



UNIVERSIDAD ALHER ARAGON
INCORPORADA A LA UNAM

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA
CLAVE DE INCORPORACION 895225

“LA ANSIEDAD COMO FACTOR DESENCADENANTE
DE LA ONICOFAGIA INFANTIL PARA LA PROPUESTA DE
UN PROGRAMA DE INTERVENCION DESDE EL ENFOQUE
COGNITIVO CONDUCTUAL “

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

JOSELYN CARBAJAL MORENO

ASESOR

Lic. Mauricio Ismael Campos Cano

NEZAHUALCÓYOTL, MÉXICO, JUNIO DEL 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de frustración y por llenarme la vida de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mi madre Guadalupe por tu apoyo que me has dado y eres la persona que siempre me ha levantado los ánimos tanto en los momentos difíciles de mi vida estudiantil como personal. Gracias por tu paciencia y esas palabras sabias que siempre tienes para mis enojos, mis tristezas, mis momentos felices y ayudarme a cumplir mis sueños, ser mi guía y por creer en mí, te quiero mucho.

A mi Padre Roberto, gracias por tu apoyo, la orientación que me has dado, por iluminar mi camino y darme la pauta para poder realizarme en mis estudios y mi vida. Agradezco todo el esfuerzo que has hecho por darme cada día lo mejor y será recompensado en su momento y agradezco a la vida por darme un padre ejemplar, te quiero mucho.

Evelyn, soy afortunada de tener una hermana como tú, agradezco que siempre has estado conmigo en todo momento, y me has apoyado, te quiero mucho.

A mi sobrino Matías, que cambió radicalmente mi vida, que me ha enseñado que una sonrisa haga que mejore mis días, te quiero mucho.

A mis amigos por confiar y creer en mí, por su apoyo incondicional y en todo momento motivarme.

Gracias a mi asesor de tesis Mauricio Ismael Campos Cano, por ser mi guía en este proceso y la orientación que me ha dado para llevar a cabo en la terminación de tesis, por sus consejos, y aprendizajes que han enriquecido mis conocimientos en lo profesional, por el compromiso y la responsabilidad que reforzó cada día en mí.

| | |
|---|----|
| Índice: | |
| Resumen..... | 1 |
| Abstract..... | 1 |
| Introducción..... | 2 |
| Planteamiento del problema | 5 |
| Preguntas de investigación | 6 |
| Objetivos de investigación | 6 |
| Objetivo general..... | 6 |
| Objetivo específico..... | 6 |
| Justificación | 7 |
| Capítulo 1. Definición de Onicofagia, Clasificación y Teorías | 8 |
| 1.1 Definición etimológica | 9 |
| 1.2 Descripción de la Onicofagia | 9 |
| 1.3 Clasificación | 12 |
| 1.3.1 Leve | 12 |
| 1.3.2 Severa | 12 |
| 1.4 Gestos delatadores | 13 |
| 1.5 Formas de las uñas y personalidad | 14 |
| 1.6 Modelos de la etiología de la Onicofagia | 16 |
| 1.6.1 Psicodinámico | 16 |
| 1.6.2 Aprendizaje | 17 |
| 1.7 Causas de la Onicofagia..... | 18 |

| | |
|--|----|
| Capítulo 2. Concepto de Ansiedad. Teoría, Manifestaciones y Fundamento..... | 20 |
| 2.1 Definición etimológica | 21 |
| 2.2 Teoría Tridimensional de la Ansiedad | 22 |
| 2.3 Manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales de la ansiedad | 23 |
| 2.4 Manifestaciones Sintomatológicos de la Ansiedad | 24 |
| 2.5 Fundamento fisiológico de la Ansiedad | 25 |
| 2.6 Utilidad del Modelo Cognitivo en la Ansiedad | 27 |
| Capítulo 3. Definición de infancia, Crecimiento emocional, Conducta | 31 |
| 3.1 Concepto de infancia | 32 |
| 3.2 Crecimiento emocional | 33 |
| 3.3 Conducta prosocial | 34 |
| 3.4 El niño en la familia | 35 |
| 3.5 Temas de crianza infantil: correulación y disciplina | 36 |
| 3.6 Los aspectos fundamentales de la personalidad | 37 |
| Capítulo 4. Enfoque Cognitivo Conductual | 40 |
| 4.1 Técnicas de Modificación de Conducta | 42 |
| 4.1.1 Técnica de Afrontamiento | 43 |
| 4.1.2 Técnica de la Triple Columna | 44 |
| 4.1.3 Técnica de Autoobservación y Autoregistro | 45 |
| 4.1.4 Técnica de Reestructuración cognitiva | 46 |
| 4.1.5 Técnica de maestría y agrado | 47 |

| | |
|---|-----|
| Capítulo 5. Psicoterapia en grupos | 48 |
| 5.1 Breve reseña de la historia de la psicoterapia de grupo | 49 |
| 5.2 Definición de grupo terapéutico | 50 |
| 5.3 Descripción de grupo terapéutico | 51 |
| 5.4 Características del grupo | 54 |
| Capítulo 6. Teorías y técnicas de la terapia racional emotiva | 61 |
| 6.1 Conceptos básicos en la terapia racional emotiva | 63 |
| 6.1.1 Imagen humana | 63 |
| 6.1.2 Importancia de los valores | 64 |
| 6.1.3 Creencia racionales e irracionales | 64 |
| 6.1.4 Comportamiento racional e irracional | 66 |
| 6.1.5 Oraciones no expresadas | 66 |
| 6.1.6 Teoría a-b-c de la TRE | 67 |
| 6.1.7 Teoría de cambio terapéutico | 67 |
| Capítulo 7. Investigaciones relacionadas | 69 |
| Capítulo 8. Propuesta de intervención | 74 |
| Capítulo 9. Metodología | 77 |
| Conclusiones | 97 |
| Discusión | 97 |
| Referencias | 100 |
| Anexos | 111 |

Resumen

La ansiedad y onicofagia son temas que hoy día aquejan a los niños de la sociedad. Debido a que la vida diaria es muy agitada y aunando a esto las preocupaciones, nervios y todo tipo de perturbaciones que sufre el niño en el impase de esta etapa.

La onicofagia viene del griego onix phagein que significa roerse las uñas y la ansiedad es la anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de pensamientos irracionales y tensión.

Esta investigación pretende determinar que el factor desencadenante es el aspecto psicológico que detona es la ansiedad y su relación con el daño hacia las uñas en los niños, para lo que se realizará una propuesta de intervención desde el enfoque cognitivo conductual para el abordaje de la onicofagia infantil.

Palabras clave: Onicofagia, Ansiedad.

Abstrac:

Anxiety and onychophagia are issues that today afflict children in society.

Because daily life is very hectic and bringing together the worries, nerves and all kinds of disturbances that the child suffers in the impasse of this stage.

Onychophagia comes from the Greek onix phagein which means to gnaw one's nails and anxiety is the anticipation of a future harm or misfortune, accompanied by irrational thought and tension.

This research aims to determine that the triggering factor is the psychological aspect that triggers anxiety and its relationship with the damage to the nails in children, for which a proposal of intervention from the cognitive behavioral approach for the approach of onychophagia was made childish.

Keywords: Onychophagia, Anxiety.

Introducción:

Cuando existe una sobrecarga en la vida diaria, tal como el trabajo, fatiga, esfuerzo físico, preocupaciones entre otros; según la interpretación y magnitud que proporcione los sentidos y mente puede crear en diferentes grados: estrés, insomnio, nerviosismo o taquicardia entre otras alteraciones. El significado que se le asigna a los eventos de la vida, es como se determina el grado de las perturbaciones que pueden aquejar y repercuten en la salud.

La vida del ser humano equivale a tener problemas emocionales, algunas veces estos se pueden manejar personalmente, o con la ayuda de la familia, pero cuando estos problemas se agravan es necesario acudir a un profesional de la materia ya que se presentan situaciones tales como angustia, sufrimiento, estrés y sobre todo la ansiedad que manejan los adolescentes, los cuales son los factores que conllevan al individuo en ocasiones a la onicofagia.

Los sujetos en cuestión se muerden las uñas como un hábito compulsivo, al respecto menciona Burns (2006) que las señoritas ante este problema, en comparación con los varones tratan de evadir o aminorar esta situación con soluciones colaterales y no directas. Asimismo, menciona que la onicofagia es una problemática constante que se presenta en los infantes y que incluye la ansiedad, se tipifica como el hábito de roerse las uñas, al materializar un nivel de ansiedad, que es clasificado como autoagresión, inestabilidad y desesperación ante factores externos tales como temor, problemas académicos, familiares, etc.

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.

Se debe aclarar que los síntomas mencionados no deben ser pasados por alto, porque cada persona de forma consciente o inconsciente proyecta fases del comportamiento que incluyen necesidades de conducta o pensamiento.

Por otra parte, el mismo autor menciona que la ansiedad por lo regular se da en la población estudiantil, asociada con dificultades en el funcionamiento social y académico, etc. Son varios los factores de riesgo que pueden estar en intervención en el origen y desarrollo de un trastorno de ansiedad en una persona, entre ellas se encuentran los siguientes: Apego, ansioso-resistente, temperamento inhibido, exposición a eventos traumáticos, negativos y estresantes, presencia de trastornos de ansiedad de los padres y manifestación por parte de estos de determinadas pautas educativas.

Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, la cual provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto el plano físico, como a lo psicológico y conductual.

De esta manera en el capítulo uno se explicará acerca de la onicofagia y su significado, a su vez las causas que lo provocan, ya que es importante saber del porqué de presentación de la situación ya que son pocos modelos que abordan la etiología de la onicofagia.

Continuando con el capítulo dos se hace mención acerca de la ansiedad como factor detonante en la presente investigación, donde se describen las diferentes manifestaciones que hacen reacción al organismo del individuo que genera la ansiedad, así como también las manifestaciones sintomatológicas.

Posteriormente en el capítulo tres se habla acerca de la infancia, el crecimiento y temas de crianza entre otros, pues, son hacen relevantes factibles y necesarios para esta investigación.

También en el capítulo cuatro se menciona el enfoque cognitivo conductual en cual se basa esta investigación para la propuesta de intervención, así como; sus distintas técnicas a utilizar.

En el capitulado cinco se habla acerca de la psicoterapia de grupos, el significado del mismo y los distintos autores que hablan acerca del tema y su forma de integración.

En el siguiente capítulo, se describe la teoría y técnicas de la terapia racional emotiva mencionado por el autor Ellis donde se maneja la parte de grupos en la cual, se basa la intervención.

Por último, en el capítulo siete, se desarrolla la propuesta de intervención donde se describen y plasman las sesiones a realizar junto con las técnicas que se utilizarán dentro del marco de la onicofagia.

Planteamiento de problema

La ansiedad es un problema que hoy en día aqueja a la sociedad, principalmente a los infantes, ya que estos en su mayoría son estudiantes y de alguna manera existe presión de parte de los catedráticos para la entrega inmediata y de las tareas, y de unida las cuales provocan un estado de nervios, una especie de fatiga, palpitaciones más fuertes, preocupación.

Es entonces cuando el infante busca diversos mecanismos de defensa tales como el roerse las uñas, y es necesario darles un acompañamiento inmediato en los diferentes ámbitos de acuerdo a sus necesidades relacionadas a la psicología.

El problema enfocado en este estudio específicamente es la Onicofagia, en la que el infante expresa conflictos internos, los cuales se pronuncian en el desarrollo de la conducta atípica. Es una problemática que en ciertos momentos es tratada de canalizar de otras formas. Esta afección no solamente es psicológica, porque al carecer de una parte mínima del cuerpo, éste es afectado de innumerables factores ya sea de seguridad o de salud.

La onicofagia en casos agudos puede dañar la matriz de la uña, se puede complicar con verrugas periungüales, padrastrós, infecciones bacterianas víricas en labios y mucosa oral, así como, alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión, astillamiento y mal posición. En cuanto al tratamiento es esencial que el sujeto acepte y abandone el problema.

La génesis de la mordedura de la uña asume que la mayoría de los afectados presentan consecuencias de un comportamiento que no se extinguió a los dos o tres años cuando el niño se chupaba el dedo. Autores consideran que la onicofagia, a diferencia de la succión del dedo pulgar, puede ser indicadora de un gran conflicto emocional médico. Hay un aumento constante de la mordedura de las uñas hasta los doce años. Una minoría de personas se queja por este hábito a lo largo de la vida.

La incidencia de la onicofagia es excepcionalmente en la población infantil. Hay igualdad respecto al sexo; aunque las mujeres parecen más preocupadas por el problema estético por lo que buscan ayuda en mayor número que los hombres.

Preguntas de investigación

La presente investigación pretende responder y a su vez aportar información de acuerdo a la onicofagia:

- ¿Cuál es la relación entre la Ansiedad y la Onicofagia?
- ¿Qué factores detonan la onicofagia?
- ¿La familia influye para que detone la ansiedad y onicofagia?

Objetivos de investigación

Objetivo general

- Analizar las conductas y pensamientos que detona la ansiedad y onicofagia en infantes.

Objetivos específicos

- Identificar algún malestar ansiógeno como desencadenante de la onicofagia en la infancia.
- Conocer la principal causa que genera la onicofagia infantil
- Analizar si el entorno familiar es un factor determinante de onicofagia infantil.

Justificación:

La onicofagia, problemática caracterizada por el comportamiento de morderse las uñas no es considerada patológica; sino que solo se le toma como un hábito; sin embargo, cuando la conducta se vuelve persistente, se vuelve un problema de salud pues, no solo se refleja como un comportamiento socialmente inaceptable, sino que, sus implicaciones van más allá produciendo problemas médicos y dentales bastante serios.

Por lo que, realizar un marco de referencia acerca de la onicofagia es de suma importancia pues, con ello se pretende lograr la difusión sobre la problemática logrando identificar los elementos que provocan dichos comportamientos generados específicamente por pensamientos irracionales en los infantes. Dentro de la presente investigación y de la psicología en su campo de acción clínico, nos encaminamos a la instancia de realizar una propuesta de intervención en cuanto a lo que se refiere al comportamiento atípico en cuestión.

Dicha propuesta está sustentada desde la postura del marco teórico metodológico de la Terapia Cognitivo Conductual dado que se caracteriza por una evaluación detallada de las respuestas problemáticas y de las situaciones ambientales que suscitan y mantienen el desarrollo de estrategias que produzcan cambios en el entorno y, por tanto, en la conducta del organismo, y la evaluación continuada de la eficacia de la intervención.

Capítulo 1

Onicofagia.

1.1 Definición etimológica

Actualmente se está derivando la problemática en la sociedad sobre la onicofagia término que se refiere a la acción de morderse las uñas hasta terminar lastimándose los dedos una vez que se hayan desgastado éstas; esto propicia también que haya un desgaste dental y puede ser que se detone alguna infección en la boca. Se trata de un vicio o un hábito compulsivo por comerse o morderse las uñas cuyo origen se presenta generalmente en edades tempranas como la infancia y la adolescencia.

La conducta de morderse las uñas no es considerada patológica; sino que solo se le toma como un hábito; es decir, como una conducta reiterada, egosintónica y con un propósito determinado que está bajo el control de la voluntad (Martínez, González y Correa, 2004). Sin embargo, cuando la conducta se torna persistente, viciosa y la persona es incapaz de evitarla pese a la voluntad de hacerlo, con el consecuente y significativo deterioro funcional y social entonces se vuelve patológica. Por lo que, adquiere el término de onicofagia cuyo significado de la palabra lo encontramos en raíces griegas: onyx (“uña”) y phagein (“comer”) (Cano, Peniche y Arellano, 2001). En la onicofagia, son varias o todas las uñas de los dedos de las manos las que se muerde la persona, y es común que exista asimismo el mordisqueo de las cutículas, lo que provoca la formación de los padrastrós (Magaña, 2003).

1.2 Descripción de la onicofagia

Según García (2014), concluyó que la onicofagia es el mordisqueo de uñas, hábito patológico que se presenta en la infancia tanto en hombres como en mujeres, y puede extenderse hasta la edad juvenil o incluso adulta, influyendo negativamente en el aspecto estético, bucal, dental y de manos. En algunas ocasiones puede ser debida a alguna alteración neuropática. Suele considerarse como hábito del desarrollo y puede ser una reacción automática frente al estrés, frustración, fatiga, ansiedad o aburrimiento.

Según Wells, Haines y Williams (1998) (Cortés E. y Oropeza. R. 2011) “este hábito es socialmente inaceptable ya que produce desagrado en quienes entran en contacto con la persona que se muerde las uñas; además, tiene implicaciones que van más allá de su falta de atractivo, pues produce problemas médicos y dentales bastante serios”

(p.104). De igual manera, este hábito incorrecto y deformante trae como consecuencia alteraciones en la oclusión si se mantiene por largos periodos de tiempo y puede producir problemas en el desarrollo físico y emocional del niño (Reyes et al., 2007)

En la forma más aguda puede dañar el lecho ungueal y la matriz (raíz) de las uñas, también puede complicarse con verrugas periungüeales, padrastrós e infecciones bacterianas. Meneghello (2000), considera que la onicofagia, a diferencia de la succión del pulgar, puede indicar algún conflicto emocional que debe alertar al médico.

Aunque al morderse las uñas, la persona está asociada con la ansiedad, con el nerviosismo y un trastorno obsesivo compulsivo, según lo expone Bourne(2012), el hábito de morderse las uñas podría considerarse como trastorno obsesivo compulsivo, según los psiquiatras, ellos describen que las uñas irregulares son el mal que aqueja a muchas personas que no saben cómo reprimir la ansiedad, el nerviosismo o dificultad con situaciones apremiantes. Este hábito poco ortodoxo es conocido como onicofagia y no existe consenso respecto al número de personas en el mundo que se ven afectadas por la acción de sus dientes sobre las uñas.

Asimismo, comerse las uñas es una enfermedad de carácter psicológico y algunas personas incluso pueden provocarse graves heridas y sufrir infecciones, tal como describe Gómez (2010), "la onicofagia es una enfermedad de carácter psicológico que necesita ayuda especializada. Se trata del hábito o la manía de comerse las uñas, la cual es incontrolable. Este mal hábito suele presentarse con mayor frecuencia en la pubertad y en muchos casos perdura hasta la edad adulta, siendo más común en el sexo masculino que en el femenino" (p.75). La persona que padece onicofagia puede llegar al extremo de retirar su uña hasta dejar la piel al descubierto.

Los especialistas explican que se trata de una manera de rebajar la ansiedad, la Psicóloga Porres A. (2001), explica que quienes se muerden las uñas suelen hacerlo ya que se les hace placentero y reducirá la carga ansiosa. Así, desvían el desasosiego hacia esta práctica que por momentos se convierte en relajante, en una distracción fácil. Por otra parte, la experta recuerda que para los teóricos del psicoanálisis freudiano no es más que la manifestación de la ansiedad de castración. Y así, se debe mencionar factores internos como necesidad de auto-flagelación o auto-castigo por

sentirse insatisfecho con quien se es en lo profesional o persona, entre otras (Porres A. (2001).

Señala Salgado (2012), que morderse las uñas puede transportar gérmenes que se ocultan bajo las uñas o la boca o viceversa, en donde ocasionan infecciones gastrointestinales, hongos, y lesiones, lleva a la dilatación del dedo y en casos extremos pus. Añaden que las personas que presentan este padecimiento pueden llegar a comer no sólo la uña sino también la cutícula y la piel de alrededor, provocándose graves heridas por donde puede sufrir infecciones oportunistas microbicas y virales.

La onicofagia puede estar catalogada como un tic que debe ser tratado por un profesional en la materia, en este caso un psicólogo. Puede que se inicie en la adolescencia por un problema de ansiedad, tal como lo propone Amador, M (2004) "la onicofagia es un tic que, según la posibilidad de frenar y su intensidad, puede tener un componente patológico que se debe tratar. Hay quienes, desde muy jóvenes comienzan con este hábito de comerse las uñas, y no han logrado parar más" (p.90). Se sabe que lo más frecuente es que empiece en la adolescencia un problema de ansiedad, de preocupación por el estudio y por decisiones que debe tomar sin tener la suficiente madurez. Según Ajuriaguerra (2001), la proporción de niños en edad escolar que se muerde las uñas oscila entre 10 y 30%, siendo igual la proporción masculina que la femenina, y alcanza su cumbre entre los 11 y los 13 años.

Muestran que, según algunas encuestas, cerca de 45% de los niños púberes, alrededor de 25% de los estudiantes universitarios y un aproximado de 10% de los adultos mayores de 35 años se muerden las uñas de manera compulsiva. Es habitual que se prolongue esta conducta hasta que la persona llega a la adolescencia o a la vida adulta (Azrin y Nunn 1977). En México no hay datos de su incidencia, y sería importante obtenerlos debido a que es un hábito que produce una gran variedad de problemas de salud, que pueden evitarse o resolverse.

Hadley (1984) señala que algunas teorías proponen explicar el origen y mantenimiento de la onicofagia, siendo la más común la que indica que este hábito es evocado por periodos de ansiedad o tensión (...)

Woods et al. (2001). A su vez, refiere que la onicofagia es una vía para descargar la ansiedad. Por otro lado, la teoría conocida como restricción del medio ambiente sugiere que, bajo condiciones de poca o nula actividad física, ocurre frecuentemente un incremento en los hábitos repetitivos, en la onicofagia. Galimberti (2006).

Se debe aclarar que lo mencionado a la onicofagia no se debe ser pasado por alto y por lo cual se debe conocer su clasificación para ser fácil la detección.

1.3 Clasificación

1.3.1 Leve

La onicofagia leve ha sido definida como la introducción del dedo en la boca en la cual existe un contacto entre el dedo y la uña con uno o más dientes, aunque esta descripción se puede comparar como una forma de autocomerse, esta actividad solo limita el crecimiento de las uñas el cual ésta controlado por el corte que producen los dientes en ellas.

En lo cual puede ser hasta cierto punto aceptable socialmente pues generalmente es vista únicamente como un hábito bucal de origen nervioso, más que un producto de desorden psicológico. (Wells J, 1999)

1.3.2 Severa

La onicofagia severa es comparada con la automutilación y en ocasiones se identifica como parte de ella. Es también comparada como una conducta de inadaptación que implica un daño psicológico, como lo es la tricotilomania (impulso incontrolable a arrancarse el cabello uno mismo) que son considerados actitudes automutilantes.

La forma severa es la mordedura de uñas que va más allá del borde libre y del margen de tejido suave que se encuentra por debajo de la uña; el daño que se produce con este tipo de laceración, favorece la manifestación de infecciones y sangrados que representan un inmenso daño.

Además, la onicofagia severa no es vista de una forma agradable socialmente debido a las consecuencias desagradables y de autolesión que son provocadas por su práctica.

Por lo anterior, se puede pensar que la presencia de una alteración psicológica podrá contribuir para hacer una distinción entre ambas clases de onicofagia, aunando a que la literatura menciona que; cuando la onicofagia cede ante tratamientos simples como la persuasión, estímulos desagradables (barnices de uñas), se considera como leve; cuando no cede ante estos tratamientos se considera severa (Wells J,1999).

1.4 Gestos delatadores

La mayoría de las personas son detectadas fácilmente a partir de los gestos delatadores que están relacionados con lo que sucede en el preciso instante, dicho de otro modo, se trata de gestos delatadores acotados por el tiempo; los que revelan rasgos permanentes de la gente y los que muestran un estado pasajero en la onicofagia; aludiendo a Collet (2008) este explica que los gestos delatadores son analógicamente como cuando alguien da golpecitos con el pie pues se asume, con razón, que siente impaciencia en ese momento, no de hace dos horas o impaciencia en el futuro .

Es decir, cuando una persona que está constantemente nerviosa se muerde las uñas exhibe un rasgo permanente de personalidad, en cambio, cuando una persona se halla inmersa en una situación puntual, que le desborda, se muerde las uñas, la acción no indica un estado permanente sino el estado anímico en esos instantes. En cada uno de los casos antes citados, la acción de morderse las uñas revela aquello que la persona siente en ese momento dado, aunque para el primer individuo se trate de una experiencia permanente y para el segundo una experiencia temporal (Gómez, 2010).

Por lo tanto, las manos poseen un significado reconocido universalmente, los humanos intentan aclarar, enfatizar o ilustrar un discurso. Si lo hacen con el estilo propio y característico de cada uno, así también expresan emociones; por ejemplo, según este autor unas manos blandas expresan poco carácter; o bien, unas manos fuertes que casi duelen cuando estrechan con otras manos, indican dominio y agresividad.

Desde el mismo tenor continúa diciendo el autor que hay personas que se muerden las uñas y a su vez que se frotan las manos nerviosamente o que las mantienen cogidas en actitud de tensión o expectativa; apoyan las manos sobre el pecho o el corazón para expresar afecto. Si se pone un dedo vertical sobre los labios todos saben que es una señal de silencio (Méndez, 2002).

1.5 Formas de las uñas y personalidad

Es por ello que los gestos delatadores son los que detonan la conducta a realizar, y a su vez tiene que ver mucho la forma de las uñas con la personalidad de cada sujeto ya que dan a denotar distintas conductas y comportamientos.

Dicho de paso Reid, L (2011), menciona “que las uñas pueden tener varias formas fácilmente identificables; en las principales categorías se encuentran cuadrada, ancha, en abanico, avellanada y estrecha”.

Así, las uñas cuadradas revelan un temperamento estable y una naturaleza generalmente bien equilibrada. Cuanto mayor tamaño tenga la uña, más tolerante de trato fácil y mente abierta será la personalidad.

Cuando la forma cuadrada es comparativamente pequeña puede indicar una mentalidad crítica y exigente. Las personas con uñas cuadradas pequeñas a menudo tienen una visión cínica de la vida. Ya sean las uñas grandes o pequeñas, las personas que tienen uñas cuadradas tienen una gran memoria y nunca olvidan un desaire. Desde el punto de vista de salud la hipocondría se asocia con esa forma de la uña ancha. No hay que confundir una uña comida con una ancha y para estar absolutamente seguros de que se trata de una uña ancha, hay que poder ver el extremo blanco. Una uña ancha verdadera tendrá una base recta y lados paralelos; pero será mucha más ancha que larga. Cuando se da este tipo de uña suele ser en los pulgares.

Sus dueños con frecuencia poseen fuertes temperamentos: tal vez enfadan lentamente pero cuando lo hacen explotan como volcanes. El lado positivo en estas explosiones es que al menos limpian el aire y una vez que su furia se ha aplacado, no guardan rencores ni hacen recriminaciones duraderas. Dada la tendencia a las

violentas erupciones momentáneas de furia no es sorprendente que la uña ancha se vincule con una predisposición a los ataques fulminantes.

La uña en abanico se conoce como uña en forma de concha, dado que su forma triangular recuerda a una venera. Se encuentra en personas sensibles propensas a las tensiones nerviosas, curiosamente, las uñas a veces pueden adoptar esta forma cuando sus dueños están pasando largos períodos de tensión: si esto ocurre, es una advertencia de que el sistema nervioso tiene problemas.

A su vez, las uñas avellanadas tienen la base redondeada de presencia agradable y recuerda a una avellana, de allí su nombre. Las personas con uñas de este tipo tienden a ser soñadoras de naturaleza plácida, aunque cuando están molestas, pueden mostrar enfurruñadas durante mucho tiempo.

También las uñas estrechas tienen una base redondeada y son largas y frágiles, están rodeadas visiblemente por el dedo. Pueden ser señal de una naturaleza fría y egoísta. Físicamente tienden a demostrar que la salud de su dueño no es muy robusta. Estas personas parecen poseer mucha energía nerviosa y pueden ser hipersensibles. (Reíd, 2011).

Por lo tanto, los distintos tipos y formas de uñas están hechas de queratina, una proteína que el cuerpo produce constantemente y que se transforma en una película dura y córnea para proteger las delicadas puntas de los dedos. Una uña tarda seis meses en promedio, en crecer desde la cutícula hasta la punta. Esto se conoce como la parte viva de la uña, opuesta al extremo blanco formado por células muertas que, por consiguiente, no duele cuando lo cortamos o limamos (Reíd, 2011).

Curiosamente, el ritmo de crecimiento puede variar. Las uñas crecen más rápidamente en tiempo caluroso que frío, más rápido en la mano derecha que en la izquierda (esto en las personas diestras, pero al revés en los zurdos) y más rápido en las manos que en los pies. El ritmo de crecimiento puede variar de acuerdo a la salud.

Debido a que la uña está en constante producción cualquier trauma repentino para el sistema (un shock o una dieta extrema, por ejemplo) influirá en el proceso y dejará alguna marca en la uña. El proceso de formación de una uña se puede asimilar a una

cinta transportadora. Cuando todo va bien la cinta seguirá pasando a una velocidad constante y con un grueso siempre igual; pero, si se cambia de consistencia del material usado para hacer la cinta o se corta el suministro de energía temporalmente, la cinta transportadora probablemente se moverá a tirones o se volverá dispareja, con bultos, muescas o surcos.

Cuando las distintas irregularidades apuntan directamente a problemas de salud, especialmente, los surcos horizontales que indican que ha ocurrido algo que ha alterado la delicada producción de queratina por ejemplo un cambio en la consistencia puede tener su origen en deficiencias de vitaminas y minerales en reacciones alérgicas o en cambios repentinos de la alimentación. Un choque emocional o la aparición de una grave enfermedad (ambas relacionadas con la interrupción temporal de la fuente de energía) también puede causar un surco profundo dado que en este punto la producción de queratina se habría interrumpido o se habría vuelto considerablemente más lenta.

Sabiendo que una uña tarda aproximadamente seis meses en crecer, se establece cuando ocurrió el incidente. Un surco profundo a mitad de la uña por ejemplo sugiere que el hecho tuvo lugar hace tres meses. Más arriba en la uña indicaría tal vez una antigüedad de cinco meses mientras que más abajo o cerca de la cutícula indicaría un hecho bastante reciente. Una serie de surcos que le dan a la uña una presencia corrugada sugiere un problema alimentario continuado o que su dueño ha pasado un largo periodo de tensión (Reid, 2011).

1.6 Modelos de la etiología de la onicofagia

1.6.1 Psicodinámico

Desde el modelo psicodinámico no se habla específicamente de la onicofagia, pero menciona los distintos tipos de ansiedades que dan elementos para permitir saber del por qué puede presentarse la onicofagia; de tal forma que, permite adéntranos sobre las posibles causas.

Desde el marco conceptual psicodinámico se entiende que la onicofagia es una respuesta a un impulso incontrolable que puede ser producto de frustraciones. Puede ser también resultado de descargas emocionales de tensión provocadas por impulsos no controlados; en niños se cree que es además resultado de la dependencia que en ocasiones es creada por los padres al sobreproteger a los hijos, y estos al enfrentarse al mundo exterior se ven frustrados al no obtener muchas veces lo que ellos desean (Golden R. 2009).

Para comprender un poco más esta teoría explicaremos los conceptos de ansiedad y frustración de acuerdo a lo que describe De la Fuente Ramón en su libro de psicología médica.

Los factores etiológicos del estrés pueden ser de la naturaleza psicosocial y conductual como la frustración, la ansiedad y la sobrecarga: o también pueden ser de carácter físico como el ruido o de carácter imaginativo, como lo explica De la Fuente R. (1992) al decir que la imaginación de situaciones o hechos estresantes pueden desencadenar la reacción de estrés.

Cuando mencionamos los factores activadores nos referimos a aquellos hechos, situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. Ha señalado anteriormente De la Fuente R. (1992) que “la ansiedad está fundamentalmente vinculada a la percepción de amenaza, por lo tanto, esencialmente, los factores activadores de la ansiedad son aquellos que están relacionados con la amenaza y su naturaleza”. Hemos indicado, también, que la percepción de riesgo, es decir de lo considerado amenazante, depende fundamentalmente de un proceso de evaluación, consciente o automático, determinado por la valoración de qué pasa y cómo nos afecta, por un lado; y qué podemos hacer frente a ello, por otro.

1.6.2 Aprendizaje

Wells (1998), afirma que la onicofagia es un hábito adquirido que no siempre refleja la presencia de algún disturbio emocional. En estos casos únicamente es una conducta que es aprender en etapas en que tenemos como patrones de conductas a personas

cercanas a nosotros como lo son nuestros padres, familiares o conocidos. Cuando se observa a la onicofagia ser practicada por alguien que es nuestro modelo a seguir. Se imitan los patrones de conducta que esta persona realiza y de esta manera aprender la práctica de la onicofagia al igual que otros comportamientos.

Las conductas repetitivas y centradas u orientadas en el cuerpo aluden a todos aquellos comportamientos que se centran en la remoción intencional de partes del organismo, tales como uñas, piel, cabello y mucosas; se presentan de manera frecuente en la infancia y la adolescencia. La mayoría no son patológicas y se consideran como un hábito, es decir, como una conducta reiterada, egosintónica y con un propósito determinado que está bajo el control de la voluntad (Martínez, González y Correa, 2004). Sin embargo, cuando la conducta se torna persistente, viciosa y la persona es incapaz de evitarla pese a la voluntad de hacerlo, con el consecuente y significativo deterioro funcional y social, se vuelve patológica.

1.7 Causas de la Onicofagia

Aunque en la mayoría de los casos la onicofagia desaparece con la edad, es importante que el niño no persista en esta mala costumbre porque tiene sus riesgos, los cuales detonan causas que los hacen vulnerables.

Causas Psicológicas: Generalmente, este hábito es producido por elementos psicológicos y sentimientos que superan al individuo que presenta onicofagia.

Este hábito generalmente es impulsado por razones psicológicas, resaltando sentimientos como la ansiedad, el miedo, la angustia, el nerviosismo, el estrés, la frustración, el aburrimiento, entre muchos otros.

Estados obsesivos, compulsivos, agresividad o como forma de calmar momentos de nervios, ansiedad, angustia etc. Cualquiera de estos estados puede desencadenar inconscientemente y de una manera frenética un impulso de comerse las uñas. El estrés, dificultades para resolver problemas cotidianos que sean sociales, laboral o escolar (exámenes) son causas frecuentes que pueden desarrollar un complejo.

Causas Psicosomáticas: Estos sentimientos anteriormente citados, surgen porque la persona está sometida a presión, estuvo expuesta a experiencias traumáticas o bien puede presentar algún complejo.

En este sentido, podemos determinar la estrecha relación que hay en como la conducta psicológica normal es modificada por causas psicosomáticas. Es decir, el hecho que el individuo enfrente en su vida situaciones tales como estrés laboral, tragedias familiares, la pérdida de un ser querido, dificultad en las relaciones interpersonales, violencia, humillaciones, entre otras, puede alterar significativamente tu conducta psicológica y a su vez esta modificación puede reflejarse en la aparición del hábito de la onicofagia.

A nivel oral: El morderse constantemente las uñas, ocasiona desgaste y microfracturas prematuras de los incisivos centrales superiores, dientes con importante repercusión estética. De igual manera, los traumatismos que el hábito ocasiona en las mucosas labiales hacen que la recurrencia de enfermedades tales como: herpes, labios cortados, aftas, entre otras, sea más frecuente en estos pacientes. Asimismo, la estética de las manos se ve disminuida y afectada por la presencia de uñas escasas e irregulares.

A nivel de las uñas: La onicofagia en las formas agudas puede dañar estructuras anatómicas de la uña tales como: el lecho ungueal y la matriz. También pueden ocasionar la aparición de verrugas periungüeales (Morales, 2010).

Dado que la aparición de la onicofagia como ya se mencionó está estrechamente relacionada con aspectos psicológicos es preciso escudriñar en los eventos ansiógenos para que esta se presente en el infante, de tal forma que, en el hemos de presentar en este estudio el desarrollo de la ansiedad desde su definición etiológica.

Capítulo 2

Ansiedad

2.1 Definición etimológica

Son muchas las representaciones conductuales que se manifiestan cuando una persona presenta ansiedad dado que ésta es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; citado en Bulbena, 1986).

Por lo tanto, la característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín B, 1995); además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Tobal, 1996). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

La ansiedad es una emoción experimentada siempre como desagradable y negativa, qué surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza (Cano A, 2011), por lo que, se le ha considerado como una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos percibidos anticipadamente como aversivos o peligrosos (Marks y Neese, 1994).

En este proceso de adaptación, la ansiedad cumpliría la función de impedir algún daño a través de respuestas preparatorias. Para cumplir dicha función, la ansiedad pone en práctica un doble mecanismo no cognitivo que consiste en la activación de un estado que prioriza la detección de señales informativas ambientales asociadas con amenazas o peligros futuros, y uno conductual que se encuentra relacionado con los recursos de las persona para evitar en lo posible el daño percibido anticipadamente .Dichos recursos pueden ser de tipo fisiológico, que incrementan la actividad simpática del sistema nervioso autónomo , o motores , que aumentan la tensión muscular y rapidez de los movimientos corporales (Gutiérrez, 1996).

2.2 Teoría tridimensional de la ansiedad

Dentro de la perspectiva cognitiva se considera que lo que genera la ansiedad es el significado o la interpretación que hacen las personas de la situación. Así, esta clase de personas tienden a pensar que en las situaciones que enfrentan en su vida cotidiana existen un sinnúmero de amenazas, las cuales pueden ser reales o (cabe señalar que en ocasiones los individuos reconocen que la situación no supone una amenaza objetiva, sin embargo, no pueden controlar voluntariamente su reacción de ansiedad). Estas amenazas giran en torno a tres temas fundamentales aceptación, competencia y control (Gutiérrez citado en Oblitas, 2004).

De esta manera y según Gutiérrez (Oblitas, 2004) "... en situaciones donde se encuentra implícita una evaluación social o un potencial rechazo de los demás, posibles críticas laborales, situaciones familiares, o una pérdida de control sobre el ambiente, se desencadena el estado emocional ansioso ..." Esto se debe a que las personas que son vulnerables al desarrollo de trastornos de ansiedad, atienden selectivamente a los estímulos "amenazantes del ambiente o dándole esta interpretación a los que son ambiguos, para después recuperar de la memoria información relativa a la amenaza en mayor medida que información neutra o positiva con respecto a los mismos estímulos. Desde esta perspectiva existen básicamente tres teorías explicativas de la ansiedad:

La de la Red asociativa de Bower, la del Esquema de Beck y la Teoría Tridimensional de la Ansiedad propuesta por Lang (Oblitas, 2004).

Tanto la teoría de Bower en 1981, como la de Beck en 1976 tenían por objetivo explicar la depresión; sin embargo, también son aplicables a la explicación de la ansiedad.

Ambas coinciden en que la ansiedad es el resultado de una estructura cognitiva disfuncional que genera un sesgo en el procedimiento de la información, originando que los individuos presten mayor atención a los aspectos amenazadores del entorno en el que se desenvuelven (Oblitas, 2004).

En 1968 Lang (Oblitas, 2004) en su teoría Tridimensional de la Ansiedad, afirma que estos eventos tienen una relación directa con la memoria emocional, la cual contiene tres tipos de información

- Información sobre estímulos externos y sus características físicas
- Información sobre las respuestas asociadas a los estímulos, pudiendo incluir información sobre expresiones faciales, conductas verbales, respuestas de aproximación o evitación, respuestas viscerales, y somáticas entre otras.
- Información sobre proposiciones semánticas, las cuales definen el significado de los estímulos y de las respuestas asociadas a ellos.

Lo anterior produce un estado de hipervigilancia en el que el individuo se encuentra en un constante rastreo de estímulos ambientales con la finalidad de detectar cualquier posible amenaza. Según Lang esto genera un estado de alerta que produce manifestaciones tanto a nivel fisiológico, como cognitivo y conductual (Iruarizaga y Manzano, 1999) ocasionando sentimientos de malestar en la persona que los experimenta.

2.3 Manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales de la ansiedad.

Según la Teoría Tridimensional de la Ansiedad (Lang ,1968), la reacción emocional de la ansiedad puede observarse a un triple nivel cognitivo-subjetivo, haciendo referencia a la experiencia fisiológico, haciendo referencia a los cambios corporales y motor, haciendo referencia a lo conductual claramente observables.

A nivel cognitivo, la ansiedad se manifiesta en sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo, inseguridad, presencia de pensamientos negativos

sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, dificultades para pensar, conflictos, percepción de fuertes cambios fisiológicos, entre otros.

A nivel fisiológico, la ansiedad se manifiesta a través de la activación de diferentes sistemas, principalmente el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Motor, aunque también se activan otros como el Sistema Nervioso Central, el Sistema Endocrino y el Sistema Inmune. De todos los cambios que se producen, el individuo solo percibe algunos tales como el aumento de frecuencia cardíaca (palpitaciones), el aumento en la frecuencia respiratoria, entre otros. La persistencia de estos cambios fisiológicos, pueden acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, como dolor de cabeza, insomnio, mareos, náusea, etc.

A nivel motor, la ansiedad se manifiesta como inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades para la comunicación (tartamudez), evitación de situaciones temidas, elevado consumo de alimentos o sustancias, llanto, entre otros.

2.4 Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad.

Los síntomas de la ansiedad son muy variados, y pueden clasificarse en diferentes grupos ya sean conductuales, psicológicos o bien físicos; de estos últimos tenemos como ejemplo la taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago sensación de obstrucción en la garganta, agarrotamiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Sin embargo, si la activación fisioneurológica es muy alta pueden aparecer alteraciones de sueño, la alimentación, y la respuesta sexual.

Dentro de las manifestaciones psicológicas encontramos a la inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza y despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones, en casos más extremos, temor a la muerte, a la locura o al suicidio y; dentro de las conductuales están el estado

de alerta, hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad de estarse quieto y en reposo.

Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de brazos y manos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación. Por lo que, estas se llegan a interrelacionar con otro tipo de manifestaciones circunscritas a los estados intelectuales o cognitivos; como, por ejemplo, dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas rumiaciones, pensamientos distorsionados importunos, incrementos de las dudas y sensación de confusión, tendencia a recordar ante todo cosas desagradables, sobrevaloración sobre pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.

Otro tipo de manifestaciones las podemos colocar en el ámbito Social dada su repercusión en las interrelaciones como la irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento etc.

Cuando existe proporcionalidad entre las capacidades del individuo y las exigencias del medio a las que ha de hacer frente, la persona tiene la percepción de control sobre los problemas y dificultades y por extensión sobre su conducta y sus planes. Cuando no es así, la persona se siente desbordada, a merced de las circunstancias.

La percepción de falta de control ya sea sobre el medio interno o externo, activa una disposición del organismo hacia un tipo específico de acciones y actitudes relacionadas con la defensa, la búsqueda de seguridad, la prevención, o el ataque, a través de conductas específicas de afrontamiento de la situación. Si las conductas de afrontamiento son efectivas se restablece de nuevo el control –el antiguo o uno nuevo– y se vuelve a la normalidad, si no, es posible que se multipliquen las dificultades y se incremente progresivamente la ansiedad.

2.5 Fundamento fisiológico de la ansiedad

El proceso de reacción a la ansiedad comienza por la percepción que refleja estrés, también es una causa suplementaria de estrés. La ansiedad generalizada se

caracteriza por la persistencia del ánimo ansioso que no se restringe a objetos o circunstancias particulares.

El proceso de reacción a la ansiedad comienza por la percepción de un estímulo visto como desafío o una amenaza, poniendo en funcionamiento un reflejo de miedo. Tales sentimientos de inseguridad se transforman en estimulación física de las glándulas endocrinas y del sistema nervioso simpático.

Los factores etiológicos del estrés pueden ser de la naturaleza psicosocial y conductual: como la frustración, la ansiedad y la sobrecarga: o también pueden ser de carácter físico como el ruido o de carácter imaginativo, como lo explica De la Fuente R. (1992) al decir que la imaginación de situaciones o hechos estresantes pueden desencadenar la reacción de estrés. Sin embargo, y pese a esta clasificación ofrecida encontramos que existen dentro de estos factores, aquellos que activan, y aquellos que la mantienen.

Cuando nos referimos a los factores activadores estamos aludiendo a aquellos hechos, situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. Ha señalado anteriormente De la Fuente R. (1992) que "la ansiedad está fundamentalmente vinculada a la percepción de amenaza, por lo tanto, esencialmente, los factores activadores de la ansiedad son aquellos que están relacionados con la amenaza y su naturaleza". Se ha indicado, también, que la percepción de riesgo, es decir de lo considerado amenazante, depende fundamentalmente de un proceso de evaluación, consciente o automático, determinado por la valoración de qué pasa y cómo nos afecta, por un lado; y qué podemos hacer frente a ello, por otro; básicamente, en términos generales, la ansiedad procede de dos grandes tipos de problemas.

Los factores de mantenimiento son un grupo de factores que afectan fundamentalmente a aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente, o bien cuando la ansiedad alcanza límites de trastorno. Una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse. En el momento en que la ansiedad aparece, debido a los factores activadores, ayudados en más o en menos por los factores

predisposicionales, si es excesiva y sostenida, propicia la aparición de problemas de salud. Estos problemas, que previamente no existían, son debidos a la ansiedad, pero, a su vez, la multiplican. La salud es un bien valorado en sí mismo. Si se problematiza, por cualquier motivo incluida la propia ansiedad, genera un incremento del estado de alerta e indefensión.

dentro de los factores de mantenimiento, hemos de citar las estrategias que de alguna manera están destinadas a regular la ansiedad, sus motivos o sus efectos por su carácter de afrontamiento y, que, sin embargo, no sólo no lo consiguen, si no que contribuyen a su incremento y perpetuación, contraproducentes de afrontamiento: soluciones intentadas, fallidas, que destinadas a regular la ansiedad, sus motivos o sus efectos, no sólo no lo consiguen, si no que contribuyen a su incremento y perpetuación. Estos procedimientos son variados y afectan tanto control de los síntomas, como de los pensamientos, del medio y de la conducta. Por poner un ejemplo que ilustre a qué nos estamos refiriendo, valga citar la hiperventilación. Algunas personas, ante la sensación de ahogo y falta de aire, responden con una respiración rápida, superficial, e intensa, cuya consecuencia es una caída brusca de los niveles de dióxido de carbono, lo que a su vez genera un incremento del ahogo, del calor, de la tasa cardiaca, de los mareos, del hormiguero, etc., síntomas que exacerbarían más el miedo.

2.6 Utilidad del modelo cognitivo en la ansiedad

Una vez detonada la ansiedad en el ser humano esta propicia distintas conductas que hacen vulnerable al sujeto, ambiente y entorno. Es, sin embargo, a propósito de la aparición de estas conductas que podemos intervenir a través de las técnicas del modelo cognitivo, con el fin de bajar los niveles de ansiedad que se emergen en el sujeto. Pero, porqué que basarnos en el modelo cognitivo.

Si bien existen diferentes modelos que abordan la temática de la ansiedad para su intervención. Por ejemplo, el modelo de la exposición que se basa en la idea de que la causa de toda la ansiedad es la evitación. O por su parte, el modelo de la emoción oculta cuya base se centra en la idea de que la causa de toda la ansiedad es la amabilidad; en donde la persona teme los conflictos y los sentimientos negativos, como

la ira; por lo que, desde este modelo se considera frecuente que la ansiedad desaparece cuando la persona saque a relucir los sentimientos ocultos y reserva el problema que lo inquieta. O bien, por último, el modelo biológico, el cual se basa en la idea de que la ansiedad y la depresión son consecuencias de un desequilibrio químico en el cerebro que invita a tomar pastillas para corregirlo.

Pero, como se mencionó, la investigación recarga todo su peso en el modelo cognitivo debido a que;

1. Todos los enfoques rechazan el asociacionismo y el mecanicismo conductista. Este planteamiento supone prestar una atención especial a algo fundamental, la estructuración de la experiencia hace cualquier ser humano (Davidson, 1980).
2. Se defiende la existencia de estructuras y procesos cognitivos que “median el impacto de la experiencia social y guían el procesamiento de la información”.
3. Los procesos cognitivos funcionan como heurísticos.
4. Las personas crean activamente su experiencia.

Una definición más explícita nos la ofrece Freeman (1983), que define a la terapia cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva, y en la que terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta. La meta de la terapia va ser la de ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional y racional, comprueben en la realidad su pensamiento y su conducta, y construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta tanto inter como intrapersonales.

Según Baesa (2008), establece que el estrés es un proceso de adaptación natural del individuo a su medio. En cada situación se encuentran diferentes demandas a las que hay que dar respuesta. El individuo responde a las exigencias de la situación y se activa (con el fin de movilizar los recursos necesarios para atender dichas demandas) con frecuencia, la reacción de estrés produce emoción negativa, sobre todo la ansiedad, que es una reacción de alerta, de activación, ante la posibilidad de tener un resultado negativo.

Aunque el estrés es un proceso normal, puede llegar a producir consecuencias patológicas. Si las demandas son excesivas en relación a los recursos, se incrementa la intensidad de la respuesta (alta emocionalidad negativa, especialmente alta ansiedad). Si se mantiene demasiado tiempo una elevada respuesta a estresores puede comenzar un proceso patológico con probabilidades de afectar al rendimiento, a la salud física y a la salud mental. Así, por ejemplo, una persona muy estresada puede llegar a ver muy disminuido el rendimiento, a la salud física y mental. Ha terminado con sus recursos biológicos cognitivos y conductuales, pero intenta seguir activándose para generar más recursos. A la larga esta persona puede desarrollar problemas de salud como los trastornos llamados psicofisiológicos (desordenes del tipo psicósomático); un trastorno de ansiedad (ataques de pánico, o crisis de ansiedad, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada); un trastorno del estado de ánimo (un trastorno depresivo mayor), o varios de estos desórdenes.

Sin embargo, los eventos que ya han sido planificados, pero por algún factor independiente se aplazan o imposibilitan, repercutirán no solamente en el estado de la persona; sino también en su forma de actuar y de comportamiento ante la sociedad o dentro de su ambiente regular.

La activación psicológica y fisiológica es pues proporcional o habría de serlo, al estado de alarma y a las operaciones defensivo-adaptativas correspondientes a la situación tal y como ha sido percibida. No se necesita la misma activación para ver la televisión sentados en el sofá de casa, que para sostener una entrevista responder un examen oral o tener una pelea.

Cuando la ansiedad es proporcionada y se manifiesta dentro de unos límites, no se aprecian manifestaciones sintomatológicas, o bien son menores, salvo en algún momento puntual y limitado que puede llegar a ser alto. Esos cambios en los procesos fisiológicos no solo son normales; sino que, son funcionales; pues, prepararán el organismo para emitir las acciones pertinentes respecto de la realidad a la que se pudiera enfrentar.

Sin embargo, cuando la ansiedad sobrepasa determinados límites se convierte en un problema de salud, impide el bienestar e interfiere en las actividades sociales,

laborales e intelectuales de la persona, puede limitar la libertad de movimientos y más aún cuando se detona en infantes son vulnerables y no saben canalizar lo que le sucede adecuadamente.

Capítulo 3

Infancia.

Definición de infancia

Se entiende por primera infancia el periodo de la vida, de crecimiento y desarrollo comprendido desde la gestación hasta los 7 años aproximadamente y que se caracteriza por la rapidez de los cambios que ocurren. Esta primera etapa es decisiva en el desarrollo, pues de ella va a depender toda la evolución posterior del niño en las dimensiones motora, lenguaje, cognitiva y socioafectiva, entre otras. Los autores Musen, Coger y Kagan (1972) manifiestan que “la psicología del desarrollo tiene como fines primordiales la descripción, la explicación y la predicción de la conducta humana, y de manera más especial, el crecimiento y el desarrollo de la conducta humana”. Afirman además que el desarrollo que ocurre a edad temprana afecta la conducta posterior.

3.1 Concepto de infancia

Basado a lo anterior, los pensamientos, conductas detonan ciertos comportamientos hostiles que generan en la infancia una mala regulación de las emociones, pensamientos ya que no son aptos para canalizarlos de distintas formas y a su vez esto crea angustia, ansiedad.

La noción de infancia tiene un carácter histórico y cultural y es por ello que ha tenido diferentes apreciaciones en la historia; su concepción depende del contexto cultural de la época. Un rápido recorrido sobre el concepto de infancia a través de la historia nos muestra los cambios que ha tenido esta categoría. De acuerdo con Puerto J. (2002), en los años 354 - 430 hasta el siglo IV se concibe al niño como dependiente e indefenso (“los niños son un estorbo”, “los niños son un yugo”). Durante el siglo XV en la concepción de infancia se observa cómo “los niños son malos de nacimiento”. Luego, en el siglo XV, el niño se concibe como algo indefenso y es por ello que se debe tener al cuidado de alguien y se define el niño “como propiedad”

Para el siglo XVI ya la concepción de niño es de un ser humano pero inacabado: “el niño como adulto pequeño”. En los siglos XVI y XVII se le reconoce con una condición innata de bondad e inocencia y se le reconoce infante “como un ángel”, el niño como “bondad innata”. Y en el siglo XVIII se le da la categoría de infante, pero con la

condición de que aún le falta para ser alguien; es el infante “como ser primitivo”. A partir del siglo XX hasta la fecha, gracias a todos los movimientos a favor de la infancia y las investigaciones realizadas, se reconoce una nueva categoría: “el niño como sujeto social de derecho”.

La “reinención” moderna de la infancia se inicia desde el siglo XVIII en las sociedades democráticas y muy especialmente a través de Rosseau, quien advertía las características especiales de la infancia. Son muy numerosos los autores que a partir de este siglo comprendieron que la infancia tiene formas particulares de ver, de entender y de sentir y que por ello debían existir formas específicas de educación y de instrucción.

A la concepción de infancia es necesario darle la importancia y reconocer su carácter de conciencia social, porque ella transita entre agentes socializadores; la familia, como primer agente socializador y la escuela, como segundo agente que; en estos tiempos, cuando la mujer ha entrado a participar en el mercado laboral, asume un rol fundamental (Sánchez, 2012).

3.2 Crecimiento emocional

A medida que los niños crecen, están más conscientes de sus sentimientos y de los de otras personas. Pueden regular mejor sus emociones y pueden responder a la angustia emocional de los demás (...) (Saarni, 1998).

Para los siete u ocho años de edad, es típico que los niños adquieran conciencia de los sentimientos de vergüenza y orgullo, y tienen una idea más clara de la diferencia entre culpa y vergüenza (...) Harris, 1989). Estas emociones afectan sus opiniones de sí mismos (Harter, 1996). Los niños también comprenden sus emociones conflictivas. Como dice Lisa: “La mayoría de los niños en la escuela son bastante asquerosos. No pienso así acerca de mi hermano Jason, aunque sí me saca de quicio. Lo amo, pero al mismo tiempo también hace cosas que me enojan. Pero controlo mi mal genio. Me daría vergüenza si no lo hiciera” (Harter, 1996).

Para la tercera infancia, los niños tienen conciencia de las reglas culturales que regulan la expresión emocional (Cole, Bruschi y Tamang, 2002). Saben qué les causa enojo,

miedo o tristeza y cómo reaccionan otras personas ante la expresión de estas emociones. También aprenden a adaptarse al comportamiento de los otros, poniéndose en concordancia con ellos. Los preescolares creen que un padre puede lograr que un niño esté menos triste diciéndole que deje de llorar o que puede quitarle el temor a un perro diciéndole que no hay nada que temer. Los niños de sexto grado saben que es posible suprimir una emoción, pero que ésta sigue existiendo (Papalia,2005).

La autorregulación emocional implica un control esforzado (voluntario) de las emociones, atención y comportamiento (...) (Eisenberg, 2004). Los niños con poco control esforzado muestran enojo o frustración de manera visible cuando se les interrumpe o impide que hagan algo que quieren hacer. Los niños con elevado control esforzado pueden reprimir el impulso a demostrar emociones negativas en momentos inapropiados. Es posible que el control esforzado tenga una base temperamental, pero en general aumenta con la edad. El bajo control esforzado puede pronosticar problemas conductuales posteriores (...) (Eisenberg , 2004).

3.3 Conducta prosocial

En general, los niños en edad escolar adquieren más empatía y están más inclinados a la conducta prosocial. Los niños prosociales suelen actuar de manera apropiada en situaciones sociales, estar relativamente libres de emoción negativa y afrontar los problemas en forma constructiva Eisenber (1996). Los padres que reconocen los sentimientos de angustia de sus hijos y que les ayudan a lidiar con su angustia fomentan la empatía, el desarrollo prosocial y las habilidades sociales (...) (Eisenberg, 1996). Cuando los padres responden con desaprobación o castigos, las emociones como el enojo y el temor se pueden volver más intensas y quizá obstaculicen la adaptación emocional (...) Fabes (2001) o el niño puede volverse receloso y ansioso acerca de estos sentimientos negativos. A medida que los niños se acercan a la temprana adolescencia, la intolerancia parental hacia las emociones negativas puede elevar el conflicto entre padres e hijos (...) Fabes (2001).

3.4 El niño en la familia

Los niños de edad escolar pasan más de su tiempo libre lejos de casa que cuando eran más pequeños, ya que visitan a sus compañeros y socializan con ellos. También pasan más tiempo en la escuela y en sus estudios y cada vez menos tiempo comiendo en familia que hace 20 años (...) Juster (2004). Aun así, el hogar y las personas que viven allí son una parte importante en la vida de la mayoría de los niños. Según una encuesta a 10 445 padres estadounidenses, 65% de los niños entre seis y 17 años cenan todas las noches cuando menos con uno de sus padres y cerca de 75% hablan o juegan con uno de sus padres cuando menos una vez al día (Lugaila, 2003).

Para entender al niño dentro de la familia necesitamos examinar el ambiente familiar —su atmósfera y estructura—. De igual forma, el comportamiento también se ve afectado por lo que ocurre más allá de los muros de la casa. Como pronostica Bronfenbrenner (1987) en la teoría de Bronfenbrenner” las capas más amplias de influencia —incluyendo el trabajo de los padres y su nivel socioeconómico, y las tendencias sociales como la urbanización, cambios en el tamaño de la familia, divorcio y un segundo matrimonio— ayudan a moldear el ambiente familiar y, por consiguiente, el desarrollo de los hijos”.

La cultura también define los ritmos de vida de la familia y los roles de sus miembros. Por ejemplo, las familias estadounidenses de origen africano, como la de Marian Anderson, siguen tradiciones que incluyen vivir cerca o con sus familiares, un fuerte sentido de obligación familiar, orgullo étnico y ayuda mutua (Parke y Buriel, 1998). En consecuencia, al examinar al niño dentro de la familia necesitamos tomar en cuenta las fuerzas externas que afectan a la familia.

3.5 Temas de crianza infantil: correulación y disciplina

Durante el curso de la niñez, el control de la conducta cambia gradualmente de los padres al niño. La tercera infancia conlleva una etapa de transición llamada correulación, en la que padres e hijos comparten el poder.

La correulación es la etapa de transición en el control del comportamiento en el que los padres ejercen supervisión general y los niños ejercen autorregulación en momentos específicos.

Los padres supervisan el comportamiento del niño, pero los niños disfrutan de autorregulación en momentos específicos (Maccoby, 1984). Por ejemplo, con respecto a los problemas entre pares, ahora los padres dependen menos del manejo directo y más de la discusión con sus hijos (Parke y Buriel, 1998). Los niños están más dispuestos a cumplir con los deseos parentales cuando reconocen que sus padres son justos y se preocupan del bienestar de sus hijos y que quizá “saben más” debido a su experiencia. También es útil que los padres traten de ceder ante el juicio en maduración de sus hijos y tomar posturas firmes sólo en cuanto a asuntos importantes (Maccoby, 1984).

El cambio a la correulación afecta la manera en que los padres manejan la disciplina (Maccoby, 1984). Los padres de niños en edad escolar tienen mayor probabilidad de emplear técnicas inductivas.

La manera en que los padres e hijos resuelven los conflictos quizá sea más importante que los resultados específicos. Si el conflicto familiar es constructivo, puede ayudar a los hijos a ver la necesidad de reglas y normas. También aprenden qué tipos de temas valen la pena de discutirse y qué estrategias pueden ser eficaces (Eisenberg, 1996). Sin embargo, a medida que los niños se vuelven preadolescentes y su lucha por la autonomía se vuelve más insistente, con frecuencia se deteriora la calidad de la solución de problemas en la familia (Berner, 2011).

3.6 Los aspectos fundamentales de la personalidad

Al tratar de explicar qué es la personalidad, indicábamos que contiene elementos de origen hereditario y ambiental. Estos elementos o factores constitutivos de la personalidad son:

1. el temperamento
2. el carácter
3. la inteligencia

Todo ser humano al nacer posee una personalidad "potencial", en cuanto a que tiene los elementos básicos de la misma. Esta potencialidad comenzará a ser realidad cuando se inicie el desarrollo de ciertas características y capacidades, como trabajo intelectual, creatividad, conducta intencional y valores éticos, entre otras, que indican que los diversos elementos de la personalidad están funcionando con cierto nivel de organización. Y se puede hablar de personalidad estructurada cuando el individuo logra dinamizar de forma integrada y con autonomía estos aspectos básicos, lo que le llevará a tener una conducta y un pensamiento característicos.

1. Temperamento

Los factores biológicos se reúnen, por lo general, bajo el término de temperamento. En el temperamento se distinguen aspectos estáticos y dinámicos: los primeros se refieren a la morfología, mientras que los segundos hacen alusión a la fisiología. El sexo, la edad, el sistema endocrino, etc., afectan a la personalidad, aunque es difícil precisar sus mecanismos.

El temperamento se hereda. Allport (1937) lo define así: Los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, incluyendo su susceptibilidad emocional, la fuerza y la velocidad con que acostumbran a producirse las respuestas, su estado de humor preponderante y todas las peculiaridades de fluctuación e intensidad en el estado de humor, considerándose estos fenómenos como dependientes en gran parte de la estructura constitucional y predominantemente hereditarios.

El temperamento depende de la constitución física y especialmente de los factores hereditarios de la misma. Las investigaciones realizadas han puesto de manifiesto la influencia de la constitución física en el temperamento: por ejemplo, la baja producción de tiroxina produce pereza, inercia, torpeza, quienes la sufren son descritos como depresivos, insatisfechos y desconfiados; al contrario, los hipertiroideos tienen síntomas de tensión nerviosa, excitación, ansiedad, y se manifiestan nerviosos, hiperactivos e inquietos. El temperamento está determinado por los procesos fisiológicos y factores genéticos que inciden en las manifestaciones conductuales.

2. El carácter

Etimológicamente el término carácter proviene del griego y significa "marca" o "sello" que distingue inconfundiblemente a una persona. El carácter es el que determina formas constantes y típicas de actuar de una persona.

"Carácter es el conjunto de rasgos de personalidad, relativamente perdurables, que tienen importancia moral y social"

La niñez y adolescencia son etapas muy importantes en la formación del carácter, tanto positiva como negativamente. Las fallas, lagunas, distorsiones, experiencias traumáticas, así como las costumbres, vivencias felices y satisfactorias, normas y prácticas morales y éticas van señalando y matizando el carácter. El hogar, la escuela los grupos de amistad, son los ambientes más influyentes en la formación del carácter. Todas las teorías del carácter tienen en común la idea de que no se manifiesta de forma total y definitiva en la infancia, sino que pasa por distintas fases hasta alcanzar su completa expresión al final de la adolescencia. Todos los elementos que integran el carácter se organizan en una unidad que se conoce como estabilidad y proporciona al carácter coherencia y cierto grado de uniformidad en sus manifestaciones, con los cambios lógicos que ocurren a lo largo de la vida. En él intervienen principalmente las funciones psíquicas, así como la acción del ambiente. A partir de esos elementos se desarrollan los factores individuales, que conforman el particular modo de reaccionar y enfrentar la vida que presenta una persona, Cattell, R. (1950).

3. La Inteligencia

En sí la inteligencia no es algo material, sino un concepto abstracto al que se ha llegado por un proceso de análisis y síntesis de sus consecuencias.

En eso que llamamos «inteligencia» confluyen una serie de elementos que tienen que ver con el aprendizaje, la adaptación a situaciones nuevas, la solución de problemas, el proponerse fines, la capacidad de valoración y autocrítica

Según Gardner (1998) “La inteligencia es la capacidad de comprender el entorno y utilizar ese conocimiento para determinar la mejor manera de conseguir unos objetivos concretos”.

Sabemos que cada persona se adapta a la realidad de una manera diferente, entonces la inteligencia es una forma de interactuar con el mundo, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental, etc. Estas habilidades configuran rasgos de carácter (como la autodisciplina, la compasión o el altruismo), que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social. (Morris, 2000).

Por lo tanto, ser inteligente es una forma de comportarse y actuar, de vivir: es, si así quiere decirse, una forma de ser

Capítulo 4

Enfoque Cognitivo Conductual.

Actualmente en los infantes se está desarrollando la onicofagia infantil, ya que la sociedad da poca importancia a las presiones que los niños enfrentan en cada etapa de su desarrollo; ya se trate de los problemas cotidianos en la escuela, o de temas más importantes como el divorcio, bullying, muerte, etc. Esto hace que se detone un comportamiento atípico en el niño, por lo que, es importante generar el conocimiento sobre los elementos que hace que se presente la conducta del niño, ya sean estos elementos medio ambientales o interoceptivos del propio organismo, entendiendo como interoceptivos a todos aquellos elementos que devengan de las sensaciones, percepciones o pensamientos que conlleven a agravar el comportamiento.

Con base a lo anterior, dentro del área que nos compete tomamos en consideración la teoría cognitivo conductual; pues en ella encontramos una forma de entender, el cómo piensa uno acerca de sí mismo o bien de otras personas o de cualquier evento; de acuerdo a nuestros esquemas referenciales; tales como nuestros valores educacionales, la historia de experiencias vividas que determinan nuestra forma de percibir nuestro contexto y del mismo modo responder ante él. Dado que el objeto de nuestro interés es proponer una intervención para la onicofagia; la utilización de la TCC contribuye con este objeto pues a través de ella se puede cambiar la forma de cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a erradicar las conductas indeseadas. Pues a diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas y dificultades con relación a los eventos ambientales que se vuelven objetivos; en lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, buscando la manera de mejorar su estado anímico.

No obstante, es de capital importancia dilucidar el tratado de la terapia cognitivo conductual para su entendimiento. De este modo, Freeman (1983), define a la terapia cognitiva como una forma de tratamiento a corto plazo, que se caracteriza por ser activa, directiva, y en la que terapeuta y paciente trabajan de forma conjunta. La meta de la terapia va ser la de ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional e irracional, comprueben en la realidad su pensamiento y su conducta, construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto inter como

intrapersonalmente. En particular, las interpretaciones erróneas o distorsiones cognitivas de los acontecimientos son corregidas por el trabajo conjunto de paciente y terapeuta durante una relación de colaboración (Wessler, 1998).

Por lo que podemos definir que la meta está en erradicar la onicofagia en el paciente enseñándole como desarrollar mejores estrategias de afrontamiento para ayudarle a manejar sus circunstancias de vida. La idea es que el paciente aprenda hacerlo por el mismo.

Por otra parte, según Beck (1979), en un sentido muy general, se puede suponer que se podrá denominar cognitiva a “cualquier técnica cuyo modo principal de acción sea la modificación de patrones erróneos de pensamiento “(p.187). El terapeuta se centrará más en la reestructuración del pensamiento que en su reformulación, en la interacción más que en la interpretación, la dirección más que en la no dirección, y en la colaboración más que en confrontación (pág.2).

4.1 Técnicas de modificación de conducta

Ya que, la terapia cognitivo conductual basa en gran parte sus esquemas relacionales en la terapia conductual, es importante discernir al menos algunos elementos de las técnicas de modificación de conducta utilizadas desde esta terapia; pues estos son muy útiles para crear, mantener o incrementar conductas deseables, así como para reducir o eliminar las indeseables (Ferro, 2005).

Entre ellos tenemos que, el procedimiento de intervención cognitivo conductual denominado Inversión de Hábito , desarrollado originalmente por Azrin N y Nunn R (1977), constituye la técnica psicológica más frecuentemente utilizada y considerada hasta la fecha como la más eficaz a la hora de reducir y/o eliminar comportamientos repetitivos y desadaptativos, particularmente los tics; si bien , también se ha utilizado para combatir un gran número de hábitos nervioso, entre los que destacan la tricotilomanía, el bruxismo , o hábitos orales como la onicofagia, succionar dedos, rechinar los dientes, morderse los labios , etc.

Esta técnica se basa en la creencia de que las personas a menudo no son conscientes del comportamiento repetitivo que emiten , el cual suele seguir a una sensación de urgencia o sentimiento de incomodidad que sólo mejora cuando la conducta tiene lugar .Mediante el entrenamiento en Inversión de Hábito se pretende reducir dichas respuestas tomando conciencia de las mismas y llevando a cabo otras físicamente incompatibles, o que compiten con ellas , las cuales permiten prevenir o interrumpir la ocurrencia del comportamiento indeseado , a la vez que producen alivio en el sujeto que lo padece.

Por otro lado, mencionando lo anterior el paquete completo del entrenamiento de Inversión de Hábito (Habit Reversal Training) implica diversas actividades terapéuticas, que incluyen el entrenamiento para incrementar en relajación, el entrenamiento en la respuesta incompatible a la conducta a eliminar y diversas técnicas motivacionales.

El siguiente paso implica desarrollar una respuesta incompatible o comportamiento que el sujeto puede emitir en lugar de la conducta repetitiva .Dicha respuesta , que empleará los mismos músculos que se utilizan en la reacción inicial a eliminar , debe cumplir los siguientes requisitos : mantenerse al menos durante un minuto , dependiendo del tipo de hábito sobre el que se intervenga , pasar desapercibida para los demás y fortalecer los músculos en la dirección contraria a la desarrollada al emitir el comportamiento repetitivo (Azrin y Nunn ,1977).

4.1.1 Técnica de afrontamiento

El término “afrontar” (to cope with) es un dicho coloquial británico. Significa literalmente enfrentarse a un adversario o a un obstáculo de frente, o luchar contra algún enemigo victoriosamente, en un plano de igualdad. “Afrontar” significa también ser capaz de competir con alguien o algo que constituye una amenaza (Webster's, 1979).

En uno de los primeros intentos para definir el afrontamiento, Folkman y Lazarus (1980) sugirieron que el afrontamiento consiste en todos los esfuerzos cognitivos y conductuales para superar, reducir o tolerar las demandas. No importa si las

demandas están impuestas desde el exterior (por la familia, el trabajo o los/as amigos/as, por ejemplo) o desde el interior (cuando se lucha con un conflicto emocional o cuando se colocan patrones muy elevados imposibles de alcanzar, por ejemplo). El afrontamiento busca, de algún modo suavizar o atenuar el impacto de las demandas.

La gente a veces adopta estrategias de afrontamiento que realmente le producen más problemas. Un ejemplo, es la persona que malversa fondos para solucionar problemas económicos personales. Los esfuerzos de afrontamiento pueden tener un objetivo positivo, pero, el resultado del afrontamiento erróneo puede ser cualquier cosa menos positiva.

Menaghan E. (1983), sugirió que se puede considerar al afrontamiento en términos de tres aspectos de orden superior: recursos de afrontamiento, estrategias de afrontamiento y estilos de afrontamiento. Los recursos de afrontamiento constituyen la línea de suministro de las estrategias de afrontamiento. Son las ventajas físicas, personales y sociales que una persona lleva consigo a la situación. Las *estrategias de afrontamiento* se refieren a las actuaciones y planes directos utilizados para disminuir o eliminar el estrés.

4.1.2 Técnica de la triple columna

Esta técnica cognitiva es también de las más utilizadas en el enfoque de Beck. Con ella se pretende que el paciente haga más y mejores inferencias respecto a conclusiones, pensamientos automáticos, o ideas que le asaltan con frecuencia. Al paciente se le preparan unas hojas que pueden tener 3 (normalmente) o más columnas (Shaw y Beck, 1981), con los bloques dispuestos de izquierda a derecha de la siguiente manera: situaciones, pensamientos negativos, respuesta racional. Para que el paciente sea capaz de hacerlo, es preciso el haber realizado junto con el terapeuta un importante trabajo de debate con el tipo de ideas que más malestar le producen, en la línea de lo prescrito en el método socrático.

El terapeuta prepara al paciente para que cuestione constantemente la veracidad de sus cogniciones y descubra sus errores cognitivos. Desde nuestro punto de vista, esta

estructura representa correctamente el modo cognitivo de hacer terapia en donde se busca el esquema A-B-C. Y se debate cuando la construcción que ha hecho el paciente de la “realidad” le lleva conclusiones y conductas incapacitantes.

4.1.3 Técnica de autoobservación y su autoregistro

Es una de las técnicas por excelencia a la hora de realizar un análisis funcional. Ello es así porque, a diferencia de la entrevista, permite un registro en el momento en el que ocurre de la conducta y demás eventos que son objeto de evaluación. Asimismo, contra la dificultad de establecer frecuencias y tasas concretas que se da en la entrevista, una técnica observacional, como es el caso, permite obtener información precisa sobre tal objeto de evaluación. Imagínese la dificultad que tiene para la entrevista llegar a determinar con exactitud las veces que han aparecido dolores de cabeza en el último mes y cuáles de ellas han venido precedidas de discusiones con algún miembro de la familia o con niveles elevados de activación (Blanco, A. y Anguera, 1991).

Los mismos autores nos mencionan que, el dato que proporciona el autorregistro no tiene por qué estar sesgado por el recuerdo y la reconstrucción del pasado que se hiciese en el momento en el que se formula la pregunta. Aprender a diseñar un autorregistro de forma que se maximice la información de cara al análisis funcional y se minimicen las dificultades que puedan darse. Registro continuo: es aquel donde el observador permanece alerta durante toda la sesión de observación registrando siempre que ocurre algún suceso relevante y/o se producen cambios en los estados codificables.

Acorde con la conducta a evaluar. Deberá constar, en cualquier caso, de lo siguiente:

- Definición de la conducta a registrar
- Parámetros de la conducta a registrar
- Otras unidades de información funcionalmente relacionadas con la conducta a registrar como lo son: registrar pensamientos y conductas para predecir después dicha conducta y dar un tiempo aproximado en sesiones para la intervención.

4.1.4 Reestructuración cognitiva

Es una de las técnicas cognitivo-conductuales más sugerentes dentro del repertorio de procedimientos de que dispone el terapeuta cognitivo-conductual. Sin embargo, su aplicación no es nada fácil por varios motivos. Para empezar, se requiere un buen conocimiento del trastorno o trastornos a tratar. Asimismo, se necesita velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente. Por último, la técnica no está tan pautaada como otras técnicas de modificación de conducta y, por sus propias características, no puede estarlo en la misma medida. Ha sido frecuente hablar de las denominadas terapias de reestructuración cognitiva, dentro de las que se incluyen la terapia racional-emotivo-conductual de Ellis, la terapia cognitiva de Beck y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (Bados,y Carrasco 2008). Sin embargo, este último procedimiento no incluye lo que es la esencia de la reestructuración cognitiva –tal como será definida un poco más abajo– y las aproximaciones de Ellis y Beck son en realidad enfoques terapéuticos muy amplios que incluyen muchas técnicas aparte de la reestructuración cognitiva propiamente hablando. Naturalmente que puede argumentarse que estas otras técnicas son medios de conseguir un proceso de reestructuración cognitiva, pero en este sentido todo sería reestructuración cognitiva.

Utilizamos esta terminología cuando su aplicación consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y; terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

4.1.5 Técnica de maestría y agrado

Maestría se refiere a la sensación de ejecución, de logro, al hacer una tarea, y agrado a las sensaciones satisfactorias asociadas con la realización de la misma. Esta técnica, clasificada como el tipo conductual, tiene, a su vez, una finalidad de cambio cognitivo, la de luchas contra el pensamiento absolutista, la lógica de doble valor, de “todo o nada”, enunciados del tipo: “no puedo hacer nada “,”si no me sale perfecto no tiene sentido que lo intente”. Este tipo de enunciados lleva al paciente a introducirse en un círculo vicioso de difícil solución. En un principio el paciente quiere hacer algo, tanto si lo hace como si no, no se siente satisfecho por ello, infravalora (vía de las distorsiones cognitivas) no solo lo que ha hecho, sino a él mismo, poniendo las bases para un mayor malestar y para unas expectativas negativas de hacer algo en un futuro (Beck, 1979).

Capítulo 5

Psicoterapia en grupos.

5.1 Breve reseña de la historia de la psicoterapia de grupo

En el decenio de 1940 a 1950, después de la Segunda Guerra Mundial, surge la psicoterapia de grupo como respuesta a las necesidades psicológicas que tenían los soldados, quienes regresaban de combatir. Los primeros terapeutas de grupo incorporaban sus habilidades en terapia individual y las aplicaban en los grupos, ya que se daban cuenta que éstas tenían un efecto curativo especial en los pacientes que recibían el tratamiento. En decenios posteriores, la psicoterapia de grupo comenzó a tener gran auge por las posibilidades que brindaba a los pacientes de que experimentaran afecto, mejoraran su autoimagen y aprendieran más acerca de la pertenencia. Finalmente, en los últimos años esta técnica psicoterapéutica se está aplicando ampliamente en el ambiente hospitalario, por ser tan efectiva como la individual y por ser un tratamiento más económico y al alcance de más pacientes.

Tanto Klapman, como Slavson mencionan que consiste en tratar de unificar al grupo de varias maneras, así la interpretación dada en su seno valdrá para todos (o para la mayoría de los participantes). Estos son algunos de tales artificios:

- Homogeneización del grupo.
- Estricta selección de los integrantes.
- Preparación del grupo.

De esta manera se llega a la técnica interpretativa "de" grupo. Este tipo de terapia toma al grupo como fenómeno central y punto de partida de toda interpretación. Es decir, concibe al grupo como una totalidad, al considerar que la conducta de cada uno de sus miembros siempre se ve influida por su participación en ese seno colectivo (Palacios, 1975).

Moreno, quien en 1931 acuñó la expresión "psicoterapia de grupo", apareó las técnicas del teatro, la sociología y la psicoterapia, de las cuales resultó el método conocido como psicodrama desde 1911. Sin embargo, el verdadero introductor del método analítico en la terapéutica de grupo fue Paul Schilder (Palacios, 1975), quien destacó el fenómeno de la transferencia al notar que el ligamento médico-paciente era más

intenso que el establecido entre los pacientes mismos y que el terapeuta ocupaba el lugar del padre o de la madre.

Según Palacios (1975) nos comenta que, mientras que Foulkes y Anthony conciben al grupo como un todo social cuya estructura y función son más que la suma de sus partes componentes, Bion, por su parte, habla del grupo terapéutico como una totalidad psicológica manejable. Esto como consecuencia de sus experiencias como médico militar durante la Segunda Guerra Mundial, él afirmó que el grupo opera como una unidad funcional mediante la labor grupal que, en buena medida, se asemeja a la actividad de un Yo, especialmente de las áreas libres de conflicto. Pero esta labor propositiva puede verse obstaculizada por una corriente emocional poderosa, dirigida al terapeuta.

5.2 Definición de Grupo terapéutico

En el concepto de "psicoterapia de grupo" se engloban determinados métodos de tratamiento que, en presencia de uno o varios terapeutas, estimulan la labor autocentrada de los miembros. Para ello se acude a motivaciones psicológicas profundas y a la dinámica grupal, las cuales actúan sobre los individuos y el grupo.

En realidad, la forma en que el psicoterapeuta conduce al grupo depende de las metas que él establece, los miembros que componen el grupo, la especialización del terapeuta, y sus necesidades y ambiciones.

Cuando un grupo inicia, predominan los elementos desintegrativos en sus miembros. La labor terapéutica promueve los elementos integrativos para que con éstos el grupo crezca y sus miembros se recuperen hasta poder ser dados de alta, de acuerdo con sus propias capacidades y su interacción dentro del grupo. Cada paciente aporta sus recursos al grupo y el grupo le retribuye, como en la mutualidad sana madre-hijo, ello favorece el crecimiento conforme al ritmo y potencialidades propios del individuo. Le permite "ser" y "crecer" adaptativamente, al contener sus elementos desintegrativos y al favorecer su integración intrapsíquica y social.

Así entonces, entre las ventajas de la terapia de grupo están el permitir que el individuo se sienta identificado, al lograr que se exprese abiertamente sin tabúes sociales; facilitar la obtención de modelos de identificación; explorar una serie de problemas para generar soluciones posibles en un ambiente real; establecer múltiples transferencias; y brindar al psicoterapeuta la oportunidad de utilizar este tipo de terapia en conjunción con otras.

De esta manera, podemos decir que la psicoterapia de grupo utiliza al grupo y su fuerza para propósitos terapéuticos, por lo cual es un tratamiento grupal. Sin embargo, no trata al grupo para su propio bien, para mejorar su eficiencia en el trabajo o como si fuera un equipo; trata al grupo para bien de sus miembros individuales y por ninguna otra razón. Toda psicoterapia es, en último término, un tratamiento del individuo.

El grupo terapéutico es la reunión de tres o más personas denominadas pacientes, reunión más o menos permanente y voluntaria, donde los individuos reunidos interactúan y se interrelacionan con fines psicoterapéuticos; así pues, los integrantes de un grupo se reconocen como miembros que se encuentran ubicados dentro de un contexto determinado por el propio terapeuta y aceptan comportarse con base en una serie de valores y normas, explicitados dentro del sistema psicoterapéutico, a lo que se le denomina contrato terapéutico, por lo que el grupo es al terapeuta grupal lo que el individuo es al terapeuta individual (González Núñez, 1992).

La finalidad de la psicoterapia de grupo, que reúne a un cierto número de pacientes, no se basa en la realidad exterior, sino que se orienta más bien hacia la "realidad interior" de cada uno de los participantes. Supone una visión clara y curativa de la propia intimidad y la activación de la aspiración a sanar que cada individuo posee (Battergay, 1978).

5.2.1 Descripción del grupo terapéutico

Un recorrido por algunas de las definiciones de grupo que se han dado en diferentes épocas y desde diferentes puntos de vista, enriquecerá esta perspectiva. Hay que tener en cuenta que las definiciones aquí usadas son selectas.

Entre 1912 y 1913, Freud definió al grupo como una colección de personas objeto que se constituyen como tal en la medida en que uno de sus miembros se convierte en un "objeto" modelo y esa persona es el líder.

Albion Small (Olmsted, 1963), uno de los fundadores de la sociología americana, refiere que:

El término grupo es una designación sociológica conveniente para indicar cualquier número de personas, grande o pequeño, entre las cuales se han establecido relaciones tales que sólo se puede imaginar a aquéllas como un conjunto... un número de personas cuyas relaciones mutuas son tan importantes como para que demanden nuestra atención.

Olmsted (1963) lo describe como una pluralidad de individuos que se hallan en contacto los unos con los otros, que tienen en cuenta la existencia de unos y otros y que tienen consciencia de cierto elemento común de importancia mutua.

Georges Gurvith (Comaton, 1969) define al grupo como una unidad colectiva real, pero parcial, directamente observable y fundada sobre actitudes colectivas continuas y activas, teniendo una meta común que realizar, una unidad de actitudes y de conductas que constituyen un marco social estructurable, teniendo una cohesión relativa de las manifestaciones de la sociabilidad.

Por grupo se entiende una formación social altamente organizada (Battegay, 1978) y compuesta por un número, casi siempre reducido, de individuos estrechamente relacionados entre sí.

Newcomb (1976), por su parte, considera que un grupo consiste en dos o más personas que comparten normas y cuyos roles sociales están interinfluenciados.

Para González Núñez (1992), el grupo es una reunión más o menos permanente de varias personas que interactúan y se interinfluyen, con el objeto de lograr ciertas metas comunes, en cuyo espacio emocional todos los integrantes se reconocen como

miembros pertenecientes al grupo y rigen su conducta en base a una serie de normas que todos han creado y aceptado o modificado.

Según González Núñez (1992), las siguientes características definen lo que es un grupo:

- Interacción. Implica una dimensión espacio-temporal donde se relacionan los miembros del grupo.
- Percepciones y conocimientos de los miembros y del grupo. Cada uno es una parte del todo, los miembros se dan cuenta de que existe el grupo al cual pertenecen y que toda su conducta ejerce una influencia o una acción en el medio ambiente; de igual manera, el ambiente percibe a esa unidad grupal como tal.
- Motivación y necesidad de satisfacción. En general, los individuos se incorporan a un grupo porque creen que van a satisfacer alguna necesidad de afiliación, pertenencia, éxito, estatus, poder, etc.
- Metas de grupo. Están relacionadas con la motivación ya que los miembros del grupo las consideran significativas. Éstos pueden tratar de lograr metas de diferente índole, laborales, escolares, sociales, individuales, de pareja, familiares, de éxitos, superación personal, terapéuticas, de control interno y demás.
- Organización del grupo. Implica propiedades estructurales que regulan el funcionamiento grupal, como roles, normas y estatutos, ya sean estos escritos o no, pactados de manera verbal o no verbal.
- Interdependencia de los miembros del grupo. Los integrantes reconocen, de manera consciente o inconsciente, que poseen necesidades y que para satisfacerlas dependen de los demás miembros del grupo.

5.4 Características del grupo

Kissen (1989) sostiene cuatro postulados acerca de la existencia de los grupos:

1. Los grupos existen y existirán dada la propia naturaleza del hombre. Éste es un ser social que gusta de convivir, vivir, divertirse, trabajar, descansar y muchas otras actividades grupales.
2. Cuando las personas se reúnen en grupos, movilizan fuerzas que poseen gran importancia y repercusión para los individuos que los conforman.
3. Los grupos pueden ejercer una influencia positiva sobre los individuos, sobre todo aquéllos en los que hay amor y cultura, pues las personas reunidas siempre salen beneficiadas. Sin embargo, existen grupos que se pueden estancar o resultan negativos en alguna forma y son aquéllos en los que no existe ni amor ni cultura, sino que predomina la agresión o la maldad de alguno de los miembros.
4. La dinámica de los grupos, bien llevada, favorece el desarrollo del ideal del yo, pues no sólo ayuda a fortalecer al yo y al superyó, sino que también les da forma y contenido a los valores, a los ideales y a las aspiraciones sublimatorias más nobles del ser humano.

Estos postulados requieren, primero, mostrar las características de un grupo (es decir, un psicogrupo, un grupo cara a cara que bien puede ser natural, como la familia o el vecindario; o artificial como un grupo escolar, laboral, un equipo deportivo o un grupo terapéutico) y después sus propiedades.

Didier Anzieu

Entre las diversas características grupales que los investigadores han descrito, se encuentran las que (Anzieu , 1972) enuncian;

- Está conformado por personas para que cada una perciba a todas las demás, tanto en forma individual como en una relación social recíproca.
- Es permanente y dinámico, puesto que su actividad responde a los intereses y valores de cada uno de los miembros. • Posee intensidad en las relaciones afectivas, lo cual da lugar a la formación de subgrupos por afinidad.

- Existe solidaridad e interdependencia entre las personas tanto dentro como fuera del grupo.
- Los roles de los miembros están bien definidos y diferenciados.
- El grupo posee su propio código y lenguaje, así como sus propias normas y creencias.

Cartwright y Zander

Por su parte Cartwright y Zander (1971) opinan que para que pueda hablarse de un grupo es necesario que haya una reunión de dos o más personas y que éstas posean alguna o algunas de las siguientes características:

- Que sus integrantes interactúen constantemente.
- Que se reconozcan unos a otros como pertenecientes al grupo.
- Que otras personas, ajenas al grupo, también los reconozcan como miembros de éste.
- Que acepten las mismas normas.
- Que se inclinen por temas de interés común.
- Que constituyan una red de papeles entrelazados.
- Que se identifiquen con un mismo modelo que rijan sus conductas y exprese sus ideales.
- Que el grupo les proporcione recompensa de algún tipo.
- Que las metas que buscan alcanzar sean interdependientes.
- Que todos perciban al grupo como una unidad.
- Que actúen en forma similar con respecto al ambiente

Cornaton

De igual manera, Cornaton (1969) menciona que todos los grupos, sea cual fuere su tamaño, tienen una cierta duración, medible en un periodo de tiempo; además constan de individuos que tienen en común:

- Relaciones.
- Interacciones.

- Una organización.
- Un interés.
- Un objetivo.
- Valores y normas.
- Un lenguaje.

Rapaport

Por último, Rapaport (1960) afirma que los grupos se caracterizan por fuerzas que mantienen unidos a sus integrantes y que cumplen las siguientes cualidades (cualidad se refiere a fuerzas internas):

Cohesividad y permanencia. Los miembros del grupo se sujetan a un código de conducta, el cual puede ser explícito o implícito en diferente grado, específico o general, exclusivo de una clase de grupo o formar parte de un código más general.

Establecimiento de un código del grupo. Entre más explícito, específico y exclusivo sea el código que rige a los individuos reunidos, más se puede hablar de un grupo. Entre más implícito y general sea dicho código, se observa en ellos una menor tendencia a formar y permanecer en un grupo establecido.

Liderazgo. Espontáneo, pre-establecido o ambos, que posea una versatilidad del rol como cualidad y con extensión.

Un pasado común (tradición). Que puede ser o no respaldado por las instituciones y las costumbres.

Estructura. Un grupo posee subdivisiones, relaciones jerárquicas, canales de comunicación, etc. Conforme con la estructura, éste se constituye en un grupo flexible o rígido, se asignan los roles y se determina las relaciones entre el líder y el grupo.

Metas comunes y participación en los informes pertinentes. Esto implica el predominio de las finalidades del grupo sobre las individuales. Todas las personas llegan a los grupos y permanecen en ellos por motivaciones individuales, pero % dichas motivaciones pueden ser totalmente inconscientes y racionalizadas como objetivos que forman parte de la meta grupal; o bien, pueden ser consideradas en forma parcialmente consciente como parte de la finalidad del grupo; o bien, pueden ser predominantemente reconocidas y respetadas como metas grupales o, por el contrario, conscientes y ocultamente consideradas como una forma de alcanzar la meta del individuo.

Un balance entre el dar y tomar. Entre lo que se espera que el individuo dé y lo que éste necesita recibir del grupo. Un balance entre obligaciones y derechos, entre deberes y gratificaciones.

Las relaciones del grupo con otros grupos y con la sociedad en general.

- El grado de flexibilidad en la pertenencia al grupo contra la exclusividad por la membresía.
- El grado en que un grupo sea abierto o cerrado.
- El grado de coordinación y subordinación.
- Un sufrimiento común o una ventaja común, como criterio de membresía.

La moral del grupo.

Impulsar la productividad para buscar el balance dentro de dos tipos de actividad:

- La actividad locomotora dirigida a la meta de grupo, reconocida como la más importante; y
- La actividad dirigida a metas subsidiarias con cantidades azarosas de locomoción, que surgen por el mero hecho de vivir en y pertenecer al grupo.

Adopción de técnicas para tomar decisiones de grupo.

González Núñez

Los grupos poseen propiedades referidas a los factores que éstos puedan o no tener (González Núñez, 1992). Así, por ejemplo, están los antecedentes grupales que pueden influenciar de manera favorable o desfavorable las metas, la atmósfera y otros aspectos inherentes al grupo. González Núñez (1992) menciona las siguientes propiedades:

Los antecedentes individuales de los miembros del grupo. El grupo puede estar constituido por personas con diferentes antecedentes, como que se trate de personas dependientes, de una determinada clase social, u otros. Estos antecedentes no son una simple suma, sino que forman combinaciones, originando que determinado grupo pueda ser identificado como una unidad. Pueden existir grupos productivos, agresivos y otros.

Atmósfera. Se refiere al estado de ánimo, tono afectivo o sentimiento que está presente en los integrantes del grupo, el cual, a su vez, conforma la atmósfera grupal. Entre los factores internos están los aspectos emocionales de los miembros, la comunicación, la estructura del grupo, la cohesión, los antecedentes y otros; entre los extremos, está principalmente la imagen del grupo. Los factores físicos, como el tamaño del lugar, son importantes para la atmósfera del grupo. El tipo de atmósfera que proporciona el grupo puede ser cálida, permisiva, democrática, etc.

Esquema o patrón de participación. Se determina por la dirección de las relaciones existentes dentro del grupo y por el grado de participación de los miembros en los asuntos grupales. Puede ser unidireccional, si la participación va del coordinador hacia los demás integrantes del grupo. O, bidireccional, si el coordinador dirige a los participantes y éstos a su vez se comunican con él. Es multidireccional cuando los miembros del grupo se comunican unos con otros, a la vez que se comunican con el coordinador.

Capacidad de autodirección. Se refiere a la disposición que tiene el grupo para regularse a sí mismo y dirigirse hacia la meta, para lo cual es necesario que los

miembros hayan incorporado los principios del grupo y adoptado actitudes democráticas.

Interacción Crupal. Puesto que la interacción es una de las propiedades prioritarias, el conductor del grupo utiliza sus conocimientos y experiencia para lograr que interactúen determinados miembros del grupo, de acuerdo con los intereses perseguidos. El líder es un elemento determinante en la interacción. En ciertos momentos surgen acuerdos entre los miembros, los cuales sirven para guiar y orientar al grupo hacia una meta común. Dentro de los medios para disminuir las tensiones en el grupo, se encuentran mecanismos, tales como la conciliación y la neutralización.

Inducción mutua. Aquí se enfatizan los factores de índole emocional. Los miembros del grupo se inducen, ya sea de forma consciente o inconsciente, verbal o preverbal; este proceso, al intensificarse con la empatía, afecta de manera directa a la ansiedad y la hostilidad.

Asimilación. Es una tendencia de los grupos que favorece la socialización. En este proceso el grupo va a controlar y a apropiarse de las características personales del individuo, constituyéndose así en un grupo sumamente cohesivo.

Polaridad. Es una manifestación dinámica de un grupo. Casi todos los grupos están polarizados en torno a una persona, una idea, un problema o una meta.

Voluntad y beneplácito. La eficacia de un grupo se basa en la voluntad y el beneplácito de sus miembros por pertenecer a él.

Identificación. Las identificaciones se dan en todos los grupos y pueden ser positivas o negativas, dependiendo de las características emocionales de sus miembros. El coordinador del grupo también queda expuesto a identificarse con los participantes, a la vez que es objeto de identificaciones. La identificación es inconsciente, pero al hacerla consciente y manejarla adecuadamente, resulta útil para el coordinador como persona y, simultáneamente, ayuda al proceso grupal.

Cohesión. Puede definirse como la cantidad de presión ejercida sobre los miembros del grupo para que éstos permanezcan en él. La cohesión se manifiesta en la

atmósfera del grupo, en la cooperatividad y, en general, en las relaciones y maneras de interactuar de sus miembros.

Meta común. Para que un grupo se reúna es necesaria la existencia de una meta en común, pues la motivación de conseguirla pone a funcionar la mayor parte de las propiedades grupales.

Tamaño y función. La función del grupo y su tamaño se encuentran estrechamente relacionados, al aumentar o disminuir el número de participantes se alteran los patrones de participación e interacción, y también las propiedades del grupo. De acuerdo con su tamaño, los grupos pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Diada (grupo de dos).
- Tríada (grupo de tres).
- Cuaterna (grupo de cuatro) y así sucesivamente hasta llegar a ocho miembros.
- Grupos mayores de ocho miembros.
- La masa.

La diada, la tríada, la cuaterna y hasta llegar al número en que sus miembros puedan comunicarse e interactuar cara a cara, se les denomina grupos primarios. Los grupos en los cuales sus miembros ya no pueden comunicarse cara a cara y necesitan de otros medios, como el lenguaje escrito o símbolos, se llaman grupos secundarios (Spratt, 1960).

Capítulo 6

Teoría y técnica de la terapia racional emotiva aplicada al grupo.

La terapia racional emotiva parte de la teoría del aprendizaje cognoscitivo y social, hace hincapié en las variables de la personalidad que intervienen en la conducta, pero de manera especial en sus determinantes cognoscitivos. Esta línea teórica subraya el papel del aprendizaje en los seres humanos, afirmando que éste ocurre primero en escenarios sociales para luego ser matizado por los procesos cognoscitivos. A nivel individual, los factores cognoscitivos pueden jugar un papel demasiado importante en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad; Ellis relacionó las estructuras cognoscitivas con los procesos emocionales y de motivación.

Este método postula que se puede ayudar a las personas a llevar una vida más satisfactoria, enseñándoles a organizar y a disciplinar su mente, es decir, enseñándoles a pensar de manera racional.

Ellis considera que en el ser humano se dan cuatro procesos básicos: percepción, movimiento, pensamiento y emoción; los cuales están interrelacionados en forma integral, de manera tal que cada uno de ellos influye en el otro. La premisa fundamental de la psicoterapia racional emotiva es que el pensamiento y la emoción no difieren; sino que, se complementan en muchos aspectos; por tanto, las emociones desordenadas mejorarán al cambiar la propia forma de pensar (Ellis, 1958, citado en Garfield, 1979).

A través del proceso de la vida y de la culturización social, el pensamiento y la emoción llegan a entrelazarse, de tal suerte que la forma de pensar se transforma en emoción y la emoción se convierte en un modo de pensar. Sin embargo, pensar es también una manera de discriminar o de distinguir, aunque en general más tranquila, con menos manifestaciones somáticas y menos activas que la emoción (Garfield, 1979).

La conducta perturbada o la neurosis del individuo están relacionada de manera directa con su pensamiento ilógico e irracional. Para la terapia racional emotiva, el solo hecho de explorar y conocer los orígenes de este pensar defectuoso no es suficiente para poder ayudar al individuo a modificar su conducta, por lo que es necesario fijarse

más en cómo éste perpetúa su pensamiento irracional y de qué modo puede modificarse. Hay que demostrar a las personas que las verbalizaciones que se hacen a sí mismas son la fuente principal de sus dificultades emocionales; hay que enseñarles a reorganizar su pensamiento y a reformular sus expresiones defectuosas, de una forma lógica (Martínez, 1986).

Ellis afirma que es importante demostrar al paciente cuáles son, en general, las principales creencias irracionales que suele seguir y qué pensamientos más racionales pueden sustituirlas, pues en caso contrario el individuo acabaría adoptando otro conjunto de ideas ilógicas.

En la terapia racional emotiva, el terapeuta suele actuar de dos formas, la primera es hacerle ver al individuo en forma constante las ideas ilógicas y supersticiones que están en la base de sus temores; la segunda consiste en animar y persuadir al cliente a emprender aquellas actividades que contrarresten las ideas que mantiene. Para lograrlo, en la terapia se utilizan las asignaciones y las tareas prácticas, así como auxiliares para superar de manera exitosa las creencias y temores ilógicos del cliente. Una vez alcanzado lo anterior, se abre el camino para la solución de todas las dificultades.

El mismo autor admite que la terapia no es eficaz en personas con insuficiente capacidad intelectual como para emprender análisis racionales, ni con los que tienen una gran perturbación emocional, o los muy inflexibles o predispuestos en contra de la lógica y de la razón. Sin embargo, sostiene que su método de terapia puede abarcar una gama mucho mayor de pacientes.

6.1 Conceptos básicos en la terapia racional emotiva

6.1.1 Imagen humana

El punto de vista racional emotivo sostiene que los seres humanos nacen con predisposiciones biológicas, como la tendencia a tener relaciones sexo-amor y a vivir en un grupo familiar; también con una predisposición a aprender con facilidad las costumbres y tradiciones de las personas con quienes viven. Además, postula que los

seres humanos son falibles por naturaleza, es decir, que son proclives a cometer errores y a derrotarse a sí mismos en la persecución de sus metas y objetivos básicos (Ellis, 1958).

Los seres humanos son vistos como organismos complejos que se hallan en procesos de cambio constantes; a pesar de estar influidos por condiciones hereditarias y ambientales, poseen un grado de autodeterminación potencial. A medida que avanza su edad, desarrollan una mayor capacidad para decidir acerca de su modo de actuar. La terapia racional emotiva propone la idea de que el conocimiento se ve influido en gran parte por las valoraciones personales que los hombres imponen a sus propias percepciones, de manera tal, que el conocimiento no existe en forma absoluta o final (Ellis, 1958).

6.1.2 Importancia de los valores

La terapia racional emotiva subraya la importancia de los valores, al afirmar que la personalidad está constituida en gran parte por creencias, fundamentos o actitudes. Plantea que los hombres y las mujeres tienden a actuar de manera saludable cuando sus valores están basados en la razón y en la experiencia; pero cuando presentan metas y propósitos absolutistas y perfeccionistas tienden a trastornos emocionales. Gran parte de la evidencia obtenida por psicólogos investigadores muestra que los valores influyen de modo significativo en el comportamiento de las personas, por lo que intentar modificarlos produce un cambio directo en la personalidad (Ellis, 1958).

6.1.3 Creencias racionales e irracionales

Las creencias racionales son evaluadas tanto por su adaptabilidad como por ser manifestaciones personales no absolutas (Ellis y Dryden, 1989). Cuando los seres humanos valoran algo de forma relativa y lo aprecian como adaptable, experimentan emociones que indican placer y a veces también disgusto, tristeza, fastidio, preocupación y demás. Estas últimas no son emociones necesariamente deseables, pero se consideran respuestas apropiadas con respecto a los sucesos negativos

activadores, siempre y cuando no interfieran de modo significativo en la obtención de los objetivos personales.

Las creencias irracionales son cuestiones de significación personal que se afirman en términos no adaptables en absoluto con respecto al acontecimiento activador; las emociones que acompañan a este tipo de creencias pueden expresarse como depresión, cólera y culpabilidad. Estas expresiones de emociones perjudiciales que se presentan con valoraciones exageradas, son inadecuadas incluso para un suceso activador negativo, en la medida en que dificultan el logro de los objetivos personales. Las creencias irracionales contribuyen a la aparición de comportamientos perjudiciales que mantienen o intensifican los problemas, mientras que las racionales promueven conductas útiles para la solución de problemas (Ellis y Dryden, 1989).

Algunas de las creencias irracionales que producen consecuencias emocionales y conductuales, tanto perturbadoras como perjudiciales en las personas, suelen derivar de una exigencia u obligatoriedad fásica. Algunas de las creencias irracionales más frecuentes, de acuerdo con Ellis y Harper (citado en Dicaprio, 1989) son las siguientes:

- Las personas deben ser amadas y aprobadas (por todo lo que hacen y no por logros verdaderos) por casi todos los individuos que conocen y encuentran. No caerle bien a los demás implica tener una debilidad o un defecto
- Hay justificaciones para creer que se es víctima de las circunstancias externas y que no se puede hacer mucho frente a la suerte de la vida. Muchas de las dificultades humanas tienen su origen en el exterior, y la causa y soporte de la infelicidad está en las cosas mismas y no en el modo de percibir las.
- Todos los problemas tienen una solución. Son debilidades el comprometerse a aceptar menos de lo que se desea. Si no se da solución a todos los problemas, se es culpable.

- Los individuos tienen muy poco control sobre sus propias emociones y sentimientos.

6.1.4 Comportamientos racional e irracional

Según Ellis y Abrahms (1980), las emociones siguen a los conocimientos. Una actividad cognoscitiva disfuncional desencadenará reacciones emocionales desadaptativas que ocasionarán una conducta fallida. En la terapia racional emotiva (TRE) se define a los pensamientos racionales, a los sentimientos apropiados y a los comportamientos afectivos, como aquellos que ayudan a la sobrevivencia y felicidad de los seres humanos. Las metas que todas las personas eligen a través de su existencia son continuar su vida con una felicidad razonable y en forma relativamente libre de dolor o molestias. Cuando se dice que una persona es "racional", se quiere señalar que ésta ha decidido o elegido vivir con felicidad por aceptar lo que en verdad existe en el mundo "real", por tratar de vivir en forma amigable en un grupo social, por relacionarse de manera íntima con unos cuantos miembros de su grupo social o comunidad, por comprometerse en un trabajo productivo y agradable, y por participar en clubes recreativos seleccionados que van desde los deportes hasta las artes y las ciencias.

El comportamiento irracional o el sentir y actuar de modo inapropiado consiste en interferir sin justificación en la vida de alguien o en causarse daño sin necesidad alguna.

6.1.5 Oraciones no expresadas

Ellis y Harper (1975) introducen este concepto para designar a aquellas suposiciones, valores o expectativas de las que la persona no se percata, las sostiene, pero no se las dice a sí misma ni al grupo ni al terapeuta.

Las verbalizaciones internas, al no estar en la consciencia inmediata de la persona se encuentran incompletas por carecer de la parte no expresada; lo anterior impide el manejo de la persona por sí misma debido a que reacciona y actúa basándose sólo en

información parcial o distorsionada, respondiendo con frecuencia a situaciones de manera automática, sin percibirlas.

Otra consecuencia de esta premisa, de suposiciones y creencias no reconocidas, es que las verbalizaciones internas no reflejan en modo alguno el estado o problema real que se está describiendo. Las personas con problemas emocionales graves o incluso los individuos relativamente normales que están bajo tensión, pueden encontrar difícil revelar los problemas y sentimientos verdaderos que están experimentando.

6.1.6 Teoría a-b-c de la TRE

Albert Ellis (1980) utilizó una estructura muy sencilla para conceptualizar los problemas psicológicos de sus pacientes: el A-B-C. El punto "A" (experiencia activante) simboliza los acontecimientos desencadenantes o activadores, "B" (creencia irracional absolutista) representa la creencia de la persona con respecto de esos acontecimientos, y "C" (consecuencia emocional) denota las respuestas emocionales y conductas que son consecuencias derivadas de las creencias y valoraciones propias de "B".

Este esquema es útil para proporcionar una explicación de la interrelación existente entre sucesos, creencias y consecuencias. También ofrece una base fácil de comprender para subrayar la contribución de las creencias, que son consideradas dentro de la TRE como un tipo específico de conocimientos, vale decir, una valoración. Es importante señalar que cada terapeuta racional emotivo utiliza una versión distinta del A-B-C original; por tanto, no existe una forma correcta en absoluto de conceptualizar los problemas de las personas, ceñida a un esquema tan general, sobre todo en grupo.

6.1.7 Teoría del cambio terapéutico

Para medir el cambio de la personalidad, la TRE adopta un método estricto y práctico, enfatiza que la meta de su terapia es ayudar a las personas a estar mejor y no sólo a sentirse mejor. Existen varios niveles de cambio, y la teoría racional emotiva afirma que los cambios más duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que

incluyen una reestructuración filosófica de las creencias irracionales. El cambio a este nivel puede ser específico o general: el específico significa que los individuos modifican sus exigencias absolutistas irracionales (los debo y tengo que) por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta; el cambio filosófico general, supone que la persona adopta una actitud no devota hacia los acontecimientos vitales en general.

Para lograr un cambio filosófico a cualquier nivel, es necesario que las personas se den cuenta de que ellas mismas crean sus propias perturbaciones psicológicas y que por tanto tienen la capacidad de cambiarlas de manera significativa; que comprendan que sus alteraciones emocionales y conductuales, por lo general, provienen de creencias irracionales y absolutistas, volviéndose entonces necesario detectarlas y refutarlas usando métodos lógico-empíricos; que trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales, empleando métodos de cambio cognoscitivos, emotivos y conductuales, y así de manera sucesiva por el resto de sus vidas (Ellis, 1958).

Capítulo 7

Investigación relacionada.

Investigaciones relacionadas

De acuerdo al tema de la onicofagia es muy poca la bibliografía en existencia que hay, ya que el tema no ha sido estudiado desde la psicología. Diversos estudios explican las técnicas y métodos de corrección de la onicofagia y uno de ellos es el manejo de la conducta de pacientes que presentan ciertas características psicológicas en la consulta odontológica en donde utilizan distintas técnicas conductuales en donde no son expertos en el tema. Por parte de la psicología hay pocas intervenciones que se han dado a conocer de acuerdo a la búsqueda de la bibliografía.

Se describirá las investigaciones relacionadas en base a la onicofagia y cómo es que es su intervención:

Modificación conductual en un caso de onicofagia.

Presentación del caso clínico

Paciente femenino de 7 años de edad, aparentemente sana, residente de Toluca en el Estado de México, que es referido a la clínica de la Especialidad en Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. Se realizó el expediente clínico; el único dato relevante obtenido durante el interrogatorio y referido por la madre fue que la paciente se mordía las uñas de los dedos medio, índice y pulgar de ambas manos. La paciente presentaba el hábito de onicofagia desde los 5 años de edad.

A la inspección clínica mostraba cambio de coloración en la piel que rodea la uña, inflamación y elevación de los bordes laterales de las mismas, así como callosidades en las zonas (Figura 1). Se observó en el sector anterosuperior que la paciente presentaba un desgaste importante en los incisivos centrales superiores (Figura 2) y mordida cruzada anterior unilateral del órgano dentario 73 (Con el propósito de cuantificar la frecuencia del hábito, se diseñó una hoja de registro que consistió en una tabla de siete filas, una para cada día de la semana, con cuatro columnas donde se registró la hora, la frecuencia (número de uñas mordidas), la actividad que se estuviera realizando en el momento de morderse las uñas, así como lugar donde se encontraba la paciente en el momento de morderse las uñas.



Figura 1. Se observan abstracciones en uñas y tejido que las rodea.



Figura 2. Fotografía de mínima intercuspalación, donde se aprecian desgastes de algunos dientes 51 y 61.

Dicho registro realizado por la menor y la madre al final del día se realizó durante cuatro semanas. Se solicitó a la madre su aprobación para participar en esta investigación, firmando un consentimiento informado. Se establecieron metas semanales, multas, sanciones y refuerzos positivos que se realizaron durante la intervención. Las metas consistieron en determinar el número de veces que mordió las uñas y las reducciones a lo largo del mes. Las sanciones y multas fueron sugeridas por la madre y la paciente de acuerdo con las metas no logradas. El refuerzo positivo fue social y material. En el social se le permitió a la niña salir a jugar con los vecinos durante la tarde después de hacer labores del hogar. En el material, la menor era premiada con 15 pesos para gastar en su tienda escolar. Las sanciones y multas consistieron en realizar tareas domésticas como sacar la basura y no ver su caricatura favorita. Aunado a este registro realizado para disminuir la frecuencia del hábito, se le pidió a la madre que decorara las uñas de la menor con motivos, colores y adornos que fueran del agrado para ella.

| Cuadro 1. Registro semanal del hábito. | | | |
|--|--------------------|---------------------|--------------------------------------|
| Semana | Metas semanales | Refuerzos positivos | Sanciones y multas |
| 1 | Morder 3 uñas | Material | No ver caricaturas y sacar la basura |
| 2 | Morder 2 uñas | Social | No ver caricaturas y sacar la basura |
| 3 | Morder 1 uña | Material | No ver caricaturas y sacar la basura |
| 4 | No morder las uñas | Social | No ver caricaturas y sacar la basura |

Durante la primera semana la paciente utilizó en sus manos uñas deacrílico postizas las cuales le impedían la realización del hábito; sin embargo, por motivos escolares fueron retiradas. De la segunda a la cuarta semana la madre decoró las uñas naturales de la paciente con motivos y colores que para ella fueran de su agrado, obteniendo mejores resultados en el control del hábito. La paciente fue atendida integralmente en la Clínica de la Especialidad en Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México, donde se le realizó un tratamiento preventivo, operatoria dental y la disminución del hábito de onicofagia con la modificación de la conducta y la decoración de sus uñas. Como segunda fase de tratamiento se evaluará multidisciplinariamente a la paciente sobre su hábito donde se incluya ortopedia, odontopediatría y terapia psicológica.

Discusión

Esta terapia se realizó con el fin de disminuir la onicofagia en una niña de 7 años. A pesar de tener una frecuencia baja, la duración de cada episodio era prolongada. Dicha frecuencia comenzó a disminuir a partir de la segunda semana de tratamiento. Lizarbe⁶ plantea que si el hábito deformante ejerce una presión sobre los dientes por encima del umbral correspondiente (seis horas o más diarias) podría llegar a desplazarlo, pero si el hábito durase menos tiempo cabría esperar un efecto escaso o casi nulo. En esta paciente fue evidente una mordida cruzada unidental. El efecto de la intervención conductual en este estudio tuvo efectos favorables sobre el cambio que se deseaba para la disminución de una conducta que se había mantenido diariamente. Con el registro, la niña pudo identificar las situaciones en las cuales la conducta de morderse las uñas era más frecuente, las cuales anteriormente no eran consideradas como relevantes. Igualmente, a partir del registro se determinó la frecuencia de la conducta para poder realizar las metas semanales, por lo cual es importante señalar la utilidad de mantener el registro durante toda la intervención. La estrategia aplicada fue efectiva, sobre todo el refuerzo positivo que se aplicó, lo que logró mantener su interés y motivación por realizar el registro diario. Se trabajó la parte de la autorreflexión, así como concientización tanto a la madre como a la niña de los efectos que hasta este momento había causado el hábito de onicofagia en la menor. Por otro

lado, las sanciones y multas influyeron para evitar posteriormente el hábito, ya que la niña mostraba aversión por esa labor doméstica en especial. Pacan⁷ reportó mayor susceptibilidad en el género femenino para presentar onicofagia. Posiblemente la causa esté relacionada con los estereotipos de masculinidad y feminidad que se transmiten a los niños y niñas. La madre de la paciente quedó satisfecha con los resultados y sobre todo entendieron la importancia de eliminar o disminuir este hábito. Finalmente, estos hallazgos sugieren la utilidad del manejo de estrategias conductuales para modificar conductas que generan hábitos bucales deformantes como la onicofagia.^{2,5,8} Se recomienda hacer un seguimiento para observar si realmente la conducta se eliminó. Se podría mejorar el estudio al aplicar la intervención con un número mayor de participantes de diversas edades. Como conclusión consideramos relevante la participación del odontólogo en la detección y tratamiento de hábito de onicofagia. La autorreflexión por parte del paciente y concientización del paciente y de los padres es de gran importancia para tener éxito en la terapia de modificación de conducta.

Capítulo 8

Propuesta de intervención

Propuesta de intervención

Se establece el diseño de la propuesta de intervención preventiva y, de intervención de la onicofagia y la mejor manera de erradicar este problema proviene de la terapia psicológica tratando de crear pautas que controlen el hábito y disminuya su incidencia en la vida de la persona con el propósito de desarrollar un aprendizaje necesario para que no se detone en un trastorno psicológico.

Descripción de la terapia

La terapia es presencial tiene una duración de 20 sesiones de dos horas cada una; en el cual se basa en el enfoque cognitivo conductual para niños de 8 a 10 años de edad, que desembocan conductas atípicas y pensamientos irracionales basados en la onicofagia, a su vez se les enseña a reducir las conductas no viables y los pensamientos irracionales. La población es de niños será de 10 a 20 participantes.

El entrenamiento práctico se basa en trabajar con los asistentes a dos niveles: racional y emocional; facilitando con ello un trabajo en profundidad, no sólo de conocimientos sino de actitudes, valores y habilidades.

El psicólogo debe ser el experto y debe tener un apropiado conocimiento de los contenidos temáticos, experiencia, habilidades para la enseñanza, plasticidad en la utilización de recursos y autoconfianza para que se lleve a cabo, ya que el factor desencadenante de la onicofagia es la ansiedad y que de tal manera repercute en conductas y pensamientos irracionales. Debe permitir la construcción y reflexión grupal, asumiendo una posición de escucha activa, sin ser directivo, destacando su papel como animador, es decir, como moderador y facilitador del proceso. Por lo tanto, el propósito es identificar anticipadamente las conductas sobre el roerse las uñas.

Objetivo general de la terapia

En la intervención se pretende que el infante deje de realizar la conducta atípica, así como a su vez cambie los pensamientos irracionales por racionales que provocan dicho comportamiento y vulnerabilidad en él.

Se desarrollarán y potenciarán hábitos, estrategias y técnicas para el manejo de la ansiedad que desencadena la onicofagia; así como, también capacitar al participante para desarrollar distintas habilidades, en técnicas -que con el tiempo van a ir desarrollando conocimientos por medio de los contenidos, información de acuerdo a la onicofagia, apoyos visuales, role-playing. Se trabajará desde la perspectiva del participante que facilitará la participación e implicación activa del mismo. Las estrategias y técnicas tienen como finalidad aumentar el conocimiento y aprendizaje, para reforzar pensamientos racionales; así como, conductas.

Objetivo específico de la terapia

Que los participantes lleven a la práctica los conocimientos obtenidos para reforzar los pensamientos racionales y aprendan a diferenciar las conductas que los hacen vulnerables a la onicofagia.

Capítulo 9

Metodología.

Metodología

La presente investigación constituye un modelo no experimental para intervenir en la onicofagia. Tiene un enfoque cualitativo y descriptivo, debido que el modelo experimental que será la intervención propuesta sobrepasa el tiempo para los que está dirigida esta tesis.

En las veinte sesiones que están propuestas dentro de la terapia psicológica en la cual se basará la intervención, se prevé que la conducta atípica se termine por medio de las técnicas a aplicar.

Diseño de investigación

La evidencia de este trabajo es la propuesta de intervención en terapia psicológica que implementará estrategias y técnicas en niños para que tenga un decremento en la conducta que produjo la onicofagia.

Supuesto de partida

El factor desencadenante ansiedad puede ir disminuyendo a la vez que la representación de la onicofagia infantil, donde se mencionan causas que lo detona y sus manifestaciones dentro de ellas, cuando la implementación de la intervención este sustentada en las técnicas y estrategias del enfoque cognitivo conductual, en el tipo de intervención primaria y/o secundaria, en donde los recursos materiales y económicos estén al alcance del implementador.

Método de investigación

Bibliográfica, reflexiva, observacional

Población objetivo

Será una muestra no probabilística, por el cual el muestreo consecutivo, de acuerdo al rango de edad de 8 a los 10 años de edad estará cursando la educación primaria.

La población objetivo es una muestra no probabilística representativa de la población y funciona principalmente como diseño de la intervención que será presentada en la propuesta de intervención.

Variables

Independiente:

La intervención en la terapia psicológica en la onicofagia infantil, utilizando como base el enfoque cognitivo conductual en la población de infantes.

Dependiente:

Factor desencadenante que es la ansiedad que se manifiestan en conductas atípicas de la onicofagia y pensamientos irracionales.

Interviniente:

Las estrategias y técnicas en base al enfoque cognitivo conductual, donde los participantes en la terapia psicológica estarán participando, trabajando y así no tendrán pensamientos irracionales que los lleve a la conducta atípica.

Características del modelo

Los alcances de la investigación no determinan adecuadamente un modelo de intervención.

Posteriormente, serán descritos los elementos esenciales del mismo.

Por su función: El propósito del modelo es la intervención.

Por su postura pedagógica: Directiva

Por su nivel: Formativo.

Por su foco de atención: Centrado en el factor detonante identificados para desarrollar la onicofagia.

Instrumento

El instrumento que se utilizará será una entrevista semiestructurada en las cuales tanto la entrevista como el entrevistar son elementos esenciales en la vida contemporánea, es comunicación primaria que contribuye a la construcción de la realidad, instrumento eficaz de gran precisión en la medida que se fundamenta en la interrelación humana. Proporciona un excelente instrumento heurístico para combinar los enfoques prácticos, analíticos e interpretativos implícitos en todo proceso de comunicar (Galindo, 1998).

Sabino, (1992) comenta que la entrevista, desde el punto de vista del método es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una investigación.

El investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un diálogo peculiar, asimétrico, donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra es la fuente de esas informaciones.

La ventaja esencial de la entrevista reside en que son los mismos actores sociales quienes proporcionan los datos relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, cosa que por su misma naturaleza es casi imposible de observar desde

fuera. Nadie mejor que la misma persona involucrada para hablarnos acerca de todo aquello que piensa y siente, de lo que ha experimentado o proyecta hacer. Se podrá identificar porque se dan los pensamientos y conductas irracionales y se lleva a cabo la conducta atípica de la onicofagia.

Mientras tanto también se utilizará la técnica de observación directa participativa que es la acción de observar, de mirar detenidamente, en el sentido del investigador es la experiencia, es el proceso de mirar detenidamente, o sea, en sentido amplio, el experimento, el proceso de someter conductas de algunas cosas o condiciones manipuladas de acuerdo a ciertos principios para llevar a cabo la observación. Observación significa también el conjunto de cosas observadas, el conjunto de datos y conjunto de fenómenos. En este sentido, que pudiéramos llamar objetivo, observación equivale a dato, a fenómeno, a hechos (Pardinas, 2005).

Al respecto Sabino (1992) comenta, la observación es una técnica antiquísima, cuyos primeros aportes sería imposible rastrear. A través de sus sentidos, el hombre capta la realidad que lo rodea, que luego organiza intelectualmente y agrega: La observación puede definirse, como el uso sistemático de nuestros sentidos en la búsqueda de los datos que necesitamos para resolver un problema de investigación.

La observación es directa cuando el investigador forma parte activa del grupo observado y asume sus comportamientos; recibe el nombre de observación participante. En conclusión, la observación permite conocer la realidad mediante la percepción directa de los objetos y fenómenos.

En la propuesta de intervención se trabajará de la siguiente manera:

Los siete puntos son los siguientes:

De la 1 a la 5 sesión:

1. Ofrecer la justificación y la base de la terapia,
2. Entrenar al paciente en tareas de autoregistro,
3. Emplear, cuando es necesario, estrategias de activación conductual,
4. Entrenar al paciente en la identificación de cogniciones o pensamientos automáticos.

De la 5 a la 17 sesión:

5. Centrarse en las creencias valorativas que el sujeto aporta a las situaciones. Es decir, comenzar a reconocer el mundo cognitivo del paciente,
6. Exploración de los supuestos subyacentes.

De la sesión 17 a la 20

Se continúa con lo marcado en el punto 6, aunque el terapeuta se preocupa por: preparar al paciente para terminar la terapia y evitar las recaídas, acordando el seguimiento.

Sesión 1

En la sesión uno se pretende explicar a los padres de familia y al infante la justificación de tal investigación, por lo que, realizar un marco de referencia acerca de la onicofagia es de suma importancia pues, con ello se pretende lograr la difusión sobre la problemática logrando identificar los elementos que provocan dichos comportamientos generados específicamente por pensamientos irracionales en los infantes.

Para después realizar una entrevista inicial semiestructurada a la madre o al padre del niño para recabar datos e información necesaria ya que es un instrumento eficaz de gran precisión en la medida que se fundamenta en la interrelación humana para saber por qué se da dicha conducta y pensamientos irracionales en el infante para después

continuar con el infante indagando acerca del comportamiento que lo lleva a la onicofagia.

Se les informará a los padres de familia que serán 20 sesiones terapéuticas distribuidas en una sesión a la semana con dos horas destinadas para cada una, asimismo se les informará el objetivo del enfoque cognitivo conductual que contribuye con el objetivo modificar la forma del pensamiento ("cognitivo") y de la actitud ("conductual") para que estos cambios le puedan ayudar a erradicar las conductas indeseadas.

La meta de la terapia será la de ayudar a los pacientes a que descubran su pensamiento disfuncional e irracional, comprueben en la realidad su pensamiento y su conducta, construyan técnicas más adaptativas y funcionales de respuesta, tanto inter como intrapersonalmente.

Sesión 2

En esta sesión es donde comienzan a conocerse entre los participantes, el terapeuta y se empieza a desarrollar la cohesión grupal.

Se observa la prueba de realidad, el descubrimiento; el niño se encuentra en un ambiente con una permisibilidad distinta a la habitual, con un adulto que cumple un rol diferente. Por lo cual en la sesión estando en terapia de grupo, se les facilitará más a los niños ya que empezará a escuchar por qué empezaron a roerse los demás la uñas y esto hará que se desenvuelva en un ambiente positivo y será más factible para él. Los niños se interesan por los otros, gradualmente se establecerán vínculos de pertenencia y afectivos como también preferencia, rechazo, ya que los niños son egocéntricos por naturaleza.

Se entrenará al paciente en tareas de autoregistro en el cual consiste en el momento en el que ocurre la conducta y demás eventos que detonen el pensamiento irracional el deberá anotarlas. Además, se compromete a dejar de morderse las uñas con la ayuda del terapeuta.

De acuerdo al psicoterapeuta cognitivo Albert Ellis si queremos cambiar actitudes debemos focalizarnos en primer lugar en nuestros pensamientos. ¿Qué es lo que pensamos en una situación determinada? A partir de aquí nos fijaremos en nuestras emociones.

Para identificar los pensamientos irracionales de los participantes utilizaremos el autorregistro. ¿En qué consiste esto? Es un cuadro con los siguientes apartados:

| | | |
|--------------------------|---|--|
| A | B | C |
| Situación desencadenante | Pensamientos irracionales que obstaculizan la asertividad | Consecuencias emocionales y conductuales |
| | D | E |
| | Pensamientos racionales que favorecen la asertividad | Consecuencias emocionales y conductuales |

Esta herramienta nos ayuda a que los pensamientos se nos disparen en ocasiones determinadas y nos llevan a actuar de manera no asertiva. Es decir, siendo incapaces de comunicarnos y actuar defendiendo nuestros derechos de manera firme y respetuosa con el otro.

Con la práctica, cuando suceda una situación desencadenante, serán capaces de identificar y substituir los pensamientos cada vez más rápido. Eso hará que se vaya consolidando el cambio de conducta.

Sesión 3

En la sesión 3 se va emplear, estrategias para la activación conductual la cual consiste en 'poner a funcionar' o, como sugiere su propio nombre, 'activar' a la persona a pesar de estar con pensamientos irracionales cómo pasó para dejar de estarlo y cómo fue que lo fue realizando.

Más técnicamente, se puede decir que la AC es un procedimiento que enfatiza los intentos sistemáticos en incrementar conductas que hagan probable el contacto con las contingencias ambientales reforzantes y produzcan, a su vez, cambios en los pensamientos además esta técnica puede mejorar la adhesión del sujeto al tratamiento.

Además, por medio de sus compañeros será más enriquecedor su conocimiento ya que van a tener aprendizaje por medio de ellos y formarán vínculos de amistad que ayudará a reforzar los pensamientos racionales y habrá una cohesión dentro del grupo por el apoyo que se dará. Por medio de sus compañeros darán ejemplos de las distintas situaciones que aquejan y como han logrado tener pensamientos racionales.

En este tratamiento se toma el abordaje opuesto: el comportamiento se cambia en primer lugar, para incrementar la energía y motivación, así como el pensamiento racional y conducta racional.

Sesión 4

En esta sesión habrá una revisión del progreso del autorregistro.

A su vez entrenar al paciente en la identificación de cogniciones o pensamientos automáticos que son los pensamientos concretos que uno tiene ante las situaciones o

acontecimientos del entorno. Son el resultado de la interacción entre los supuestos o creencias intermedias, los procesos cognitivos y los elementos situacionales.

Así como mensajes o proposiciones específicas referidas a una situación concreta:

- No importa lo irracionales que sean: siempre son creídos y entran de forma espontánea en la mente, siendo o pudiendo ser, por tanto, conscientes.
- Tienden a dramatizar y exagerar lo negativo de la situación
- Son difíciles de detectar y controlar porque se entremezclan de forma inadvertida con el flujo del diálogo interno
- Son aprendidos

Por lo cual se realizará una jerarquización de las diferentes situaciones que generan pensamientos irracionales para detonar la ansiedad en el sujeto, y entre compañeros dar ejemplos, a su vez expresar como ellos ayudará a bajar el nivel de ansiedad.

Los vínculos se vuelven más flexibles y desaparecen los roles estereotipados dado que disminuyen las identificaciones proyectivas, como también disminuyen las relaciones radiales con el terapeuta, al mismo tiempo que aumenta una relación mucho más homogénea entre los niños.

Sesión 5

En esta sesión 5 deben centrarse en las creencias valorativas que el sujeto aporta a las situaciones irracionales consisten principalmente en pensamientos que incluyen un "debería" o "tengo que" (o exigencias absolutistas); y, en segundo lugar, conclusiones irracionales e ilógicas (o inferencias) sacadas de datos limitados: si me pasó esto, significa que...

Por lo tanto, también se entrenará al participante en la identificación y manejo adecuado de "situaciones de alto riesgo" (SAR) como posibles recaídas, la reestructuración y reconocimiento de creencias favorecedoras acerca de la onicofagia (expectativas positivas, creencias autoderrotantes, toma de decisiones, atribuciones

erróneas de causalidad y mecanismos defensivos) y el establecimiento de un estilo de vida balanceado.

Por otro lado, la tolerancia a la frustración y la capacidad creativa aumentan, por lo que es importante que en la sesión 4 hayan aprendido como detectar los pensamientos automáticos ya que es de suma importancia ya que así se les va facilitar la técnica como tal.

Sesión 6

En esta sesión se trabajará la exploración de los supuestos subyacentes que aporten la causa de las emociones y conductas inapropiadas a los pensamientos irracionales y por lo tanto la modificación de estos pensamientos tiene el objetivo de producir un efecto emocional y conductual. La sesión se apoyará de hojas y colores para que se expresen, y den ejemplos de lo que hace que exista un pensamiento irracional.

Los supuestos subyacentes son creencias que suelen expresarse como:

- Propositiones condicionales
- Normas
- Actitudes

Para que después lo expongan frente a los compañeros, les quede más claro y den su punto de vista para que así entre el grupo se apoyen y refuercen los pensamientos racionales: pero sin perder la cohesión dentro del grupo ya que es importante que se genere un ambiente que sea dinámico.

Sesión 7

En esta sesión 7 se trabajará y explicará dentro del grupo cuál es la técnica denominada maestría; la cual se refiere a la sensación de ejecución, de logro, agrado a las sensaciones asociadas con la realización de la misma.

Asimismo, los participantes mencionarán como han logrado que la conducta atípica ya no sea un factor detonante que provoque en ocasiones pensamientos irracionales.

Esta técnica, clasificada del tipo conductual, tiene, a su vez, una finalidad de cambio cognitivo, de luchas contra el pensamiento absolutista, la lógica de doble valor, de “todo o nada”, enunciados del tipo: “no puedo hacer nada “,”si no me sale perfecto no tiene sentido que lo intente. Esto hará que entre compañeros exista la motivación para llevarlo a cabo y se refuerce más los pensamientos y conductas racionales y vaya existiendo un cambio.

Aprendan a reconocer, regular las propias emociones y las de los otros miembros del grupo.

También se les hará mención y trabajarán con la técnica del afrontamiento Folkman y Lazarus (1980) sugirieron que consiste en todos los esfuerzos cognitivos y conductuales para superar, reducir o tolerar las demandas. No importa si las demandas están impuestas desde el exterior (por la familia, el trabajo o los/as amigos/as, por ejemplo) o desde el interior (cuando se lucha con un conflicto emocional o cuando se colocan patrones muy elevados imposibles de alcanzar, por ejemplo). El afrontamiento busca, de algún modo suavizar o atenuar el impacto de las demandas que se traduce en la onicofagia: en donde los participantes por medio de un mapa mental explicarán cómo llevar a cabo para que las conductas y pensamientos irracionales se reduzcan, y toleren el impacto de las mismas.

Sesión 8

En esta sesión número 8, se dará una explicación y práctica de la técnica de “Entrenamiento en solución de problemas”, la cual se utilizará para reducir la ansiedad 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.).

Al sujeto se le enseñará 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 especificarán lo más posible.

Por lo cual, va a generar un conocimiento en el participante, ya que será necesario para su vida diaria y no vuelva de nuevo con los pensamientos irracionales que le causan la conducta de roerse las uñas.

Sesión 9

En esta sesión habrá una revisión de las tareas de autoregistros realizados y cómo es que los pensamientos irracionales van siendo trabajados. Se valorará los resultados y las consecuencias de la aplicación de la solución elegida tras el entrenamiento en solución de problemas para el problema expuesto por los niños en la sesión anterior.

Dar una retroalimentación de los resultados que van teniendo conforme a la conducta atípica, y apoyar en qué se le complica para reforzar más las conductas y pensamientos racionales.

Sesión 10

En esta sesión habrá revisión de los objetivos pautados inicialmente y la apreciación de si estos se han cumplido. A su vez, recolectar una explicación de cómo lo están logrando y qué necesitan para llevarlo a cabo a la práctica. También se revisará la parte de las tareas de autoregistro esto para verificar que se está llevando acabo lo acordado y reforzar las conductas y pensamientos racionales.

Aquí se trabajará en parejas para que uno al otro se pregunte como fueron mejorando y que les falta por hacer para que la conducta atípica vaya disminuyendo.

Por lo tanto se va trabajar con la técnica de role-play en sus diversas variantes, para ayudar a facilitar en el niño la posibilidad de favorecer el cambio de conducta frente a la problemática que enfrenta, ya que, al externalizar a través del hacer-creer o simular ser otro, permite contactarse con aquellos aspectos más perturbadores de su vida, de forma paulatina y gradual, junto al terapeuta que lo guía a través de la observación-participante, dejándose llevar por las necesidades de su acto. Esto permitirá re-interpretar las conductas y darles nuevos significados optimizando nuevas formas de funcionamiento.

Sesión 11

En esta sesión se les enseñará a los participantes a cómo evitar las recaídas y reforzar como tal, ya que es importante porque si empieza de nuevo con los pensamientos irracionales pues esto puede que las sesiones que ya llevan iniciadas repercutan.

Los precipitadores son estímulos que actúan como señales o detonadores que están condicionados con la ansiedad. Las situaciones precipitantes varían enormemente. A veces un solo factor puede actuar como precipitador de los siguientes:

Tal es el caso de:

-Situaciones inesperadas. Por ejemplo, que la madre lo regañe por salir con bajas calificaciones o que haya de por medio un golpe y provoque pensamientos irracionales nuevamente para llevar a cabo la conducta atípica de roerse las uñas.

-Situaciones que uno mismo busca. Por ejemplo, querer cortarse las uñas con la boca, esto detonará a que se dé la conducta atípica nuevamente.

-Situaciones emocionales. Por ejemplo, después de una discusión con los padres o algún problema en la escuela, puede detonar de nuevo la conducta de roerse las uñas y se percibe afectado.

Se entrena a los participantes en la identificación y manejo adecuado de "situaciones de alto riesgo" (SAR), la reestructuración y reconocimiento de creencias favorecedoras (expectativas positivas, creencias autoderrotantes, toma de decisiones, atribuciones y mecanismos defensivos) como anteriormente se trabajó con los supuesto subyacentes no se les complicará. Se busca después del cambio inicial en tratamiento residencial que el paciente refuerce y mantenga sus habilidades de autocontrol cognitivo y conductual, y el establecimiento de un estilo de vida balanceado.

Sesión 12

En esta sesión se les explicará y se pondrá en práctica la técnica de reestructuración cognitiva, la cual se necesita velocidad y creatividad de pensamiento para mantener una interacción fluida y competente con el paciente.

Consiste en que el participante con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos irracionales, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros.

En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis: donde terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos. También habrá registro de pensamientos es una herramienta básica de la RC. Se trata de un registro de experiencias, junto con los pensamientos, emociones y conductas que las acompañan. A menudo incluyen también los pensamientos alternativos pertinentes a cada registro como se muestra el ejemplo en la siguiente tabla.

| Registro de pensamientos (Ejemplos) | | | | |
|--|---|----------------------------------|---|--|
| Situación | Pensamiento | Emoción | Conducta | Pensamiento alternativo |
| Todo el mundo está ocupado, voy a pasar la noche solo y sin ningún plan. | Nadie quiere salir conmigo. Estoy desperdiciando mi vida, solo aquí sentado. | Tristeza Rabia Frustración | Me quedo toda la noche en casa sin hacer nada, sólo rumiando mis malos pensamientos. | Estoy solo esta noche, pero todo el mundo está solo de vez en cuando. Es una magnífica ocasión para hacer lo que quiera. |
| Una tarea académica difícil que debo presentar en la Universidad. | Esto es mucho trabajo. Soy muy malo en esta materia. No creo que pueda hacerlo. | Ansiedad Preocupación | Evito la tarea hasta el último minuto. Me busco cualquier distracción para no acometerla. | Esta es una tarea difícil que necesitará mucho esfuerzo. Pero sé que puedo hacerlo si lo divido en pedazos pequeños. |

Sesión 13

En esta sesión se explicará al niño por medio de una exposición de la técnica de triple columna que haga más y mejores inferencias respecto a conclusiones, pensamientos automáticos, o ideas que le asaltan con frecuencia, como se les explicó y se trabajó en la sesión número cuatro con pensamientos automáticos.

A los participantes se les otorgará unas hojas en blanco que pueden tener 3 (normalmente) o más columnas con los bloques dispuestos de izquierda a derecha de la siguiente manera: situaciones, pensamientos negativos, respuesta racional. Para que los participantes sean capaces de hacerlo. Es preciso haber realizado junto con terapeuta un importante trabajo de debate con el tipo de ideas que más malestar le producen. Por lo tanto, los demás participantes podrán participar en dar su opinión siempre y cuando muestren interés hacia el otro individuo.

El terapeuta prepara a los participantes para que se cuestione constantemente la veracidad de sus cogniciones y descubra sus errores cognitivos y el cómo ellos lo van a trabajar y lo llevarán a la práctica.

Sesión 14

En esta sesión se vuelve a retomar la exploración de los supuestos subyacentes que aporten la causa de las emociones y conductas inapropiadas a los pensamientos irracionales y por lo tanto la modificación de estos pensamientos tiene el objetivo de producir un efecto emocional y conductual.

Es importante, ya que los supuestos subyacentes son lo que pueden hacer que se detone la conducta nuevamente de roerse las uñas y vuelvan a comenzar con los pensamientos y conductas irracionales.

En donde cada uno de los integrantes del grupo va dar un ejemplo de alguna situación subyacente y cómo fue que mejoró en la conducta, para ello se trabajara en parejas nueva cuenta con el rol playing para que se coloquen en el lugar del otro y cómo harían para mejorarlo.

Sesión 15

Esta sesión se va trabajar y reforzando al participante en la identificación de cogniciones, ya que anteriormente ya se había trabajado con ello en la cuarta sesión, con los pensamientos automáticos, por lo cual se realizará una jerarquización de las diferentes situaciones que generan pensamientos irracionales para detonar la ansiedad en el sujeto, y entre compañeros dar ejemplos y, a su vez expresar como ellos ayudarán a bajar el nivel de ansiedad.

Y a su vez determinar si los pensamientos irracionales sobre el comportamiento atípico de la onicofagia ya no le son vulnerables para ello.

Sesión 16

En esta sesión se va ir preparando al participante para el término de la terapia es un momento crucial en el proceso psicoterapéutico, dado que se exige como un periodo -cargado de connotaciones clínicas-, emocionales. También se hará mención a los padres de familia ya que ellos accedieron al tratamiento que se les brindará a sus hijos.

En lo cual se trabajará lo siguiente:

- Ayudar a que el participante atribuya los méritos de los cambios que se han producido en el proceso terapéutico.

Sesión 17

En esta sesión se va trabajar la exploración de los supuestos subyacentes que aportan la causa de las emociones y conductas inapropiadas a los pensamientos irracionales para reforzar más las conductas y por lo tanto la modificación de estos pensamientos tiene el objetivo de producir un efecto emocional y conductual para que el paciente deje de realizar la conducta de roerse las uñas.

En donde los participantes lo expongan por medio de dibujos relacionados al tema, frente a los compañeros, les quede más claro y den su punto de vista para que así

entre el grupo se apoyen y refuercen los pensamientos racionales. Pero sin perder la cohesión dentro del grupo ya que es importante que se genere un ambiente que sea dinámico.

Es importante que aprendan a construir una base común con otras personas y opinen al respecto con respeto y siempre estén en escucha activa.

Sesión 18

Se le preguntará al participante ¿cuáles fueron las recaídas más significativas que tubo, qué aprendizaje le dejó y a su vez cómo fue que las enfrentó?, esto es para verificar cómo fue que el afrontamiento lo llevó a no tener un pensamiento irracional, esta parte del afrontamiento se vio en la sesión siete. Cuyo objetivo que es conocer si sabe enfrentar las recaídas y como las lleva acabo.

Sesión 19

En esta sesión se le preguntará al paciente que reflexione sobre lo que ha aprendido y cómo lo fue logrando, ya que es importante porque el ya estará familiarizado con las técnicas, sobre todo como trabajar con las recaídas y dejara de tener la conducta atípica de un inicio.

Hay que explicitar ante el participante que es él mismo el que tiene el control de su problema por lo que si se diera alguna recaída, sería él mismo el que puede redefinirla como una simple caída. La diferencia entre ambos términos la marca el control que nos atribuyamos sobre el problema que nos llevó a consulta y los pensamientos que surjan ante la revitalización del problema.

Sesión 20

En esta sesión se da el cierre terapéutico, lo que pretendemos al enfrentarnos al cierre de la terapia es que este sea consensuado con los pacientes y que sea resultado de un proceso terapéutico satisfactorio. Para que esto se cumpla, siempre debe de buscarse que tanto paciente como psicólogo estén de acuerdo con lo conseguido en las sesiones.

De manera formal se agradece a los participantes y a padres de familia que permitieron que se trabajaran con sus hijos.

De tal forma que los participantes que se vayan con un comportamiento y sobre todos pensamientos racionales ya que esto es de suma importancia pues, de esta manera dejarán el comportamiento atípico que se generó desde un inicio.

Al final los vínculos se vuelven más flexibles y desaparecen los roles estereotipados dado que la cohesión grupal se reforzó con las veinte sesiones terapéuticas en donde con las diversas estrategias y técnicas redujeron la conducta atípica y los pensamientos irracionales, por lo tanto, se lleva un conocimiento que lo convirtieron en aprendizaje durante las sesiones.

Conclusiones y discusiones

Tras una considerable revisión bibliográfica se descubrió que existen pocos estudios concretos sobre la onicofagia, o los tratamientos físicos o psicológicos más eficaces. La onicofagia que su significado es roerse las uñas esto se debe sobre todo a causa de ansiedad ya que es un factor detonante, en la cual hay una persistencia o a algún motivo que no haga sentir a la persona estable hasta que realiza este hábito y su clasificación es leve y severa , es importante que se identifique en el participante para saber la gravedad en la que se encuentra tal conducta , está acompañado de pensamientos irracionales en lo cual se vuelve cada vez más difícil y problemático si no se trata de solucionar tal conducta atípica.

Se investigó acerca de las distintas manifestaciones de la ansiedad ya que es un punto clave para la investigación, porque así se sabrá el por qué se detona el pensamiento irracional y la conducta atípica que el sujeto ejerce.

El estudio y abordaje de la onicofagia siendo una conducta atípica no ha sido abordada desde el aspecto psicológico, las intervenciones solo han sido desde el aspecto odontológico, sin embargo, existe un bagaje de técnicas para implementarse, se procedió a realizar una propuesta de un programa de intervención desde el enfoque cognitivo conductual, ya que es activa, directa y a corto plazo, en la cual se trabajará desde el pensamiento irracional del paciente y la conducta no adecuada, serán veinte sesiones de terapia psicológica.

Las técnicas propuestas desde la terapia cognitivo conductual que nos lleva a tener un control mayor en cuanto a los elementos que demarca la ansiedad en la cual es la técnica de autoregistro es una de las técnicas por excelencia a la hora de realizar un análisis funcional. Ello es así porque, a diferencia de la entrevista, permite un registro en el momento en el que ocurre de la conducta y demás eventos que son objeto de evaluación ya que será viable para el participante ya que él se hará cargo de registrar los pensamientos irracionales o algún suceso relevante que detone la conducta.

También se trabajará con la técnica reestructuración cognitiva en la cual utilizamos esta terminología cuando su aplicación consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y; terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles. En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Clark, 1989).

A su vez también se va trabajar con la técnica Maestría y agrado se refiere a la sensación de ejecución, de logro, al hacer una tarea, y agrado a las sensaciones satisfactorias asociadas con la realización de la misma. Esta técnica, clasificada como el tipo conductual, tiene, a su vez, una finalidad de cambio cognitivo, la de luchas contra el pensamiento absolutista, la lógica de doble valor, de “todo o nada”, enunciados del tipo: “no puedo hacer nada “,”si no me sale perfecto no tiene sentido que lo intente (Beck, 1970).

Por lo cual en la investigación se trabaje en grupo ya que así habrá cohesión dentro de él, esto ayudara los integrantes ya que para ellos es nuevo y tendrán experiencias nuevas de cada uno de ellos y esto a su vez refuerza los pensamientos racionales y conductas positivas

Es importante mencionar que la ansiedad que se genera en la onicofagia, si no es tratada a tiempo puede ser consecuente para generar algún trastorno y esto repercutirá en la vida diaria de la persona ya que por lo general la onicofagia se da un inicio en la población infantil.

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 esta conducta puesto que todavía no están claras.

Todos los seres vivos están expuestos constantemente a múltiples y diversos riesgos de enfermar y de morir. El hombre, que vive en un ambiente sociocultural artificial, es decir, creado y desarrollado históricamente por él mismo, tiene por razones ecológicas y sociales una diversidad grande de riesgos y una oportunidad también mayor de enfrentarse a ellos.

La única terapia para la onicofagia que presenta adecuado sustento en el enfoque cognitivo conductual. Dentro de la terapia conductual, muchos pacientes han encontrado en la terapia de conducta beneficios. La primera parte del tratamiento consiste en el cambio de hábitos. Además, se aplica una terapia de control de estímulos para identificar y eliminar lo que estimula a cada persona a comerse las uñas en las cuales son las distintas técnicas que se utilizaran dentro de la intervención.

Se recomienda utilizar una diversidad de estrategias conductuales para evitar el castigo; ya que, si bien éste es efectivo, es preferible utilizar procedimientos que refuercen el comportamiento. También es importante hacer un seguimiento en el largo plazo para observar si realmente la conducta se eliminó y, en caso necesario, reforzarla con alguna intervención adicional.

Referencias

1. Ajuriaguerra, J. (2001). Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Masson.
Recuperado en:
[https://books.google.com.mx/books?id=dLJ7vmXqWdYC&printsec=frontcover&dq=Ajuriaguerra,+J.+\(2001\).+Manual+de+psiquiatr%C3%ADa+infantil.Barcelona:+Masson.&hl=es&sa=X&ved](https://books.google.com.mx/books?id=dLJ7vmXqWdYC&printsec=frontcover&dq=Ajuriaguerra,+J.+(2001).+Manual+de+psiquiatr%C3%ADa+infantil.Barcelona:+Masson.&hl=es&sa=X&ved)
2. Amador M. (2004). Costumbre menos sana.
Recuperado en: <https://www.elsiglodedurango.com.mx/pdf/2004/06/21/21dgo02c.pdf>
3. Anzieu, D. (1972) Dinámica de grupos. Recuperado en :
<https://auladepsicodrama.com/didier-anzieu>
4. Allport, G. W. (1937). Personality: A psychological interpretation. Journal of Personality, Volumen (30), pp.405-422. Recuperado en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780125414111500077>
5. Azrin, N. y Nunn, G. (1977). Tratamiento de hábitos nerviosos. Barcelona: Martínez Roca.
Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/65869.pdf>
6. Ayuso, J. L. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
Recuperado en :
[https://books.google.com.mx/books?id=_w4FDgHWeeoC&pg=PA81&dq=Ayuso,+J.+L.+\(1988\).+Trastornos+de+angustia.+Barcelona:+Ediciones+Mart%C3%ADnez+Roca.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj4ipDAj63cAhUDh-AKHRpoD4MQ6AEIJzAA#v=onepage&q=Ayuso%2C%20J.%20L.%20\(1988\).%](https://books.google.com.mx/books?id=_w4FDgHWeeoC&pg=PA81&dq=Ayuso,+J.+L.+(1988).+Trastornos+de+angustia.+Barcelona:+Ediciones+Mart%C3%ADnez+Roca.&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj4ipDAj63cAhUDh-AKHRpoD4MQ6AEIJzAA#v=onepage&q=Ayuso%2C%20J.%20L.%20(1988).%20)
7. Bados, A. y Carrasco, D. (2008). Terapia cognitiva de Beck. Recuperado en :
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
8. Baesa, E. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. Ediciones Díaz de Santos. España.
Recuperado en: <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479788506.pdf>

9. Blanco, A. y Anguera, (1991). Sistemas de Codificación. En M^a T. Anguera (Ed.): Metodología observacional en la investigación psicológica. Vol.1. Fundamentación. pp:193-240. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832326022.pdf>
10. Battegay A.(1978). Formación social del grupo. Recuperado en : https://books.google.com.mx/books?id=Z8VtVDjJKnkC&pg=PA46&lpg=PA46&dq=Por+grupo+se+entiende+una+formaci%C3%B3n+social+altamente+organizada+Battegay,+1978&source=bl&ots=AhzTG0WZhO&sig=U_EQD9fuesGRiztl7274UiTFjY0&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwi9g7Lepa7cAhUNT98KHbN-Anzieu
11. Beck. A. (1979). Cognitive therapy of depression. Recuperado en : <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N109-2.pdf>
12. Berner, E. (2011), Hijos Adolescentes, desafío y oportunidad de ayudarlos a crecer Editorial Grijalbo. España. Recuperado en : <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/22/Cordova-Ana.pdf>
13. Bulbena, A. (1986). Psicopatología de la psicomotricidad. In J. Vallejo (Ed.), Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (pp.26). séptima edición, España. Recuperado en:

<http://media.axon.es/pdf/82885.pdf>
14. Bourne, E. (2012), Haga frente a la Ansiedad. Editorial Amat. España. Recuperado en : [https://books.google.com.mx/books?id=1kOIKf4JBEwC&pg=PA4&dq=Bourne,+E.++\(2012\),+Haga+frente+a+la+Ansiedad.+Editorial+Amat.+Espa%C3%B1a&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjU8ZjGh63cAhUjiOAKHeJCAuoQ6AEIKTAA#v=onepage&q](https://books.google.com.mx/books?id=1kOIKf4JBEwC&pg=PA4&dq=Bourne,+E.++(2012),+Haga+frente+a+la+Ansiedad.+Editorial+Amat.+Espa%C3%B1a&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjU8ZjGh63cAhUjiOAKHeJCAuoQ6AEIKTAA#v=onepage&q)
15. Bronfrenbrenner, U. (1987). Estudios de Psicología. Recuperado en: [ConsideracionesEducativasDeLaPerspectivaEcologicaD-3972894.pdf](http://www.elsevier.com/locate/S0014013972894)
16. Burns, D. (2006), Adiós Ansiedad; Cómo superar la timidez, los miedos y las fobias. Editorial Pardos. España. Recuperado en: [https://books.google.com.mx/books?id=5sCSUV6gvn0C&printsec=frontcover&dq=Burns,+D.++\(2006\),+Adi%C3%B3s+Ansiedad;+C%C3%B3mo+superar+la+t](https://books.google.com.mx/books?id=5sCSUV6gvn0C&printsec=frontcover&dq=Burns,+D.++(2006),+Adi%C3%B3s+Ansiedad;+C%C3%B3mo+superar+la+t)

imidez,+los+miedos+y+las+fobias.+Editorial+Pardos.+Espa%C3%B1a&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj21--

17. Cano A. (2011). Ansiedad y Estrés. Recuperado en:
http://www.ansiedadystres.org/content/que_es_la_ansiedad
18. Cano, A.S., Peniche, J. y Arellano, I. (2001). Lecciones de dermatología. México: EDAMSA. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/html/292/29215963009/>
19. Comaton, G. (1969). Grupos y sociedad: Iniciación a la psicología de los grupos. Venezuela, editorial Tiempo Nuevo. Recuperado en:
<https://books.google.com.mx/books?id=z1lfuFW40OYC&printsec=frontcover&dq=caracteristicas+de+los+grupos+sociales+pdf&hl=es&sa=X&ved=>
20. Collet P. (2008). Lenguaje sin palabras. Editorial Grasindo. España
Recuperado en:
[https://books.google.com.mx/books?id=x07s6-yQWaEC&printsec=frontcover&dq=Collet+P.+\(2008\).+Lenguaje+sin+palabras.+Editorial+Grasindo.+Espa%C3%B1a&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjgi5WgnZvcAhUlja0KH](https://books.google.com.mx/books?id=x07s6-yQWaEC&printsec=frontcover&dq=Collet+P.+(2008).+Lenguaje+sin+palabras.+Editorial+Grasindo.+Espa%C3%B1a&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjgi5WgnZvcAhUlja0KH)
21. Cole, P.M., Bruschi, C.J. & Tamang, B.L. (2002). Cultural differences in children's emotional reactions to difficult situations. *Children Development*, Vol.73, pp.983-996. Recuperado en : <https://core.ac.uk/download/pdf/75988838.pdf>
22. Cortés E. y Oropeza R. (2011). Intervención conductual en un caso de onicofagia. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, vol. 16, núm. 1, pp. 103-113. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29215963009.pdf>
23. Cartwright, D. y Zander C.(1971). *Dinamica de grupos*. México, Trillas. Recupeado en <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/GruposT%C3%A9cnicasDin%C3%A1micasClima.pdf>
24. Clark, D.M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52-96). Oxford: Oxford University Press.
25. Cattell, R. (1950). The scientific ethics of beyond. Volumen 6, Issue 4
Recuperado en: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1950.tb02161.x>

26. Dicaprio, N. (1989), Teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill. tercera edición. Recuperada en: <https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/teorias-de-la-personalidad-susan-cloninger.pdf>
27. Davidson, D. (1980). Essays on Actions Events. Nueva York: Oxford University. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147112816005.pdf>
28. De la fuente, R. (1992), La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. Salud Mental, vol. 27, núm. 4, agosto, pp. 18-25. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58242703.pdf>
29. Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. Journal of General Psychology, 59, pp.35-49. Reprinted by the Institute for Rational-Emotive Therapy, Nueva York. Recuperado en: <https://doi.org/10.1080/00221309.1958.9710170>
30. Ellis, A. (1980). The use of rational humorous songs in Psychotherapy. Voice, 16, 29-36. Recuperado en: [https://books.google.com.mx/books?id=pPeFALg673MC&pg=PA254&lpg=PA254&dq=Ellis,+A.+\(1981\).+The+use+of+rational+humorous+songs+in+Psychotherapy.+Voice,+16,+29-36.&source=bl&ots=ETxh-hpbAZ&sig=jIjD0PEBSnMo6xeL9G2TAnn7NUA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi6ib-OsJrcAhVi6IMKHZ](https://books.google.com.mx/books?id=pPeFALg673MC&pg=PA254&lpg=PA254&dq=Ellis,+A.+(1981).+The+use+of+rational+humorous+songs+in+Psychotherapy.+Voice,+16,+29-36.&source=bl&ots=ETxh-hpbAZ&sig=jIjD0PEBSnMo6xeL9G2TAnn7NUA&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwi6ib-OsJrcAhVi6IMKHZ)
31. Ellis, A. y Harper G. (1975). Manual de Terapia Racional Emotiva. Vol. 2. Bilbao. Desclée De Brouwer. Recuperado en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2015_cap4.PDF
32. Ellis, A. y Abraham R. (1980). Discomfort anxiety: a new cognitive behavioral construct: Part 2. Rational Living, pp. 25-30. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.28.3.452>
33. Ellis, A. y Dryden, W. (1989). Rational-emotive therapy. En W. Dryden, W.L. Golden (Eds.), Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy. Londres. Harper and Row. 129-168. Recuperado en: [https://books.google.com.mx/books?id=MI5mqWdmsbMC&pg=PA270&lpg=PA270&dq=Dryden,+W.+y+Ellis,+A.+\(1986\).+Rational-emotive+therapy.+En+W.+Dryden,+W.L.+Golden+\(Eds.\),+Cognitive-](https://books.google.com.mx/books?id=MI5mqWdmsbMC&pg=PA270&lpg=PA270&dq=Dryden,+W.+y+Ellis,+A.+(1986).+Rational-emotive+therapy.+En+W.+Dryden,+W.L.+Golden+(Eds.),+Cognitive-)

- behavioral+approaches+to+psychotherapy.+Londres.+Harper+and+Row.+129-168.&source=bl&ots=nZ3iXOYXTz&sig=TH9teGLxT91LhJwhZU83EZnHYrE&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjN7OmVq5rcAhVMIKwKHVEuBGEQ6AEIKjAA#v=
34. Eisenberg, N. (1996). Values, sympathy, and individual differences: Toward a pluralism of factors influencing altruism and empathy. *Psychological Inquiry*, Vol.2, pp. 128-13. Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/pdf/805/80531207.pdf>
35. Eisenberg, N. (2004). Developmental differences in the understanding of and reaction to others' inhibition of emotional expression. *Developmental Psychology*, Vol.3, p.p. 526-537. Recuperado en:
<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.33.3.526>
36. Fabes, E. (2001). Desarrollo evolutivo. Recuperado en :
<http://procesosevolutivosciclo.blogspot.com/2016/11/desarrollo-evolutivo-de-6-12-anos-ninez.html>
37. Folkman, S. y Lazarus, R. (1980). Estrés y procesos cognitivos. Recuperado en :
<http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>
38. Ferro, M.J. (2005). Técnicas de modificación conductual aplicables en la clínica odontológica. Recuperado en : <http://www.redalyc.org/pdf/292/29215963009.pdf>
39. Freeman, S. (1983). Severity of symptoms in relation to medical/psychiatric problems and life experiences. *Perceptual & Motor Skills*, Vol.74, p.p.787-799. Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618319004.pdf>
40. García, J. (2014), Diseños experimentales de series temporales. Universidad Madrid. España. Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/pdf/1806/180642877006.pdf>
41. Garfield, S. (1979). *Psicología clínica*. México, Editorial El Manual Moderno. Recuperado en:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num2/vol9n2art3.pdf>
42. Galindo, J. (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. Pearson Educación. México

- Recuperado en:
<https://books.google.com.mx/books?id=5a0Jdv7lp9oC&printsec=frontcover&hl=es>
43. Galimberti, U. (2006). Diccionario de Psicología. Fondo editorial, México: Siglo XXI.
 Recuperado en:
<http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1152/2013%20diccionario%20de%20psicologia-Ezequiel%20Ander-Egg.pdf;jsessionid=06E4A8830130B1A51E1B30DD717992A9?sequence=1>
44. Gómez, A.(2010). Las causas psicológicas de “comerse las uñas”. Recuperado en:
<http://www.eluniversal.com.mx/articulo/ciencia-y-salud/salud/2016/03/5/las-causas-psicologicas-de-comerse-las-unas>
45. González Núñez, J. J. (1992). Interacción grupal. México: Nociones.
 Recuperado en: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/psicote_grupo/21.pdf
46. Gutiérrez, M. (1996). Ansiedad y deterioro cognitivo: incidencia en el rendimiento académico. Ansiedad y Estrés, Vol.2, p.p. 173-194. Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551017.pdf>
47. Harris, R.(1989). Juego simbólico. Recuperado en :
https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2349/01.MMAC_PRIMERA_PARTE.pdf
48. Harter, S. (1996). The relationship between perceived competence, affect, and motivational orientation within the classroom: process and patterns of change., A social-development perspective. New York: Cambridge University Press.
 Recuperado en:
<http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/xcongreso/pdfs/cc/cc3.pdf>
49. Iruarrizaga, E. y Manzano, S. (1999) Intervención cognitivo conductual en los problemas de ansiedad de evaluación. Revista psicología. Vol. 3, No. 1.
 Recuperado en:
[http://webs.ucm.es/info/masteran/pub/ansi_eval/Psicol.COM,3\(1\)_Interv_cog_conductual_en_problema_ansiedad_eval_lru_Sal.pdf](http://webs.ucm.es/info/masteran/pub/ansi_eval/Psicol.COM,3(1)_Interv_cog_conductual_en_problema_ansiedad_eval_lru_Sal.pdf)
50. Juster , O.(2004).Niñez intermedia. Recuperado en :
https://issuu.com/josueteranzabaleta/docs/ni__ez_intermedia_etc

51. Kissen, M. (1989). *Dinámica de grupos y psicoanálisis de grupo*. México, Editorial Limusa.
Recuperado en : <https://www.octaedro.com/appl/botiga/client/img/08002.pdf>
52. Lugalía, M. (2003), *The Role of ICT in developing mathematical resilience in learners*. Recuperado en : https://www.researchgate.net/publication/262950745_Lugalía_M_Johnston-Wilder_S_and_Goodall_J_2013_The_Role_of_ICT_in_developing_mathematical_resilience_in_learners_INTED_2013
53. Lang, P. J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct*. En J. U. H. Shilen (Ed.), *Research in psychotherapy*, (Vol. 3, pp. 90- 102). Washington: American Psychological Association. Recuperado en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012_Martinez-Monteaigudo_etal_AnsiedadyEstres.pdf
54. Maccoby, E. E. (1984). *Middle childhood in the context of the family*. In W. A. Collins (Ed.), *Development During Middlechildhood, the Years from Six to Twelve* (pp. 184-235). Washington DC: National Academy Press. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79832492014.pdf>
55. Magaña, M. (2003). *Dermatología*. México: Médica Panamericana. Recuperado en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v19_n3/pdf/a09v19n3.pdf
56. Marks, E. y Neese, A. (1994). *Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders*. Recuperado en : [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(94\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0162-3095(94)90002-7)
57. Martínez, A. (1986). *Pensamiento irracional de las personas*. Recuperado en : <http://www.scielo.br/pdf/ep/2016nahead/1517-9702-ep-S1517-9702201610149719.pdf>
58. Martínez, J., González, C. y Correa, E. (2004). *Conductas repetitivas centradas en el cuerpo*. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. Recuperado en: http://www.zheta.com/user3/files/5diciembre_conductas.pdf
59. Méndez C. (2002). *La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia*. Servicio de *Publicaciones de la Universidad de Murcia*. Recuperado en: http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/03-19_2.pdf

60. Menaghan, E.G. (1983). Individual coping efforts: Moderators of the relationship between lifestress and mental health outcomes. En H.B. Kaplan (ed.), Psychosocial stress: Trends, theory and research (pp. 157-191). Nueva York: Academic Press.
Recuperado en :
[https://books.google.com.mx/books?id=n2_oLmZs1R4C&pg=PA432&lpg=PA432&dq=Menaghan,+E.G.+\(1983\).+Individual+coping+efforts:+Moderators+of+the+relationship+between+lifestress+and+mental+health+outcomes.+En+H.B.+Kaplan+\(e+d.\),+Psychosocial+stress:+Trends,theory+and+research\(pp.+157-191\).+Nueva+York:+Academic+Press.&source=bl&ots=w5x1vnrayO&sig=gk7u1guLxW3BJL8nR3zUMhuGm4Y&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjw_LyQ-](https://books.google.com.mx/books?id=n2_oLmZs1R4C&pg=PA432&lpg=PA432&dq=Menaghan,+E.G.+(1983).+Individual+coping+efforts:+Moderators+of+the+relationship+between+lifestress+and+mental+health+outcomes.+En+H.B.+Kaplan+(e+d.),+Psychosocial+stress:+Trends,theory+and+research(pp.+157-191).+Nueva+York:+Academic+Press.&source=bl&ots=w5x1vnrayO&sig=gk7u1guLxW3BJL8nR3zUMhuGm4Y&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjw_LyQ-)
61. Meneghello, J. (2000). Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Buenos Aires: Panamericana. Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/pdf/292/29215963009.pdf>
62. Morales, O. (2010). El vicio de comerse las uñas. Recuperado en:
http://www.companiamedica.com/salud_&_belleza/onico-fagia.html
63. Morris (2000). "Psicología". Prentice Hall. Recuperado en:
<https://cucjonline.com/biblioteca/files/original/86ac7ac5dc9cd7757787b9aaad6cad57.pdf>
64. Musen, Coger y Kagan (1972). Desarrollo de la personalidad en el niño. México. Trillas.
Recuperado en:
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/viewFile/1687/1096>
65. Newcomb, L. (1976). Psicología social. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
Recuperado en :
<http://www.redalyc.org/pdf/805/80515307.pdf>
64. Oblitas (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. Mexico: Thomson.
Recuperado en: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
65. Olmsted, R. (1963). La dinámica de grupo. Recuperado en :
<http://www.uvg.edu.gt/cd/competencias/Anexo%201-Grupos efectivos.pdf>
66. Palacios, A. (1975). Técnica de grupo en psicoanálisis. Recuperado en :
http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/psicote_grupo/21.pdf

67. Puerto, J. (2002). Concepción de infancia. Recuperado en : <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/view/1687/4634>
68. Papalia D. y colaboradores (2005), Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia, 9na Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México, pp.230-236; 397-413 Recuperado en : <http://www.ceum-morelos.edu.mx/libros/libropsicologia.pdf>
69. Pardinas, F., Metodología y técnicas de investigación en Ciencia Sociales, Siglo XXI, pp. 62-80
Recuperado en: <https://www.campus.fundec.org.ar/admin/archivos/Pardinas.pdf>
70. Parke, R. y Buriel, N. (1998). Una mirada al interior. Recuperado en : https://www.researchgate.net/publication/276231880_Una_mirada_al_interior_de_la_cueva_in_Avitabile_Claudia_Domenici_Davide_Piero_Gorza_coor_Maya_y_Zoque_Miradas_Italianas_Centro_de_estudios_Mayas_Mexico_DF
71. Reid, L. (2011), Quiromancia, arte de leer las manos, editorial Amat. España
Recuperado en:
https://books.google.com.mx/books?id=7HNrpP2vj1AC&printsec=frontcover&dq=quiromancia+lori+reid+libro&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwihia2utO_bAhUEIKwKHZDyAfoQ6AEIJzAA#v=onepage&q=quiromancia%20lori%20reid%20libro&f=false
72. Rapaport, D. (1960), The structure of psychoanalytic Theory. Psychology Issues. Vol. H, nume. 2, Nueva York, EE.UU: International Universities Press.
Recuperado en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/000306517302100113>
73. Rotenberg, K. J., y Eisenberg (2004), N. Interpersonal Trust during Childhood and Adolescence editado Cambridge. Recuperado en:
<https://books.google.com.mx/books?id=XU6iJjVQtBkC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=rotenberg+y+eisenberg+2004&source=bl&ots=iRVQju-3Pa&sig=48sLhqAX3HNEWul3p7urXB2nPvc&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiqmrGI>
74. 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. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/3242/324243574002.pdf>

75. Sabido, C. (1992). El proceso de investigación. Publicado también por Ed. Panamericana, Bogotá, y Ed. Lumen, Buenos Aires.
Recuperado en: https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/el-proceso-de-investigacion_carlos-sabido.pdf
76. Shaw, R y Beck, E. (1981). *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. 1st edition, New York.
Recuperado en: https://books.google.com.mx/books?id=3O7dBgAAQBAJ&pg=PT156&lpg=PT156&dq=shaw+y+beck+1981&source=bl&ots=ttyBvayT6M&sig=RUs8IMP-P1FYIFF9Cwyv_8wlzjE&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjK9uWn96bcAhWHNd8KHc
77. Saarni, A. (1998), "Emotional competence and self regulation in childhood", en *Emotional development and emotional intelligence*, Nueva York, Basic Books, pp. 35-66. Recuperado en:
<http://www.redalyc.org/html/2991/299138522006/>
78. Sandín, B. (1995). *El estrés. Manual de psicopatología* (vol. 2) (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf>
79. Salgado M. (2012). Aspectos metodológicos para el estudio de la morbilidad por encuesta en comunidades pobres urbanas. *Revista Condiciones de vida y salud en México*. Recuperado en:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>
80. Sánchez, C. (2012). Significado psicológico de familia, papá y mamá en adolescentes. *Revista Psicología Iberoamericana*. Recuperado de:
www.redalyc.org/articulo.oa?id=133924623003
81. Sprott, W. (1960). *Grupos humanos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
Recuperado en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133994SO.pdf>
82. Tobal (1996). *Análisis y Estrés en el Ámbito Educativo*. Revisas académicas Vol. 4, Número 2-3. Recuperado en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gestedu/article/view/15148/revistagestionedu.eae%40ucr.ac.cr>

83. Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), Manual de modificación de conducta. (pp. 229-264). Madrid: Alhambra.
84. Wessler, S. (1998). Manual Teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas. Recuperado en : <https://es.scribd.com/document/331072981/Manual-Teorico-practico-de-Psicoterapias-Cognitivas-2a-Ed-1>
85. Wells, J., Haines, J. (1998). Severe morbid onychophagia: the classification as self-mutilation and a proposed model of maintenance. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32.. Recuperado en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3109/00048679809068328>
86. Wells JH, Haines J, Williams CL. Department of Psychology,. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry [1999, Recuperado en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3109/00048679809068328>
87. Webster's. R. (1979). El afrontamiento. Recuperado en : <http://www.redalyc.org/pdf/727/72709203.pdf>
88. Woods, D., Wayne, R., Siah, A., Murray, L., Welch, M., Blackman, E. y Seif, T. (2001). Understanding habits: A preliminary investigation of nail biting functions in children. Education and Treatment of Children, 24, 200-215.

Anexo 1

HISTORIA CLINICA MULTIMODAL INFANTIL

Fecha:

Nombre del niño/a:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Nombre de los padres:

Domicilio:

Teléfono:

Curso escolar actual:

Centro escolar:

Nombre del tutor/a:

1. MOTIVO DE CONSULTA

- Descripción del problema por los adultos consultantes
- Preguntarle al niño si sabe por qué le traen hasta aquí

2. IDENTIFICACION DE DESENCADENANTES DEL MOTIVO DE CONSULTA

- ¿Cuándo comenzó este problema?
- ¿A qué lo atribuyen los familiares y el mismo niño?
- ¿Cómo ha ido evolucionando?
- ¿Cómo han intentado solucionarlo cada familiar?

3. ANTECEDENTES PERSONALES

- Estado somático del niño actual y enfermedades pasadas relevantes
- Otros problemas emocionales anteriores del niño
- Hábitos de salud: comida, sueño, esfínteres, ejercicio...Problemas
- Datos de embarazo y parto
- Desarrollo psicomotor (primeros pasos, primeras palabras..)
- Desarrollo intelectual (nivel de lenguaje y conocimientos)
- Desarrollo socioafectivo (relaciones con otros niños y adultos)

4. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Composición familiar: componentes, parentesco, edades y profesión
- Antecedentes somáticos actuales y pasados
- Antecedentes psíquicos actuales y pasados
- Problemas socioeconómicos
- Problemas familiares y conyugales

5. PERFIL MULTIMODAL CON EL NIÑO Y FAMILIARES

Nota: Permite ampliar la información anterior. Tiene subáreas para los familiares y el niño. A menudo, excepto en casos de grave retraso en el desarrollo, es deseable la entrevista conjunta niño-adultos, y si es posible con el niño a solas después. Es importante explicar al niño que tiene derecho a la confidencialidad de sus datos respecto a los adultos (p. e los padres); e informar a los padres previamente de ello.

5.1. área cognitiva:

- Padres:
- Como describen el carácter del niño, su manera de ser
- Con qué padre le identifican más (¿a quién se le parece más?)
- A qué causa atribuyen los problemas cada padre
- Que normas exigen cumplir al niño (p.e estudios, aseo...)
- Cuales considera cada padre, que son las mayores virtudes y defectos de su hijo/a
- Preguntar si tienen proyectos sobre su hijo en el futuro
- Preguntar sobre si le observan algún retraso del lenguaje, intelectual o psicomotor o dificultad escolar
- Preguntar si el niño refiere preocupaciones-temores y de qué tipo
- Niño/a:
- Preguntarle que nos diga qué tipo de niño/a es, que nos diga cómo es su manera de ser
- Proyectos del niño: ¿Que te gustaría ser de mayor? ¿Qué edad te gustaría tener?
- ¿Qué clase de cosas te gusta soñar o imaginar?
- Sexualidad: ¿Si volvieras a nacer te gustaría ser niño o niña...? ¿Puedes explicarme en que se diferencia un niño de una niña?
- Contar algún sueño o pesadilla
- Dibujar un niño y pedirle que nos cuente-invente una historia sobre él/ella

5.2. Área afectiva:

- Padres:
- Que cosas han observado que le dan más miedo, alegría, enfado y tristeza al niño/a
- Como expresan su alegría y disgusto al niño (alabanzas, regalos, actividades conjuntas, etc.)
- Niño/a:
- Pedirle que nos cuente que cosas le dan más miedo, alegría, enfado y tristeza
- Pedirle que nos haga un dibujo sobre los sentimientos ("dibuja un niño que está alegre, triste, asustado o enfadado ") y cuéntame que le pasa, como se siente

5.3. Área somática:

- Padres:
- Problemas de salud actuales del niño y tratamiento en curso
- Pedirles que nos describan si hay problemas de sueño, alimentación o control esfinterial
- Niño/a:
- Pedirle que nos diga si padece molestias o dolores corporales y a qué los achaca
- Preguntarle si tiene problemas de sueño, comida o esfínteres
- Pedirle un dibujo sobre la enfermedad y que se invente una historia al respecto

5.4. Área interpersonal:

- Padres:
- Problemas familiares, conyugales, laborales y económicos
- Como se relaciona el niño con cada padre, y hermanos, otros familiares cercanos, amigos y profesores.
- Con quién se lleva peor y mejor. ¿Qué sucede en eso?
- Niño/a:
- Pedirle que nos hable de su familia, padres, hermanos...
- ¿Qué te gustaría que cambiara de (cada padre, hermano...)?
- ¿Tienes amigos/as? ¿Cómo se llaman? ¿Qué te gusta hacer con ellos?
- ¿Cuáles son tus juegos preferidos? ¿Juegas con tus padres, hermanos...?
- ¿Celebran tus cumpleaños? ¿Como? ¿Quienes participan?
- Pedirle que dibuje a su familia y cuente una historia sobre ella. Después lo mismo con un amigo y el colegio.

5.5. Área conductual:

- Padres:
- Qué conductas agradan más y menos a los padres de su hijo/a y como actuan ante las mismas (castigos y premios)
- Actividades, juegos y personas preferidas del niño, segun cada padre
- Niño/a:

- Colegio: Pedirle que nos diga que le gusta/disgusta más del colegio y que asignaturas se le dan mejor/peor; así como se lleva o le parece sus profesores
- Pedirle que nos cuente que actividades, juegos y personas se los pasa mejor
- Pedirle que nos diga cuales personajes de los dibujos, cuentos, y tele son sus preferidos y que les gusta de ellos
- Cómo y con quién celebra su santo y cumpleaños y si se lo pasa bien
- Posibilidad de si tenemos juguetes a mano pedirle al niño que seleccione los que desee y se invente una historia con ellos y nos la cuente (preguntarle por los personajes, que ocurre, que siente y piensa cada uno, y como terminará la historia).

Anexo 2

AUTORREGISTRO DE EMOCIONES Y PENSAMIENTOS

Adaptación de Vázquez (2003)

Nº Expediente:

Semana:

| FECHA Y HORA | SITUACIÓN ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Dónde estaba, con quién y qué sucedía? | EMOCIÓN(ES) ¿Qué emociones sintió (ira, ansiedad, miedo, tristeza, etc.)? ¿Cómo de intenso fue lo que sintió en una escala del 1 al 10? | PENSAMIENTOS ¿Qué le vino en ese momento a la cabeza (recuerdos, imágenes, ideas, etc.)? ¿En qué grado de 0 a 10 pensó que esos pensamientos eran claros? |
|--------------|--|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Anexo 3

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesion1: Encuadre, aplicación de la entrevista semiestructurada y explicación sobre la intervención que se dará.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|-----------------------------|--|--|---------------|--|
| 1 | Encuadre | Explicar el objetivo sobre la intervención y que se informe sobre lo que es la onicofagia. | Se menciona el objetivo de la intervención y el objetivo de la sesión en donde se dará información sobre la onicofagia. En la cual será 20 sesiones que deben de tomar en tiempo y forma los participantes. | 15 min. | Trípticos. |
| 2 | Entrevista semiestructurada | Conocer a los padres y al infante que será tratado para informar sobre lo que va tratar en las sesiones. | Por medio de la entrevista se va recabar información necesaria para la intervención, ya que es importante él porque de la conducta atípica se fue desencadenando. | 40 min. | Formato de la entrevista semiestructurada. |

| | | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|--------|--|
| 3 | Técnica de contrato contingencias. | Se les explicara acerca de lo que es un contrato de contingencia para que se lleve a cabo. | Los términos del contrato de contingencias deben ser consensuados y quedar por escrito en el cual el sujeto se compromete a seguir las pautas exigidas por el terapeuta, acudir a las sesiones en tiempo y forma. | 20min. | Laptop, diapositivas con la información. Hojas blancas Plumas y lápices. |
|---|------------------------------------|--|---|--------|--|

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 2: Comienza a desarrollarse la transferencia, aparecen las ansiedades persecutorias frente a la nueva situación, el terapeuta, los otros niños y la situación grupal.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|---------------------------------|--|--|---------------|---|
| 1 | Presentarse entre participantes | Relacionarse entre ellos y lograr cohesión grupal. | Para lograr una cohesión grupal se deben presentar los participantes, por medio de una dinámica los participantes se colocaran hojas en su espalda con su nombre, edad, comida favorita, animal favorito y hobbies, para que después caminen en círculos y ellos se vayan fijando quienes son. | 20 min. | Hojas blancas Plumones Plumas |
| 2 | Tareas de autoregistro | Se explicara en que consiste la dicha técnica. | Consiste en el momento en el que ocurre la conducta y demás eventos que detonen el pensamiento irracional el deberá anotarlas en una libreta. | 35 min | Lápices Hojas blancas Material para exponer el tema será didáctico. |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 3: Reforzar en el individuo el deseo de conocerse a sí mismo fortaleciendo así su propia identidad.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|--|----------|---|---------------|------------|
| 1 | Estrategias para la activación conductual. | | por medio de sus compañeros será más enriquecedor su conocimiento ya que van a tener aprendizaje por medio de ellos y formaran vínculos de amistad que ayudara a reforzar los pensamientos racionales | 15 min | |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 4:

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|--|--|---|-----------------|---|
| 1 | Revisión progreso del autoregistro. | El objetivo se esté cumpliendo. | En esta sesión habrá una revisión del progreso del autorregistro. | 20min | |
| 2 | Entrenar al paciente en la identificación de cogniciones o pensamientos automáticos. | Profundización en el conocimiento que se llevó a cabo. | Explicar que es y su función. Por medio de la información dada y explicada los participantes harán un mapa mental donde se realizara una jerarquización de las diferentes situaciones que generan pensamientos irracionales para detonar la ansiedad en el sujeto, y entre compañeros dar ejemplos y, a su vez expresar. | 15min 30 min | Laptop ,diapositivas Hojas blancas Colores Lápices Plumones |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 5:

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|---|--|--|------------------|--|
| 1 | Centrarse en las creencias valorativas. | Deben pensar en todo aquello que aqueja y se convierte en un pensamiento irracional. | Explicación sobre lo que es y su función. Los participantes aporta a las situaciones irracionales consisten principalmente en pensamientos que incluyen un "debería" o "tengo que". | 15 min 30 min | Laminas con descripción sobre la información. Hojas blancas Lápices |
| 2 | Situaciones de alto riesgo. | Dentro de la sesión haya estrategias de cambio | Explicación sobre el tema y ejemplos Los participantes darán como posibles recaídas, la reestructuración y reconocimiento de creencias favorecedoras acerca de la onicofagia. | 15min 30 min | Laminas con descripción sobre la información. Hojas blancas Plumones Plumas |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 6: Reforzar en el individuo el deseo de conocerse a sí mismo fortaleciendo así su propia identidad.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|---|--|---|-----------------|--|
| 1 | Exploración de los supuestos subyacentes. | Aporten la causa de las emociones y conductas inapropiada. | Explicación sobre el tema. Aquí se apoyaran de hojas y colores para que se expresen, y den ejemplos de lo que hace que exista un pensamiento irracional. | 15min 20 min | Laptop y diapositivas Hojas blancas |
| 2 | Exposición entre participantes. | Respetar las opiniones de los demás. | Por medio de la exposición de cada participante darán su punto de vista para que así entre el grupo se apoyen y refuercen los pensamientos racionales. | 30 min | |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 7:

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|--------------------------|--|--|------------------|--|
| 1 | Técnica maestría | Aprender a reconocer, regular las propias emociones. | <p>Explicar el tema y su función.</p> <p>Los participantes mencionaran como han logrado que la conducta atípica ya no sea un factor detonante que provoque en ocasiones pensamientos irracionales que plasmaran en hojas por medios de dibujos y palabras claves.</p> <p>Esto hará que entre compañeros exista la motivación para llevarlo a cabo y se refuerce más los pensamientos y conductas racionales y vaya existiendo un cambio.</p> | 10 min 30 min | Laptop y diapositivas Hojas blancas Colores |
| 2 | Técnica de afrontamiento | Ilustrar que es y en que consiste. | <p>El afrontamiento busca, de algún modo suavizar o atenuar el impacto de las demandas que será la onicofagia.</p> <p>En donde los participantes por medio de un mapa mental explicaran como llevaran a cabo para que las conductas y pensamientos irracionales se reduzcan, y toleren el impacto de las mismas.</p> | 15 min | Laptop y diapositivas Hojas blancas Lápices Colores |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 8:

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|--|--|--|---------------|--|
| 1 | Técnica de Entrenamiento en solución de problemas. | Se dará una explicación sobre de que se trata y en que consiste. | Los participantes 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. | 45 min | Laminas con la información acerca del tema Hojas Lápices Plumones |
| 2 | Tormenta de ideas | Generar un conocimiento en el participante. | Hacer una lista con las alternativas mediante una 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. Al final dar una retroalimentación de la sesión. | 20 min | Hojas Plumones |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 9: Generar un conocimiento en el participante, ya que será necesario para su vida diaria.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|--|---|--|---------------|------------|
| 1 | Revisión de autoregistros. | Se cumpla el objetivo planteado de un inicio. | Las tareas de autoregistros realizados y como es que los pensamientos irracionales van siendo trabajados. | 30 min | |
| 2 | Retroalimentación acerca de la sesión. | Ser asertivo para reforzar conducta. | Dar una retroalimentación de los resultados que van teniendo conforme a la conducta atípica, y apoyar en que se le complica para reforzar más las conductas y pensamientos racionales. Con esto se reforzara la conducta positiva. | 20 min | |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 10:

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|---------------------------------|--|--|---------------------|------------|
| 1 | Revisión de objetivos pautados. | Cumplimiento de los objetivos. | Apreciación de si estos se han cumplido los objetivos. A su vez, den una explicación de cómo lo están logrando y que necesitan para llevarlo a cabo a la práctica. También se revisara la parte de las tareas de autoregistro esto es para verificar que se está llevando acabo lo acordado. | 20 min 20min | |
| 2 | Técnica de role-play. | Terapeuta que lo guía a través de la observación-participante, | Facilitar en el niño la posibilidad de favorecer el cambio de conducta frente a la problemática que enfrenta, ya que, al externalizar a través del hacer-creer o simular ser otro, se harán en parejas la técnica. | 30min | |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 11: Ayudar a que identifiquen situaciones predisponentes que les causa las recaídas.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|----------------------------------|---|---|---------------|--------------------------|
| 1 | Evitar recaídas | Como lograr combatirlos. | Mencionar los pensamientos más irracionales que han tenido los participantes y como han logrado combatirlos. Ya que se predisponen a distintos cambios en su vida cotidiana. | 20 min | Hojas blancas Lápices |
| 2 | Situaciones de alto riesgo (SAR) | Instruir a los participantes en que consiste dicha técnica. | Por medio de los supuestos subyacentes ya trabajado anteriormente, los participantes describirán las situaciones de alto riesgo que les puede provocar roerse las uñas. En la cual enlistaran las situaciones. | 40min. | Hojas blancas Lápices |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 12: Instruir al paciente sobre el uso reestructuración cognitiva.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|--|--------------------------------------|---|---------------|---|
| 1 | Técnica de reestructuración cognitiva. | Explicar en qué consiste la técnica. | Consiste en que el participante con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos irracionales, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. | 60 min. | Hojas blancas Lápices Laptop Diapositivas |
| | | | El terapeuta formula una serie de preguntas y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos. También habrá registro de pensamientos es una herramienta básica de la RC. Se trata de un registro de experiencias, junto con los pensamientos, emociones y conductas que las acompañan. | | |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 13: Identificar los pensamientos que más sobre salen con frecuencia.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|-------------------------|---|--|---------------|--------------------------|
| 1 | Técnica triple columna. | Instruir a los participantes con la información acerca de la técnica. | A los participantes se otorgara unas hojas en blanco que pueden tener 3 (normalmente) o más columnas con los bloques dispuestos de izquierda a derecha de la siguiente manera: situaciones, pensamientos negativos, respuesta racional. Para que el paciente sea capaz de hacerlo, es preciso el haber realizado junto con el terapeuta un importante trabajo de debate con el tipo de ideas que más malestar le producen. | 50min | Hojas blancas Lápices |
| | | | El terapeuta prepara a los participantes para que se cuestione constantemente la veracidad de sus cogniciones y descubra sus errores cognitivos y el cómo ellos lo van a trabajar y lo llevaran a la práctica. | 30min | |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 14: Aprender acerca de las distintas opiniones y posturas de acuerdo a los participantes.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|--|----------|--|---------------|---|
| 1 | Retomar la exploración de los supuestos subyacentes. | | <p>En donde cada uno de los integrantes del grupo va dar un ejemplo de alguna situación subyacente y cómo fue que mejoro en la conducta, para esto se trabajara en parejas para que de nuevo se trabaje con el rol playing para que se coloquen en el lugar del otro y como harían para mejorarlo.</p> <p>Y aporten la causa de las emociones y conductas inapropiadas a los pensamientos irracionales y por lo tanto la modificación de estos pensamientos tiene el objetivo de producir un efecto emocional y conductual</p> | 60min | Hojas blancas Plumones Colores Lápices |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 15: Desarrollar flexibilidad de opinión y postura de cada uno de los participantes.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|---|----------|--|---------------|---|
| 1 | Reforzar identificación de cogniciones. | | Ya se había trabajado con ello en la sesión 4 con los pensamientos automáticos, por lo cual se realizara una jerarquización de las diferentes situaciones que generan pensamientos irracionales para detonar la ansiedad en el sujeto por medio de una mapa mental expresando las situaciones y al finalizar explicarlo frente al grupo , y entre compañeros dar ejemplos. | 40 min | Hojas blancas Cartulinas Lápices Plumones Lápices |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 16: Instruir a los participantes al término de la terapia y que tengan escucha activa.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|-----------|----------|---|---------------|------------|
| 1 | | | <p>Dado que se exige como un periodo cargado de connotaciones clínicas, emocionales en el término de terapia. También se hará mención a los padres de familia ya que ellos accedieron al tratamiento que se les brindara a sus hijos.</p> <p>En lo cual se va trabajar lo siguiente con los participantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ayudar a que el paciente se atribuya los méritos de los cambios que se han producido en el proceso terapéutico.• Ayudar a que el paciente se atribuya los méritos de los cambios que se han producido en el proceso terapéutico.• Ayudar a que el paciente se atribuya los méritos de los cambios que se han producido en el proceso terapéutico | | |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 17: Que aprendan a construir una base común con otras personas y opinen al respecto.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|---|-----------------------------------|--|---------------|-----------------------------------|
| 1 | Se retomara la sesión 6 exploración de los supuestos subyacentes. | Reforzar pensamientos racionales. | Se seguirá trabajando con lo anterior de la sesión 6 en el cual es la exploración de los supuestos subyacentes que aporten la causa de las emociones y conductas inapropiadas a los pensamientos irracionales y por lo tanto la modificación de estos pensamientos tiene el objetivo de producir un efecto emocional y conductual para que el paciente deje de realizar la conducta de roerse las uñas. En la cual realizaran dibujos y palabras claves en una cartulina acerca del tema, así ver cómo se va reforzando la conducta. | 40 min | Cartulinas Colores Plumones |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 18: Desarrollar la capacidad de dialogar y respetar las opiniones de los otros.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|--|------------------------|---|---------------|------------|
| 1 | Preguntar a los participantes ciertas preguntas acerca de los pensamientos irracionales. . | Reforzar las recaídas. | Se le preguntara al paciente ¿cuáles fueron las recaídas más negativas que tubo, que aprendizaje le dejo y a su vez como fue que las enfrento?, con esto es para verificar cómo fue que el afrontamiento lo llevo a no tener un pensamiento irracional, esta parte del afrontamiento se vio en la sesión 7. En donde habrá debate dentro del grupo. | 1 hora 30 min | |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 19: Adquirir mayor capacidad para identificar el aprendizaje que ha tenido.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|---|---|---|---------------|------------|
| 1 | Indagar acerca de lo aprendido con los participantes. | Motivarse con los compañeros y ser asertivos. | <p>Se le preguntara al paciente que reflexione sobre lo que ha aprendido y como lo fue logrando, ya que es importante porque el ya estará familiarizado con las técnicas, sobre todo como trabajar con las recaídas y el paciente dejara de tener la conducta atípica de un inicio.</p> <p>Hay que explicitar ante el paciente que es él mismo el que tiene el control de su problema por lo que si se diera alguna recaída, sería él mismo el que puede redefinirla como una simple caída. La diferencia entre ambos términos la marca el control que nos atribuyamos sobre el problema que nos llevó a consulta y los pensamientos que surjan ante la revitalización del problema</p> | 50 min | |

Terapia psicológica: Intervención en la onicofagia.

Responsable:

Sesión 20: Generar un espacio de aceptación y comprensión que facilite que los miembros se expresen y apoyen entre sí.

| No. | Actividad | Objetivo | Descripción | Tiempo aprox. | Materiales |
|-----|-------------------|------------------|---|---------------|------------|
| 1 | Cierre de sesión. | Agradecimientos. | <p>De manera formal se agradece a los participantes y a padres de familia que permitieron que se trabajaran con sus hijos.</p> <p>De tal forma que los participantes que fueron los participantes se vayan con un comportamiento racional y sobre todos pensamientos racionales ya que esto es de suma importancia ya que así dejaran el comportamiento atípico que se generó desde un inicio.</p> <p>Dar retroalimentación a los padres de familia acerca de la conducta atípica que fue modificada durante 20 sesiones.</p> | 60 min. | |