se realizó durante el día. El registro se usó durante las tres fases de la investigación.

Procedimiento

Este estudio se realizó debido a que la participante pidió ayuda para dejar el hábito de onicofagia. Por esto se aplicó una intervención conductual dirigida a eliminar la conducta de morderse las uñas. Antes de iniciar el tratamiento la participante firmó un consentimiento informado donde aceptaba participar y permitía utilizar los datos obtenidos con fines de investigación.

El estudio constó de tres fases: línea base (LB), intervención y seguimiento. Inició la primera fase del estudio que fue la LB donde ella tenía que registrar su conducta en el RDIMU. La LB duró 28 días. Durante esta primera fase también se eligió, entre el investigador y el usuario, el castigo y el reforzador que se implementaría durante el periodo de la intervención.

Al término de la LB inició la intervención conductual, la cual tuvo una duración de 35 días. Se plantearon 5 metas, una para cada semana que fue lo que duró el periodo de intervención. Las metas consistían en la disminución del número de veces en que la participante se mordía las uñas y conforme avanzaban las semanas esta frecuencia debía ir disminuyendo (ver tabla 1). La meta final fue ya no morderse las uñas.



En la fase de la intervención, se aplicaron tanto reforzadores como castigos. Se aplicaba un reforzador positivo cuando la participante lograba su meta semanal. El reforzador utilizado fue diferente para cada semana, pues se consideraron los intereses del participante. Consistía en dar un incentivo agradable para la participante. En este sentido, una amiga de la paciente le ofreció su ayuda en el proceso; así, cuando alcanzara el criterio señalado anteriormente para obtener el reforzador, tendrían una salida al lugar que eligiera la paciente y sería su amiga quien correría con los gastos como un incentivo al cambio de conducta que estaba realizando. La meta se alcanzaba cuando la participante lograba que al menos 5 días en la semana se cumpliera la meta señalada en la tabla 1. Se utilizó la técnica de economía de fichas que se otorgaban a la paciente diariamente si lograba esa meta

El castigo si no cumplían con la meta acordada consistió en realizar labores domésticas el día que no cumplía la meta. Este consistía en lavar en la noche los trastes acumulados durante el día. El castigo se hacía efectivo cuando la participante rebasaba el número de veces que había establecido para morderse las uñas de acuerdo a la meta semanal (ver tabla 1).

Al final de la intervención se realizó un seguimiento al mes de haberla dado de alta, después se realizó a los 6, 12, 18 y 24 meses, donde se continuó con el registro de las veces en que la participante mordía las uñas.

Resultados

Línea base.

Durante los 28 días que duro la LB se observaron las actividades que la participante realizaba al momento de llevar a cabo la conducta. Muchas de estas actividades (en su mayoría relacionadas con la escuela: exámenes, tareas, presentaciones) influían para que se mordiera las uñas. El número de veces que se las mordía en la semana fue constante, manteniendo un periodo de entre 5 y 11 veces al día (7 veces en promedio) (ver fig.1).

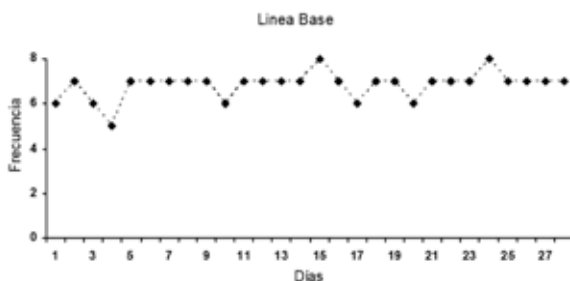


Fig. 1. Frecuencia de morderse las uñas durante la línea base.

Intervención.

Después de 29 días de LB dio inicio la intervención. Esta tuvo una duración total de 35 días consecutivos y con ella se comenzaron a aplicar reforzadores y castigos de acuerdo a las metas semanales. Se puede notar que en algunos de los días no se cumple con la meta por lo que se aplicó el castigo el día en que se realizó la conducta. La mayoría de los días se logra cumplir con el objetivo lo que hacía que fuera efectivo el reforzador semanal. La frecuencia se mantiene en cero a partir del día 25 de la intervención, la cual se mantuvo por el resto del tratamiento, cumpliendo con el objetivo de la investigación (ver fig.2).

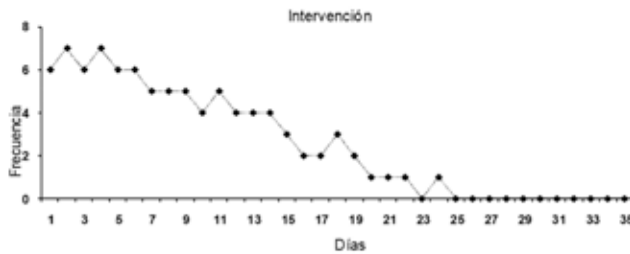


Fig. 2. Frecuencia de morderse las uñas durante la intervención.

Seguimiento.

Esta fase comienza en el día 32 después de finalizar la intervención. Este consistió en seguir con el registro de la incidencia en morderse las uñas durante un periodo de 31 días para corroborar la eficacia de las técnicas empleadas durante el tratamiento y así verificar si la incidencia era nula. Después de esto el seguimiento se realizó a los 6, 12, 18 y 24 meses. Durante este tiempo ya no se aplicaron reforzadores y castigos (ver fig. 3).

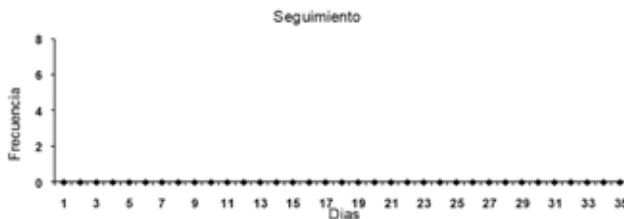


Fig. 3. Frecuencia de morderse las uñas durante el seguimiento.

Comparación entre LB e intervención.

En la Figura 5 se puede observar que la frecuencia de morderse las uñas era muy elevada. Al momento de comenzar la intervención, esta frecuencia disminuyó de manera considerable al paso de cada una de las semanas. En el día 25 de intervención logró la desaparición total de la conducta.



Fig. 4. Promedio de frecuencia por semana en morderse las uñas.

El número total en morderse la uñas fue de 212 veces durante las 4 semanas de línea base, lo que equivale a un promedio de 6.82. Durante la intervención la frecuencia fue de 114 veces, siendo igual al 3.25. Con esto podemos observar que la disminución fue considerable ya que fue un porcentaje importante lo que se logró reducir, llegando hasta una reducción total en la última semana de la intervención y manteniendo el cambio durante los dos años de seguimiento (ver fig. 5).

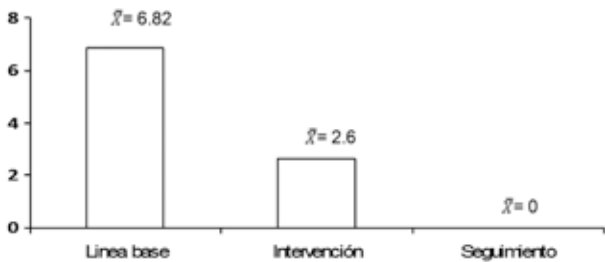


Fig. 5. Promedio de morderse las uñas durante todo el proceso.

Entrevista

Se realizó una entrevista final acerca de la intervención, a lo que la mujer refiere sentirse muy bien con los resultados que obtuvo pues después del tratamiento nunca ha vuelto a morderse las uñas. Antes había intentado con otros métodos pero no le habían funcionado. Menciona que se siente muy bien con ese cambio, ya que antes, al morderse las uñas varias veces al día lastimaba gravemente los dedos y a veces se provocaba sangrados que le causaban dolor. Antes le daba pena mostrar uñas y dedos, ya que por su apariencia siempre recibía comentarios desagradables que la hacían sentir incómoda.

Aunque en un principio no creyó que pudiera lograr el cambio de conducta, fue muy motivante para ella ver que durante la intervención y el seguimiento sus uñas iban creciendo y la incomodidad asociada con morderse las uñas desapareció. Se siente muy satisfecha pues nunca pensó que con el tratamiento lograría dejar esta conducta que por mucho tiempo fue parte de su vida cotidiana.

Discusión

Este estudio se realizó con el fin de eliminar definitivamente la conducta de morderse las uñas en una persona adulta de 22 años, quien presentaba una frecuencia de morderse las uñas 7 veces por día. Al utilizar la intervención conductual pudimos observar que es un método muy efectivo, ya que se obtuvieron los resultados deseados en un periodo de tiempo de 9 semanas llegando hasta un 100% la eliminación de la conducta que causaba daño en la persona desde hacía ya muchos años. Además, el cambio se ha mantenido por dos años desde que se dio de alta a la participante.

Antes de la intervención, la frecuencia de morderse las uñas era muy elevada llegando a morder hasta 59 veces las uñas en un lapso de una semana. Al comenzar la aplicación de la intervención, se pudo observar un cambio favorable pues durante estas cinco semanas se observó lo siguiente: la intervención tuvo una duración de 35 días de los cuales en 6 días no se cumplió con la meta ya que rebasó la meta, es decir, excedió el número de veces acordado para morderse las uñas. Los demás días mostraron una disminución en el número de veces en que se mordía las uñas, de acuerdo a la meta semanal. Al paso de cada una de las semanas la disminución fue muy notoria.

Durante los primeros siete días de la intervención el propósito fue no morderse las uñas más de 7 veces al día, ya que se estaba causando un daño físico considerable. Aun así, se pudo observar que había días en que no se

cumplía con la meta, por lo que se aplicó el castigo. En la segunda semana la meta fue morderse las uñas menos de 5 veces al día. Aun se presentaban días en que no cumplía con la meta. La meta para la tercera semana fue no morderse las uñas más de 3 veces al día, en donde, pudo observarse que aun que aun se presentaron casos en que se rebasa la meta acordada; sin embargo la mayoría de los días mostraron una disminución considerable. En la cuarta semana lo permitido era solo una vez por día. En esta semana si cumplió con la meta; incluso, se notó que en la mayoría de los días fue nula la incidencia. Para la quinta semana la meta fue no morderse ni una sola vez las uñas; todos los días cumplió la meta, ya que no hubo ni un solo caso en que se mordiera las uñas.

Con el registro hecho durante la LB, se pudo ir identificando las situaciones en las cuales la conducta de morderse las uñas era más frecuente, siendo estas relacionadas con la escuela: se mordía mas las uñas cuando tenía un examen, una exposición o algún trabajo que la persona consideraba difícil. A partir del RDIMU, se pudo determinar el promedio de la conducta, el lugar en que la realizaba (la mayoría de las veces fueron en su casa y en la escuela), las personas con quien se encontraba (sola o con sus compañeros), los pensamientos (reprobar, no hacer bien los trabajos, que se olvide de las cosas, etc.) y emociones (nervios, ansiedad, enojo, miedo, estrés) previas, los cuales anteriormente no eran considerados como relevantes por la persona. Por este motivo es importante señalar que es útil usar y mantener el RDIMU durante toda la intervención.

Al iniciar la intervención, la disminución de la conducta comenzó de manera gradual, desde la primera semana, alcanzando una frecuencia cero episodios de onicofagia constantes a partir del día 25 hasta el día 35. En el seguimiento, se pudo observar que durante los primeros 31 días ya no se repitió la conducta. Esta se mantuvo en cero en los meses posteriores hasta los 2 años de seguimiento. Utilizar un seguimiento después del tratamiento es muy importante ya que nos proporciona datos sobre la conducta y de esta manera se puede comprobar su eficacia (Pelios, et al., 1999).

Las estrategias conductuales aplicadas en esta investigación, en este caso, el reforzador positivo y el castigo, fueron muy efectivas en la reducción o eliminación de comportamientos no deseados (Lerman & Vorndran, 2002) logrando mantener un interés y motivación en la participante por tratar de obtener el reforzador positivo realizando el RDIMU diario con la finalidad de saber si lograba cumplir la meta establecida. Por otro lado el castigo, influyó para evitar la realización de la conducta, ya que esa labor doméstica en especial, era totalmente aversiva. Estas técnicas suelen ser útiles en el tratamiento de conductas problema (Pelios, et al., 1999) como lo fue en este caso la onicofagia.

El efecto de la intervención conductual en este estudio tuvo efectos favorables sobre el cambio que se deseaba para la eliminación de una conducta. Se encontraron resultados positivos en cuanto al objetivo de la investigación, que fue evitar morderse las uñas, un hábito que se había mantenido diariamente desde su niñez. El cambio conductual llegó a ser efectivo en un 100% ya que se eliminó de manera definitiva esta conducta. La participante quedó satisfecha con los resultados obtenidos, ya que por mucho tiempo había intentado previamente eliminar la conducta por diferentes métodos teniendo resultados inefectivos.

Finalmente, estos hallazgos sugieren la utilidad del manejo de estrategias conductuales en hábitos mantenidos por mucho tiempo y que en periodos relativamente cortos pueden producir una rápida disminución de la frecuencia llegando hasta su eliminación (Lerman, et al., 2002). Chambless y Ollendick (2001) señalan que los procedimientos y técnicas cognitivo-conductuales, son las intervenciones más útiles y efectivas para la mayoría de los problemas de salud mental tanto en adolescentes y niños como en adultos.

Un estado de salud satisfactorio es un elemento importante para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su pérdida también altera el funcionamiento cotidiano de quien enfrenta esta situación comprometiendo su calidad de vida (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez, 2005). La onicofagia es socialmente una conducta mal vista (mas en las personas adultas) causando además de lesiones físicas, daños sentimentales importantes a los cuales también se les debería de dar un espacio para la investigación (Pelios, et al., 1999).

Sería importante que en investigaciones posteriores se utilice una diversidad de estrategias conductuales, ya que en otras investigaciones han sido efectivas para la onicofagia (Cortés y Oropeza, 2011; Vallejo, 2011) y otro tipo de conductas como tricotilomanía (Vargas-Mendoza y Cruz, 2011), en adicciones (Balcels, et al., 2004) y trastornos mentales; incluso se ha llegado a comparar estas estrategias frente a otros tipos de tratamientos como el farmacológico, psicológico, combinado, placebo farmacológico y placebo psicológico (Fullana, Fernández, Bulbena y Toro, 2011).

Se sugiere llevar a cabo una investigación en la población Mexicana que pudiera darnos una estadística sobre la prevalencia del problema en la población ya que actualmente no existen datos que nos indiquen la problemática de esta conducta.

Es importante dar un seguimiento a largo plazo para comprobar la eficacia del programa y observar si realmente la conducta se eliminó. En

este caso, podemos observar que la persona no ha tenido episodios de onicofagia en 24 meses, después de que se dio de alta de la intervención. En la investigación de Cortés y Oropeza (2011) se hizo un seguimiento únicamente de cinco semanas, tiempo que no garantiza que el cambio de conducta permanezca. En cambio, en nuestra investigación, 24 meses es ya un tiempo considerable, aunque valdría la pena continuar monitoreando el mantenimiento del cambio. Identificar los eventos ambientales que mantienen el comportamiento problema es fundamental para el seguimiento de la conducta, ya que, la magnitud de este reforzador es transcendental para la funcionalidad del programa (Volkert, Lerman & Vorndran, 2005). De igual manera, el tratamiento con el castigo es muy eficaz ya que normalmente es aversivo a la persona que lo recibe, lo que crea una competencia con el reforzador. Es importante tomar en cuenta que en la eficacia de los tratamientos es primordial tomar en cuenta una variedad de factores (frecuencia, pensamientos, conducta, consecuencias) que dependerán de la población con la que se trabaje y serán de importancia para elegir las estrategias que se deberán utilizar (Lerman, et al., 2002). Se ha demostrado que los tratamientos más eficaces para las conductas de auto-lesión están basados en procedimientos que utilizan el reforzador y castigo, pero mejor aun, por una combinación de ambos (Pelios, et al., 1999).

Referencias

1. Aguilar, M., Villaizá, C. y Nieto, I. (2009). Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 12, 1-11.
2. Balcells, S., Torres, M. y Yahne, C. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*, 16, 227-236.
3. Bellack, A. & Hersen, M. (1993). *Manual práctico de evaluación de conducta*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
4. Cano, A., Peniche, J. y Arellano, I. (2001). *Lecciones de Dermatología*. México: EDAMSA.
5. Castillo, R., Reyes, A., González, M. y Machado, M. (2001). Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción temporomandibular. *Revista Cubana de Ortodoncia*, 16, 14-23.
6. Cepero, Z., Hidalgo-Gato, I., Duque de Estrada, J. y Pérez, J. (2007). Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Revista Cubana de Estomatología*, 44, 1-13.

7. Chambless, D. & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
8. Cortés, E. y Oropeza, R. (2011). Intervención conductual en un caso de onicofagia. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16, 103-113.
9. Cortese, S. y Biondi, A. (2009). Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107, 134-138.
10. Dutau, H., Maldonado, F., Laroumagne, S. & Astoul, P. (2011). A 'nail-biting' incident!. *Respiration*, 81, 437-438.
11. Ferro, M. (2005). Técnicas de modificación conductual aplicables en la clínica odontológica. *Acta Odontológica Venezolana*, 43, 1-6.
12. Ferro, M., Naccif, A., Sotillo, F., Velásquez, L. y Vélez, K. (2010). Aspectos psicológicos de la onicofagia en los estudiantes de 2do año de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia*, 33, 1-11.
13. Ghanizadeh, A. (2008). Association of nail biting and psychiatric disorders in children and their parents in a psychiatrically referred sample of children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2, 1-7.
14. Heaton, K. & Mountford, R. (1992). Nail-biting in the population and its relationship to irritable bowel syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 85, 457-458.
15. Icart, M., Pulpón, A. y Icart, M. (2006). Trastornos menores de salud en una muestra de estudiantes de la Universidad de Barcelona. *Educación Médica*, 9, 138-143.
16. Jaramillo, Y. (2007). Tricotilomanía, tricotofagia y el síndrome de rapunzel. *Acta Médica Costarricense*, 49, 3-5.
17. Lerman, D. & Vorndran, C. (2002). On the status of knowledge for using punishment: implications for treating behavior disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, 431-464.
18. Limonta, E. y Araujo, T. (2000). Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. *Revista Médica Cubana*, 4, 9-15.
19. Lizarbe, L. (2000). Onicofagia frente a estética dental. Presentación de un nuevo método para el tratamiento de la onicofagia. *Gaceta Dental Industria y Profesiones*, 105, 46-52.
20. Magaña, M. (2003). *Dermatología*. México: Medica panamericana.
21. Martínez, J., González, C. y Correa, E. (2004). Conductas repetitivas centradas en el cuerpo. *APAL*, 40-44.
22. Maya, B. (2000). Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. *Revista Cubana de Ortodoncia*, 15, 66-70.

23. Miltenberger, R., Wayne, R. & Woods, D. (1998). Applying behavior analysis to clinical problems: review and analysis of habit reversal. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 447-469.
24. Motohiro, O., Farinazzo, R., Yuriko, G., Pulido, A. & Souza, E. (2008). Nailbiting, or onychophagia: a special habit. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 134, 305-308.
25. Murrieta-Pruneda, J., Allendelagua, R., Pérez, L., Juárez-López, L., Linares, C., Felicitas, A., Zurita, V. y Solleiro, M. (2011). Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 68, 26-33.
26. Nock, M. & Prinstein, M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890.
27. Nock, M. & Prinstein, M. (2005). Contextual features and behavioral of abnormal psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 114, 140-146.
28. Pelios, L., Morren, J., Tesch, D. & Axelrod, S. (1999). The impact of functional analysis methodology on treatment choice for self-injurious and aggressive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 32, 185-195.
29. Peñón, P., Grau, I. y Sarracent, H. (2011). Síndrome de disfunción temporomandibular y factores asociados. Hospital Miguel Enríquez 2009-2010. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10, 448-457.
30. Reyes, D., Rosales, K., Roselló, O. y García, D. (2007). Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. *Acta Odontológica Venezolana*, 45, 1-14.
31. Riveros, A., Cortázar-Palapa, J., Alcázar, F. y Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Children and Health Psychology*, 5, 445-462.
32. Roncero, C., Rodríguez-Urrutia, A., Grau-López, L. y Casas, M. (2009). Trastornos del control de impulsos y tratamiento con antiepilépticos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 205-212.
33. San Esteban, J., Quiroz, J., Ortiz, F. y García, S. (2011). Estudio piloto: medidas mandibulares en población infantil mexicana de 8 años de edad, residente en la ciudad de México. *Revista Odontológica Mexicana*, 14, 78-84.
34. Sorhegui, A., Rigol, A., González, M. y Martín, L. (1988). Digitopuntura y sedación nocturna: una opción en el tratamiento de hábitos deformantes. *Revista Cubana de Ortodoncia*, 13, 107-111.
35. Twohig, M. & Woods, D. (2001). Evaluating the duration of the competing response in habit reversal: a parametric analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 517-520.

36. Vallejo, Y. (2012). *Eliminación de la onicofagia en universitarios a través de una intervención cognitivo conductual*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UMSNH.
37. Vargas-Mendoza, J. y Cruz, X. (2011). Comunicación breve: un caso de tricotilomanía tratado con terapia cognitivo-conductual. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 5, 57-62.
38. Volkert, V., Lerman, D. & Vorndran, C. (2005). The effects of reinforcement magnitude on functional analysis outcomes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 38, 147-162.
39. Wells, H., Haines, J., Williams, L. & Brain, L. (1999). The self-mutilate nature of severe onychophagia: a comparison with self-cutting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 40-47.
40. Wester, K. & Trepal, H. (2007). Self-injurious behavior: understanding and working with clients who self-injure. *American Counseling Association*, 67, 309-311.

Recibido: 24 de noviembre de 2011

Reenviado a corrección: 8 de febrero de 2012

Aceptado: 5 de noviembre de 2012