

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

Jordi Cebrià Andreu^a, Josep M. Bosch Fontcuberta^b y Francesc Borrell Carrió^c

^aMédico de Familia. CAP Sant Miquel. ICS Granollers. Granollers. Barcelona.

^bMédico de Familia. CAP Encants (Maragall). ICS Barcelona. Barcelona.

^cMédico de Familia. CAP La Gavarra. ICS Cornellà. Barcelona. Grupo Comunicación y Salud. Barcelona. España.

Puntos clave

- En todo proceso de cambio la fase de mantenimiento es muy importante y hay que atenderla específicamente.
- En esta fase hay que apoyar al paciente para que persista en su decisión de cambiar de conducta hasta su consolidación.
- Hay técnicas efectivas y bien probadas que son un instrumento de ayuda válido para el profesional.
- Comprobar la profundidad del cambio consiste en enfrentar al paciente con futuras tentaciones para que las resuelva de antemano.
- Reforzar los aspectos positivos del paciente es una manera eficiente de reactivar su motivación para consolidar el cambio.
- Algunas veces, poner en duda la capacidad del paciente para mantener la nueva conducta actúa de manera paradójica y su decisión de cambio se vuelve más firme.
- Conviene preguntar en las visitas de seguimiento por el nivel de estrés y si ha habido algún incidente vital que lo haya incrementado notablemente.
- El profesional puede aumentar la sensación de control de este proceso de cambio por parte del paciente mediante la anticipación de las sensaciones que irá experimentando a lo largo del proceso.
- Hay que advertir al paciente de que aparecerán sistemáticamente los llamados “pensamientos de retorno”, auténticas coartadas para volver al hábito antiguo.
- Los pacientes en riesgo franco de recaída deben ser advertidos del efecto de la trasgresión de la abstinencia.

Palabras clave: • Fase de mantenimiento • Cambio de conducta • Comunicación médico-paciente • Técnicas de entrevista • Entrevista motivacional • Recaída.

En el primer artículo comentábamos algunos elementos de comprensión de la fase de mantenimiento y también algunas estrategias generales para optimizar las posibilidades de consolidación de un cambio. En esta segunda entrega entraremos a repasar con mayor profundidad otras técnicas sencillas basadas en el conocimiento actual sobre las bases psicobiológicas que rigen los procesos de cambio. A través de ellas, el profesional, conocedor de la realidad del paciente, se adelanta a los acontecimientos y ayuda a marcar la ruta que la persona irá haciendo, avanzando las dificultades que encontrará casi indefectiblemente, aportando elementos de

reflexión, normalizando y animando al paciente para que encuentre sus soluciones en las situaciones más complicadas.

En la tabla 1 se describe este conjunto de técnicas. Las 3 primeras van dirigidas a minimizar al máximo las recaídas. Con éstas, se aportan elementos de manejo de las situaciones más críticas y se fomenta que la persona diga y se escuche a sí misma diciendo en voz alta que el esfuerzo vale la pena y que lo va a conseguir. La cuarta, en casos donde el peligro de vuelta a la antigua situación es notable, estaría dirigida a propiciar que la recaída tenga el menor coste psicológico posible, es decir, que la per-

TABLA 1. Estrategias para acompañar y ayudar a consolidar con éxito un cambio de hábito

Probar la profundidad del cambio
Provocar la reactivación de la motivación
Preparar estrategias de afrontamiento de crisis
Preparar las recaídas

sona siga considerando la posibilidad de intentarlo de nuevo¹.

Veamos cada una con más detalle.

Probar la profundidad del cambio

En un modelo motivacional, el profesional basa su acción en prestar su atención, su comprensión y su apoyo, permitiendo que el paciente exprese sin tapujos sus dificultades². Se trata de que la motivación se reactive en cada encuentro, facilitando que el paciente se comprometa con el cambio oyéndose decir a sí mismo que mantiene el control^{3,4}. Una manera de reforzar la voluntad del paciente es poniendo a prueba la profundidad del compromiso de cambio. La formulación es muy sencilla: se trata de hacer visualizar al paciente situaciones con un elevado nivel de “tentación” (p. ej., “si después de una cena con amigos todos encienden un cigarro rubio de la marca que tanto le gustaba a usted, ¿qué haría?” o “está con los amigos en un bar y todos toman una cerveza bien fría...”).

Las situaciones asociadas a la antigua conducta a menudo desencadenan una urgencia de volver a ella en el paciente, aunque ya se haya producido el cambio inicial. Por tanto, la identificación de las situaciones de “alto riesgo” puede ayudar a prever los problemas y a prepararse¹.

Esto permite un aumento de la autoconciencia respecto al hábito, a la vez que se aprende a ser sensible a las señales específicas que desencadenan el ansia por “volver a las andadas”. También implica identificar lo que llamamos “comportamiento asociado”, es decir, la conducta, los pensamientos o los sentimientos que precedían al hábito.

Se han descrito tres situaciones donde la posibilidad de recaída es más elevada:

1. Situaciones que provocan emociones negativas, como enojo, enfado, aburrimiento, frustración o estrés.
2. Situaciones que provocan emociones positivas. Al estar de buen humor y relajado, se baja la guardia. Especialmente peligrosas son las celebraciones y la actitud de “un día es un día”.
3. Situaciones en que el individuo ve cómo ciertas personas, especialmente las significativas (cónyuge, amigos), adoptan la conducta antigua.

Por tanto, es recomendable comentar estas circunstancias con el paciente en la primera visita de seguimiento. Otro elemento relacional primordial en esta fase, asociado con el anterior, es la de tranquilizar al individuo explicando que aparecerán “urgencias” por volver al antiguo hábito y que éstas son normales y previsibles, lo que no quiere decir en absoluto que haya ausencia de motivación o “fuerza de voluntad”. Es deseable aclarar también que esta “urgencia” irá disminuyendo con el tiempo, si no se alimenta, hasta casi desaparecer y/o hacerse muy manejable⁵.

Una vez identificadas las situaciones de riesgo específicas a su caso, se le puede pedir al paciente que haga una lista de conductas preventivas para lidiar con la urgencia que evite “resbalones” que pueden llevar a una recaída completa^{5,6}.

Provocar la reactivación de la motivación

Si notamos que al paciente le flaquean las fuerzas, es decir, que la motivación va decayendo, se ha de procurar una reactivación de ésta. Las herramientas más útiles en atención primaria son: la técnica del refuerzo, la técnica de la provocación y la evaluación de la situación vital de la persona.

Técnica del refuerzo

La formulación general es resumir y devolver a grandes trazos lo conseguido hasta el momento, seguido de una muestra de nuestros sentimientos (*self disclosure*)⁷: “Ha conseguido casi normalizar aquella prueba del hígado que mostraba que la cosa no iba por buen camino: la verdad es que estoy orgulloso de usted (o, alternativamente, podemos sentirnos orgullosos)”. “Ciertamente es para felicitarle el esfuerzo que está realizando para cambiar las cosas”.

Es preferible no asumir como obvios estos comentarios. El paciente raramente se percata de los cambios obtenidos, por lo que un *feedback* del profesional consigue mantener la necesaria tensión que provoca el cambio.

Otros refuerzos que también contribuyen a mantener los “depósitos de motivación llenos” son del tipo “está usted demostrando de lo que es capaz si se lo propone, le felicito”, y también “lo que está haciendo no es fácil; no hay duda de que pone de su parte, y ese esfuerzo hay que aplaudirlo”.

Técnica de la provocación

Esta técnica debe reservarse para los pacientes con cierto grado de orgullo y que no se implican a fondo (coraza cognitiva, o coraza emocional, denotada en comentarios irónicos, o incluso cínicos). También en pacientes con rasgos de personalidad inmadura, negativista o pasivos-agresivos. En tales casos, podemos hacer de abogados del diablo: “A veces me pregunto si será capaz de mantener esta mejoría hasta la próxima visita de aquí a tres semanas”. Si el sujeto

muestra ideas ambivalentes sobre la necesidad de seguir con la nueva conducta, se le puede dar la razón aparente con una intención paradójica: “Le entiendo perfectamente, usted no ve los beneficios más que en una hoja de papel donde hay números escritos. No sé por qué nos tendría que hacer caso, francamente, le podría estar engañando”. Como ya se ha comentado, este tipo de intervenciones suelen estimular una reacción contraria al paciente, y le hace encarnar el rol que deseaba justamente atacar para convencerse de la inutilidad del esfuerzo. Se produce una inversión de roles, y ahora es él quien pasa a autoconvencerse y a convencernos a nosotros. Usando esta técnica, conocida también como “utilización de la paradoja”, se pretende en última instancia que el paciente busque (más) razones para justificar la persistencia en el empeño del cambio. Cuidado: esta técnica no deja de conllevar cierta yatrogenia, pues podemos encontrarnos reacciones conformistas (“en efecto, no seré capaz”), o que asuman la depreciación implícita de su imagen (“el doctor me dice esto porque no confía, y con razón, porque no seré capaz de hacerlo”).

En caso de que la paradoja se desarrollara con un cierto sarcasmo, o frente a personas desconfiadas o con rasgos paranoides, tendría un efecto claramente confrontativo⁸.

Nuevas evaluaciones de la situación del individuo

Se trata también de saber si aparecen acontecimientos vitales que puedan debilitar la motivación. Una buena entrevista de seguimiento debe evaluar el nivel de estrés por acontecimientos vitales recientes. En muchos casos la explicación de una recaída está en ellos. Una contextualización mediante el diálogo de la situación puede “quitar suficiente hierro” como para evitar que la persona reinicie la conducta indeseable (p. ej., “entiendo que con su situación laboral actual, sólo le falta dejar de fumar”). Por el contrario, si el entorno familiar está actuando como facilitador del cambio, hay que apoyarlo decididamente aunque de manera no directiva (p. ej., “me doy cuenta de que esto de no fumar está resultando difícil para usted. Piense en el respeto que se está ganado en su mujer y entre sus amigos y conocidos”).

Preparar estrategias de afrontamiento de crisis

Es habitual que los pacientes en los primeros días, semanas y meses vayan elaborando un “arsenal” de racionalizaciones o de excusas para justificar los traspies en la nueva conducta o recaída. La definición del fenómeno es la de “pensamientos de retorno”. La tabla 2 muestra diferentes ejemplos de pensamientos de retorno. Estos pensamientos (realmente cargados de emoción, las llamadas “emocogniciones”) son causa y también efecto del malestar asociado a la abstinencia.

TABLA 2. Diferentes ejemplos de pensamientos de retorno

Nostalgia: “Qué feliz era antes de liarme con esta tortura”
Ponerse a prueba: “Ahora ya lo controlo, me juego lo que sea que soy capaz de fumar sólo dos al día”
Crisis: “Sé que me enfrentaré mejor a esto si tomo alguna cosa”

TABLA 3. Cogniciones para neutralizar los pensamientos de retorno

Reto: “Tomar una copa es una excusa para volver a beber como antes. No necesito ponerme a prueba yo mismo”
Visualización de beneficios: “Pronto tendré una figura envidiable”
Distracciones: “Me parece que en lugar de esto, llamaré a un amigo”

cia. Son potentes “cantos de sirena” que empujan al individuo a reincidir en su conducta problema. Si la persona está advertida y pertrechada contra ellos, es posible combatirlos con garantías de éxito^{9,10}.

Esto requiere el ensayo con pensamientos que los contrarresten (tabla 3) y pueden ser explicados en consulta. También suele ser necesaria la evaluación de conductas alternativas: “¿Qué tiene usted pensado hacer cuando la tentación apriete?”. El objetivo es aumentar el conocimiento del paciente de estos fenómenos cognitivos y restablecer una sensación de autocontrol.

Ello también puede desarrollarse mediante la escucha activa^{11,12} (p. ej., con señalamientos): “parece que cada vez que se discute con... se le hace casi imposible el no tomar una copa”; “le veo con poca confianza para seguir sin fumar si no es con sustitutos de la nicotina”; “se nota especialmente relajado y teme recaer si sale con sus amigos”; “tiene muy claro que su plan es, por encima de todo, hoy no voy a consumir”; “cree que si no ingresa en un centro de deshabitación no podrá mantenerse abstinentes”, etc.

Preparar las recaídas

A menudo, y a pesar de emplearnos a fondo, el intento de cambio se malogra. Dentro del modelo motivacional esto, lejos de ser un fracaso, se considera simplemente un paso más hacia la consecución futura del cambio. Para conseguir que la persona asuma este mensaje hay que estar atentos a las señales indicativas de que el peligro de recaída es real e inminente, estar preparados como profesionales (no mostrar irritación, frustración o agresividad por el fracaso) y preparar asimismo al paciente.

Durante todo el proceso de cambio es aconsejable dar mensajes que subrayen la autonomía del sujeto: “Nosotros

estamos aquí para ayudarle, pero todo el mérito del tratamiento lo tiene usted”. También son importantes los mensajes relativos al papel instrumental de nuestros servicios: “No estamos aquí para reñirle ni para controlarle más allá de lo que usted quiera. Usted manda, nosotros le podemos orientar en cada momento sobre dónde se encuentra y de los peligros o beneficios que pueden ir apareciendo por el camino”.

Creado este clima de responsabilidad¹³, hemos de preparar las recaídas adaptando minuciosamente los mensajes a cada situación. Aunque hay que evitar justificaciones de situaciones futuras, en caso de mucho riesgo es recomendable dar un mensaje del tipo: “lo más importante es que usted venga a la consulta independientemente de que consiga o no alcanzar los resultados deseados”.

Evitación del efecto de transgresión de la abstinencia

El efecto de transgresión de la abstinencia es una respuesta emocional frecuente ante un “resbalón” cuando hay un compromiso personal para el cambio. Los sentimientos de culpa del tipo “lo he estropeado todo”, “sólo merezco estar en el fango” parecen predecir una decisión de abandonar el compromiso por completo y volver a empezar con la conducta anterior.

Para evitar este sentimiento tan común, suele ser eficaz comentarlo anteriormente con el paciente. En el mensaje informativo sería necesario que constaran los siguientes puntos:

- La previsión del efecto de transgresión de la abstinencia ayudará a reducir su impacto.
- Un desliz no es lo mismo que una recaída.
- Un “resbalón” puede ser una experiencia de aprendizaje y hay que considerarlo como tal.
- “Usted no tiene que sentirse culpable de la recaída, pero sí que es el responsable de volver a empezar”.

Aun previniendo con anterioridad todos los posibles tropiezos con los que nos vamos encontrando, es cierto que la mayoría de gente transita por las fases del cambio de una manera circular, es decir, recae y entonces vuelve a una fase contemplativa y, si no se ha preparado bien, incluso a una fase precontemplativa¹⁴⁻¹⁶.

Por tanto, y como comentábamos anteriormente, debemos evitar que nuestra propia frustración ante la recaída de un paciente se convierta en agresividad, manifestada normalmente en forma de recriminaciones, o incluso con pensamientos o conductas de desresponsabilización (“con este paciente no hay nada que hacer”).

Una segunda cuestión es la de adecuar estrategias distintas a los diferentes niveles de peligro de recaída:

- Si el peligro de recaída es escaso, puede ser oportuno emitir mensajes del tipo: “Incluso en el caso de que los aná-

lisis empeorasen, no habría motivos para desesperarse. Lo importante es trabajar de la manera como hasta ahora lo estamos haciendo”.

– Si el peligro es moderado, es decir, ya hemos detectado varios “resbalones” o alguno “ya dura demasiado”, podríamos adaptar mensajes como: “He tenido pacientes que han iniciado el camino varias veces, y gracias precisamente a su constancia y porque no se han dado por vencidos, lo han conseguido. Lo mejor es mantenerse pero no perder lo que ya hemos ganado; incluso cuando uno se ve hundido es posible luchar de nuevo, antes que darse por vencido”.

– Por último, si el peligro es inevitable, deberemos hacer una preparación de la contingencia. Es importante que ni el profesional ni el paciente se desanimen o se enfaden si se produce finalmente la recaída.

Para evitar sentimientos de frustración (“tanto trabajo y para nada”, “siempre igual”, “no, si a final de cuentas sólo unos pocos lo consiguen”, “si no cambia, allá con su problema”), conviene que el profesional conozca no sólo los diferentes estadios por donde transitan los individuos, sino que mantenga esa distancia empáticamente terapéutica que le permita aceptar al paciente, independientemente de los resultados obtenidos. Los profesionales precisamos un cierto “entrenamiento” para transitar conjuntamente con los pacientes por diferentes estadios del cambio de la forma más realista y eficiente posibles.

Una de las características del mantenimiento a largo plazo es que normalmente hay antecedentes de haber realizado cambios en el pasado. Cada nuevo intento puede considerarse un pequeño avance en el camino hacia el éxito final¹⁶.

Por tanto, será necesario hacer una acomodación del tipo: “Vamos a imaginarnos que en cierto momento recae... ¿Cómo se lo tomaría?”. A partir de esta pregunta iríamos ligando una previsión de acontecimientos que mostrarán claramente la situación con realismo pero sin tintes dramáticos.

Una buena manera de terminar el diálogo podría ser: “Ya ve que si recae no está todo perdido, pero el esfuerzo de retomar el camino es bastante grande. Quizás sea más inteligente evitarlo, ¿qué le parece?”, y evaluar la respuesta básicamente no verbal del individuo. En caso de resistencia o evitación, deberemos estar preparados para “amortiguar la recaída” de los efectos sobre la autoestima. Probablemente, cuando alguien recae de facto, la recaída psicológica se ha producido antes. Este momento se puede detectar estando atentos a su comunicación no verbal.

Una entrevista conjunta con la pareja puede estar plenamente indicada. Se ha de recomendar especialmente al cónyuge (en caso de que lo tenga, o en su ausencia a un persona que conviva con él/ella) que haga un esfuerzo para mostrarse positivo evitando a la vez toda crítica (utilizada a veces “como un revulsivo”). Es importante que el cónyuge o la pareja trate de no enfadarse con el paciente y debe recordar

que no está así habitualmente por gusto, y que una ausencia de apoyo en estos momentos puede favorecer la recaída.

Aun comprendiendo que la fase de mantenimiento es larga, hasta que se consigue la consolidación de una nueva conducta, y que lo habitual es observar la presencia de episodios de recaídas, el profesional dispone de diversas herramientas, tanto para reforzar el mantenimiento, como para evaluar el riesgo de recaída, así como intervenir cuando ésta se produzca¹⁷.

Repartir nuestro escaso tiempo ejecutando maniobras de refuerzo y estímulo de motivación tendría, como consecuencia práctica, una mejora sustancial en nuestra tasa de éxitos conseguidos.

Conviene modificar la visión (poco realista) de que los pacientes que verbalizan su deseo de cambiar, o que ya han iniciado modificaciones iniciales de la conducta, ya han finalizado su tarea. Es preferible trabajar en esta fase de mantenimiento con la misma perspectiva de actuación longitudinal que define nuestra especialidad.

El lema en este estadio se puede caracterizar como “yo estoy manteniendo los cambios que he hecho”. Cuando la persona se ha expuesto a situaciones que estaban asociadas a la antigua conducta y ha respondido a éstas de manera diferente, la nueva conducta se ha consolidado y, por fin, puede afirmar que ha salido de la rueda del cambio en este aspecto de su vida.

Bibliografía

1. Alan Marlatt G, Gordon JR. Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
2. Bosch JM, Cebrià J. La entrevista motivacional. En: Guía de actuación en atención primaria. 3.ª ed. Barcelona: Ed. SemFYC; 2006.
3. Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional. Preparando a la gente para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós; 1999.
4. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
5. 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.
6. Marlatt GA, Baer JS, Kivlahan DR, Dimeff LA, Larimer ME, Quigley LA, et al. Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-year follow-up assessment. *J Consulting Clin Psychol.* 1998;66:604-15.
7. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
8. Cebrià J, Bosch JM. ¿Médico o abogado del diablo? *FMC.* 2000;7:320-2.
9. Daley DC, Zuckoff A. Improving treatment compliance. Counseling and systems strategies for substance abuse and dual disorders. Center City: Hazelden; 1999.
10. Greenberg L, Rice L, Elliott R. Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto. Barcelona: Paidós; 1996.
11. Miller WR. Why do people change addictive behavior? The 1996 H. David Archibald lecture. *Addiction.* 1998;93:163-72.
12. Rollnick S, Heather N, Bell A. Negotiating behaviour change in medical setting: the development of brief motivational interviewing. *J Mental Health.* 1992;1:25-37.
13. Rollnick S, Butler C, Stott N. Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Education Counselling.* 1997;31:191-203.
14. Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Counselling Clin Psychol.* 1983;51:390-5.
15. 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.
16. Cebrià J, Bosch JM. La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. *FMC.* 2000;7:233-6.
17. Bell A, Rollnick S. Motivational interviewing in practice: A structured approach. En: Rotgers F, Keller D, Morgenstern J, editors. *Treating substance abuse: theory and technique.* New York: Guilford Press; 1995.