

## Cómo ayudar a consolidar una nueva conducta más saludable: la fase de mantenimiento (I)

Jordi Cebrià Andreu<sup>a</sup>, Josep M. Bosch Fontcuberta<sup>b</sup> y Francesc Borrell Carrió<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Sant Miquel. ICS Granollers. Barcelona.

<sup>b</sup>Médico de Familia. CAP Encants (Maragall). ICS Barcelona.

<sup>c</sup>Médico de Familia. CAP La Gavarra. ICS Cornellà. Barcelona. España. Grupo Comunicación y Salud.

Muchas personas intentan hacer cambios saludables en sus vidas (dejar de fumar, de beber alcohol, hacer más ejercicio, etc.), con más o menos éxito. Siempre ocurre que los primeros días, las primeras semanas, son las más difíciles de afrontar. Los que lo intentan honestamente suelen encontrarse en una situación bastante complicada. Han abandonado una conducta que les producía recompensas inmediatas en términos de placer y de reducción de su ansiedad, y se encuentran luchando con una nueva manera de comportarse que fundamentalmente les produce malestar. El beneficio de ese cambio es percibido como hipotético, y en pocos casos inmediato. El apoyo desde la atención primaria puede ser clave en este momento, pero a menudo los profesionales nos sentimos con dificultades para apoyar la decisión de cambio tomada por el paciente. Es habitual que intervengamos poco en esta situación, contentos porque el paciente “parece que lo quiere dejar”, o demos “consejos y ánimos” de manera bienintencionada, según nos dicte el sentido común. Sin embargo, existen técnicas comunicacionales probadas y eficaces que incrementan sin duda nuestra potencia “terapéutica” en esta actividad y que vale la pena conocer.

En primer lugar, es conveniente que cuando se inicia el cambio de conducta, el paciente clarifique suficientemente su compromiso con dicho cambio<sup>1</sup>. Por consiguiente, se impone averiguar hasta qué punto el cambio que se intenta es profundo o bien obedece al propósito durante unas semanas de “quedar bien” ante la familia o el mismo profesional de la salud. En otras palabras: hay personas que dicen que van a dejar de fumar con la idea asumida (en un segundo plano, semiconsciente, si se quiere) de regresar a su hábito en cuanto sea posible. Eso puede explicar en parte que un 70% de los fumadores que lo dejan, vuelven a retomar el hábito en un término de 6 meses<sup>2,3</sup>.

En esta entrevista, mediante un clima cooperativo, se promueve que la persona explique cómo se encuentra, que nos describa cuáles son los argumentos que justifican el cambio que intenta y que haga balance de los pros y los contras de seguir con la conducta actual, así como con los de la “nueva” (p. ej., “¿qué ventajas e inconvenientes ve si continúa igual que ahora?”, “¿qué ventajas e inconvenientes observa con la nueva conducta?”). Trabajar la ambivalencia<sup>4</sup> permite tomar decisiones de cambio firmes, tener sensación de control sobre sus actos y evitar un elevado porcentaje de recaídas<sup>5</sup>.

En esta fase nos encontramos con frecuencia el fenómeno de la distancia larga de la llamada “negociación para el cambio”<sup>6</sup>: la persona, fruto de un entusiasmo inicial en conversación con alguien significativo se oye a sí mismo comprometiéndose a hacer cambios. Sólo al cabo de un tiempo, cuando ese entusiasmo inicial se ha enfriado, se percata de la dificultad en toda su extensión del compromiso que ha adquirido. Por tanto, también conviene evaluar hasta qué punto el nivel de motivación verbal es realista, y no llevado por una excesiva ilusión que podrá con todo o, en otras palabras, observar si ha caído en el llamado efecto de “tocar el cielo”<sup>7</sup>.

La mayoría de las recaídas se producen en las primeras semanas. Por ello, es muy aconsejable proponer una visita de seguimiento a los pocos días del inicio del cambio, mientras la motivación continúa siendo alta<sup>7,8</sup>.

A poder ser, debería realizarse preferiblemente mediante una entrevista personal o, en su defecto, también por vía telefónica.

Algunos autores<sup>9</sup> tienen buena experiencia con el envío de un mensaje (ya sea telefónico, por correo electrónico u ordinario), en la que se reiteran los objetivos y el plan que se

**TABLA 1. Modelo de mensaje de apoyo para un paciente en fase de mantenimiento**

Apreciado Sr/a X.

En su última visita comentamos la importancia de llevar a cabo un plan para reducir o incluso cesar el consumo de tabaco (alcohol...).

La cuestión clave como ya sabe, es que la decisión que usted ha tomado sea firme y se mantenga a lo largo del tiempo.

Si encuentra algún problema o necesita ayuda, puede llamarme al (número de teléfono) del Centro.

Confío plenamente en que si desea abandonar el consumo de tabaco (alcohol...), encontrará la manera de conseguirlo.

Le deseo el éxito más grande

Cordialmente,  
Firmado

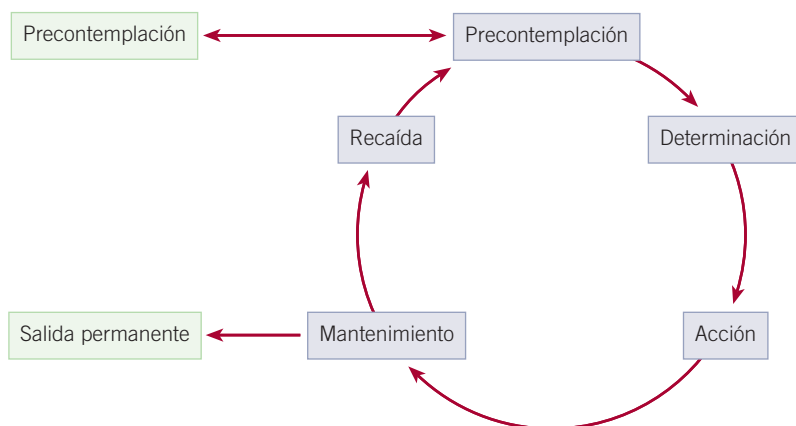
ha acordado con el paciente. Este mensaje tendría varias utilidades: recuerda los puntos pactados, muestra al paciente el interés del profesional en su salud, trata de reforzar sus expectativas de autoeficacia, y favorece el seguimiento.

En la tabla 1 se muestra una plantilla básica, que se puede modificar en función de las necesidades.

A partir de la primera visita y del mensaje de apoyo, es recomendable pactar una serie de visitas de seguimiento. Partiendo de los paradigmas de la entrevista clínica semiestructurada<sup>10</sup> y del modelo de entrevista motivacional<sup>11,12</sup> (EM), vamos a desarrollar algunas técnicas de apoyo al paciente que se encuentra en fase de mantenimiento.

## ¿Qué es la fase de mantenimiento?

Dentro del modelo de la rueda del cambio<sup>12</sup>, este estadio estaría entre la fase de cambios activos y la consolidación de la nueva conducta en el mejor de los casos, o la recaída (fig.



**Figura 1.** El modelo de la rueda del cambio de Prochaska y DiClemente.

1). De todas formas, en el estadio de mantenimiento, conforme desaparecen los estímulos reforzantes asociados a la conducta problema, se van produciendo cambios biológicos neuronales. Las sinapsis fuertes ligadas a la conducta fuente de placer inmediato se van debilitando y facilitan que la nueva manera de actuar se establezca. Este proceso es lento y conlleva, como es sabido, que se prolongue durante muchos meses, o incluso años<sup>13</sup>. Además, es también conocido que basta la repetición del antiguo comportamiento unas pocas veces para que las vías sinápticas troqueladas anteriormente se reactiven con la misma energía anterior. El ansia por la antigua conducta vuelve a intensificarse especialmente en situaciones análogas en las que se producía el hábito. Por consiguiente, el nuevo hábito sólo se puede considerar consolidado cuando la persona se ha expuesto a situaciones que estaban asociadas con la antigua conducta y ha respondido a ésta de una manera diferente. Por ejemplo, el individuo que habitualmente fumaba en el bar deberá aprender a volver a éste pero sin hacerlo: solamente cuando esto último se puede lograr con un nivel de ansia (*craving*) tolerable se puede hablar de éxito en el manejo de la tentación. Es decir, un nuevo hábito más inteligente sustituye al anterior conforme el grado de tentación va disminuyendo, y paralelamente va aumentando la confianza en poder afrontar cualquier situación.

Cuando se inicia el intento de cambio, la motivación normalmente es alta. Sin embargo, a medida que pasan los días y las semanas, se establece una tensión cada vez más fuerte entre la voluntad de continuar a pesar del sufrimiento, y la tendencia hacia el antiguo hábito que le dará alivio inmediato. Y aunque la persona conoce bien los beneficios de su nuevo comportamiento, en un nivel profundo y emocional de su mente, se va fraguando un impulso cada vez más perentorio para volver hacia la antigua conducta, todo ello fruto de mecanismos de homeostasis neuronal. El paciente experimenta *flashes* en los que se imagina fumando, comiendo o bebiendo, y se oye a sí mismo preguntándose: “¿y si lo probara?”, “¿qué experimentaría?”.

Mientras las antiguas conductas permanecen vivas en la fantasía del sujeto como una fuente de placer, las posibilidades de que vuelva a ellas son ciertamente altas. Es fácil deducir que, en esta fase, el individuo habrá de concentrarse activamente en contrarrestar o minimizar estas “tentaciones”. Un fumador continúa haciéndolo en la medida en que saborea el tabaco recordando “aquel cigarrillo de después de comer, con el café”. El punto crítico se produce cuando la línea de la intensidad de la motivación para mantener el cambio y la del “ansia por volver” se encuentran en el tiempo. En ese mo-

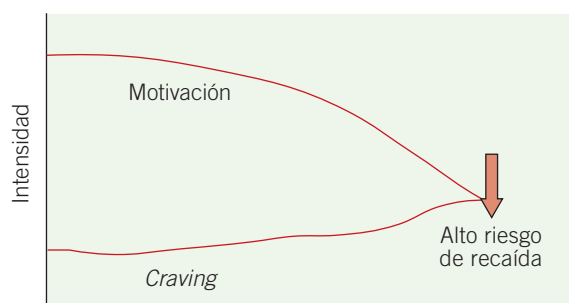


Figura 2. Relación entre motivación y *craving* en el riesgo de recaída.

mento las posibilidades de recaída son grandes. En todo proceso de cambio operan elementos de diversa índole, aunque generalmente nos situamos en el terreno más “irracional” del individuo, y es obvio que el objetivo debe pasar por ayudar a reactivar la motivación inicial para que las líneas no lleguen a cruzarse (fig. 2).

## Intervenciones para reactivar la motivación

Podemos definir en este contexto dos grupos de técnicas de entrevista útiles. El primer grupo es de orden general e incluye la mayoría de las técnicas y enfoque de la entrevista motivacional. El segundo grupo son técnicas específicas que complementan el repertorio de actuaciones que el profesional podría llevar a cabo. En este primer artículo hablaremos del primer grupo y en la entrega posterior acabaremos de describir las técnicas del segundo.

La persona en fase de deprivación (de tabaco, cocaína, hidratos de carbono, comodidad, etc.), como ya hemos comentado, se sitúa en terrenos muy emocionales, con una alta irracionalidad en sus procesos mentales en relación con ese aspecto específico de su vida, y una irascibilidad más o menos palpable. La primera precaución del profesional debe ser no despertar su reactividad psicológica<sup>14</sup>. La reactividad psicológica del paciente en estos casos suele estar a flor de piel, y todo lo que se le diga o aconseje con la mejor intención del mundo sobre lo que debe o no debe hacer puede dar a paso a la conducta inversa y ser la espoleta de la recaída. Por tanto, conviene evitar dar consejos, por buenos que éstos nos parezcan.

Una manera más útil de gestionar estas consultas puede ser la de facilitar la expresión de dificultades y sufrimientos que la persona va experimentando, todo ello en un clima de aceptación y apoyo<sup>15</sup>. El objetivo sigue siendo que se oiga decir a sí mismo frases de automotivación<sup>11</sup> que permitan reactivar los mecanismos de su motivación interna<sup>16</sup>.

El afrontamiento de los numerosos costes de un cambio no es sólo una cuestión de fuerza de voluntad, sino sobre todo también de motivación, entendida como la capacidad de

la persona de describir un objetivo y continuar el compromiso para su consecución. Sabemos que ésta nace con probabilidad de la calidad del diálogo automotivacional generado especialmente sobre lo que se oye decir en voz alta. (“lo voy a conseguir”, “no quiero continuar así”, “mi familia no se lo merece”, “sé que no va a ser fácil pero lo conseguiré”). La motivación interna permite cobrar un cierto control a la persona sobre sus impulsos y hábitos antiguos. Mantener la conducta comporta necesariamente reactivar continuamente la motivación, para que el individuo persista en el empeño “sin bajar la guardia”, a pesar del malestar que experimente<sup>17</sup>.

Conviene siempre tener muy presente que aunque la motivación es una fuerza clave del cambio, el *craving* siempre supone un condicionante biológico intenso en la posibilidad de recaída en la antigua conducta. Por ello, es esencial que el mantenimiento de la motivación para el cambio se acompañe, siempre que sea necesario, de un sólido tratamiento biológico y conductual con objeto de minimizar la probabilidad de recaída<sup>18</sup>.

En resumen, un abordaje eficaz para mantener el cambio comporta, por un lado, mantener suficientes niveles de motivación, y a la vez, unos bajos niveles de *craving*.

Así, consideramos que la motivación tiene escasa utilidad en esta fase del cambio si no va acompañada muchas veces de medidas terapéuticas de apoyo. Y al revés, proponer soluciones (p. ej., tratamientos farmacológicos, conductuales, instrumentales, etc.), en un individuo insuficientemente motivado, conducen habitualmente a una recaída

La cuestión clave es el control sobre el impulso, que sólo se obtiene haciendo que la persona sea muy consciente de los pensamientos, las emociones y las conductas que se producen automáticamente, y que perpetúan el hábito indeseable. Por tanto, el objetivo del profesional es integrar el máximo número de cogniciones y emociones que doten de con-

TABLA 2. Técnicas de diálogo en fase de mantenimiento

Clarificar sentimientos, conductas: “¿Cómo se siente cuando alguien le ofrece tabaco?”, “¿qué hace cuando tiene ganas de beber una copa?”
Poner ejemplos: “Póngame un ejemplo de cómo piensa afrontar la situación de riesgo”
Visualizar el peor de los casos: “¿Cómo se ve si las cosas continúan de la misma manera?”
Mirar hacia el pasado: “¿Cómo se recuerda antes de tener el hábito?”
Mirar hacia el futuro: “¿Cómo se ve dentro de un tiempo de haberlo conseguido” (“¿cómo se encontrará después de abandonarlo?”)
Indagar valores: “Me comentaba que su familia se sentía afectada por el consumo de alcohol”; “¿hasta qué punto está dispuesto a sacrificarse por mantener su trabajo?”, “¿qué le dicen sus hijos cuando pierde el control?”; “¿qué piensa cuando tiene que mentir respecto al consumo de cocaína?”

trol consciente de su conducta a la persona que intenta el cambio.

Algunas estrategias que podemos utilizar en este estadio del cambio se describen en la tabla 2. Incluyen pedir que el paciente clarifique sus dificultades, animarle a que visualice qué puede suceder en el peor de los casos si continúa con la actual conducta. Podemos pedirle asimismo que dibuje y nos diga cómo era antes de adquirir el hábito, o solicitarle que mire hacia delante<sup>1,19</sup>.

Finalmente, una manera de ayudar a incrementar el nivel de conciencia respecto al cambio es hacer emerger los valores que son realmente importantes para la vida del individuo<sup>1,20</sup>.

El éxito del mantenimiento de la nueva conducta depende esencialmente de la progresiva extinción de la tentación y del aumento de la autoconfianza<sup>1,11,21</sup> del individuo en que podrá conseguirlo. De esta forma, la aparición de respuestas exitosas frente a las situaciones de alto riesgo de recaída tienen un poderoso efecto en el mantenimiento y la posterior consolidación de la nueva conducta. Ello proporciona un notable incremento de las expectativas de autoeficacia<sup>1,22</sup> para afrontar futuras situaciones de alto riesgo de recaída. En el caso de recaídas aisladas (los llamados resbalones), el paciente tiene nuevas posibilidades de aprendizaje para solventarlas en el futuro.

De todas formas, es conveniente que el paciente disponga de un suficiente repertorio de habilidades que le permitan evitar, en lo posible, el afrontamiento de situaciones de crisis mediante estrategias de ensayo/error, ya que a menudo suponen un riesgo elevado de recaída<sup>5,19</sup>. Cuanta más información disponga sobre los peligros que encontrará en el ca-

**TABLA 3. Estrategias generales en la fase de mantenimiento**

– Buscar compromisos exteriores
Grupo/familia
– Siempre una visión optimista
Bien por haber hecho la mitad...
Le felicito por el esfuerzo realizado...
– Siempre un objetivo "in mente"
¿Cuál será el siguiente paso?...
Me comenta que el siguiente paso es...
Mantener es tan importante o más que...
– Explorar ideas/conductas de recaída
¿Alguna vez ha pensado/ha hecho?

mino, mayores serán las garantías de superarlas. Las personas aprendemos nuevas maneras de actuar cuando tendemos a preverlas pero, sobre todo, cuando practicamos maneras eficaces de enfrentarnos a ellas.

Para finalizar este primer artículo presentamos en la tabla 3 algunas estrategias generales adicionales adaptadas a esta fase, habitualmente empleadas por los profesionales de atención primaria y que han demostrado su eficacia. Éstas favorecen un marco general cordial y de confianza, y facilitan la aplicación de los principios de la entrevista motivacional antes comentados, a la vez que permiten disponer de sólidos argumentos de apoyo al paciente. Realizadas en un clima cálido y de aceptación, son percibidas por los pacientes como útiles y reconfortantes.

En la tabla 4 se exponen los aspectos más relevantes en la consolidación de la fase de mantenimiento.

**TABLA 4. Aspectos de mayor relevancia en la consolidación de la fase de mantenimiento**

– La fase de mantenimiento, según el modelo de Prochaska y DiClemente, se sitúa entre la fase de cambios activos y la consolidación de la nueva conducta (en el mejor de los casos) o la recaída
– Una de las estrategias más útiles para valorar el nivel de compromiso con el cambio se centra en evaluar el nivel de ambivalencia de la persona ("por un lado me gustaría..., pero por otra parte...")
– Un elevado porcentaje de recaídas aparecen en las primeras semanas del cambio, donde la fuerza del deseo por consumir ( <i>craving</i> ) supera el grado de motivación del paciente
– El mantenimiento del cambio requiere la conjunción de una suficiente motivación, así como unos niveles de <i>craving</i> soportables
– Proporcionar información o dar consejos (que el paciente no haya solicitado previamente) tiene habitualmente un efecto contrario al deseado y, por ende, favorecer la recaída
– Una buena fórmula de reactivar la motivación del paciente se basa en desarrollar un clima de aceptación y confianza donde pueda expresar en voz alta y de manera realista las dificultades para mantener la nueva conducta (diálogo automotivacional), así como buscar la/s forma/s de afrontamiento más factibles
– Favorecer un diálogo automotivacional conlleva que el individuo pueda reconocer la influencia de los pensamientos, las emociones y las conductas que autoperpetúan el problema
– Detectar las situaciones de alto riesgo de recaída y darles una respuesta exitosa es el motor más potente para mantener el nivel de autoconfianza, así como las expectativas de autoeficacia para futuras eventualidades
– Las recaídas puntuales (resbalones) suponen una oportunidad para que el paciente aprenda a afrontarlas con éxito en un futuro
– Se sabe que los individuos mejor informados sobre las situaciones de alto riesgo de recaída, muestran más probabilidades de mantenerse en la nueva conducta que los que las afrontan mediante estrategias de ensayo-error

## Bibliografía

1. Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional. Preparando a la gente para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós; 1999.
2. Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Counseling Clin Psychol.* 1983;51:390-5.
3. Cabezas Peña C, Botija Yagüe MP. Actualización en prevención y promoción de la salud. Evidencias de las intervenciones sobre los estilos de vida. Formación acreditada on-line. *El Médico.* 2005. Disponible en: [www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)
4. Cebrià J, Bosch JM. Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. *FMC.* 1999;6:393-5.
5. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change. A guide for practitioners. London: Churchill Livingstone; 1999.
6. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
7. Marlatt AG, Gordon JR. Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: The Guilford Press; 1985.
8. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente C. Changing for good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward. New York: Quill Editors; 2004.
9. Mayor L, Tortosa F. Ámbitos de la aplicación de la psicología motivacional. Bilbao: Desclée de Bouvier; 1990.
10. Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC Ediciones; 2004.
11. Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing people for change. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002.
12. Prochaska J, DiClemente C. Toward a comprehensive model of change, En: Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviors: processes of change.* New York: Plenum; 1986. p. 3-27.
13. Carlson Neil R. Fisiología de la conducta. 8.ª ed. Madrid: Pearson; 2006.
14. Bosch JM, Cebrià J. La reactancia psicológica. *FMC.* 1999;1:59-61.
15. Bosch JM, Cebrià J. Guía de actuación en atención primaria. 3.ª ed. La entrevista motivacional 1609-1613. Barcelona: SemFYC Ediciones; 2006.
16. Cebrià J, Bosch JM, Prados JA. ¿Cómo podríamos mejorar los resultados de nuestros consejos de salud? *Aten Primaria.* 2000;25:207-8.
17. Miller W. Enhancing motivation for change. En: Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviors: processes of change.* 2nd ed. New York: Plenum Press; 1998. p. 121-32.
18. Kottke T, Battista R, DeGriese G, Brekke M. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA.* 1988;259:2882-9.
19. Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Counseling Clin Psychol.* 1983;51:390-5.
20. Prochaska J, DiClemente C. Toward a comprehensive model of change, En: Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviors: processes of change.* New York: Plenum; 1986. p. 3-27.
21. Cebrià J, Bosch JM. La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. *FMC.* 2000;4:233-6.
22. Cebrià J, Bosch JM. ¿Médico o abogado del diablo? *FMC.* 2000; 5:320-2.