



# Actualización en Atención Primaria

Construyendo Competencias Clínicas para la Atención Integral de Pacientes con Enfermedades Crónicas y Estilos de Vida no Saludables: El Enfoque de los Procesos-Cuidados Orientados a las Tareas (TOPIC).

*Clinical Capacity Building to a Comprehensive Care of Chronic Diseases and non-Healthy Live-Styles patients: The Task-Oriented Processes In Care (TOPIC).*

Miguel A. Suárez-Bustamante,  
[Méd.Dr., MF, Mag.Sal.Púb.\(1\) \\*](#)

Documento de posición editorial no  
sujeto a arbitraje.

MPAe-j.med.fam.aten.prim.int. 2011,  
5 (2): 95-106

Este artículo esta disponible en [www.  
idefiperu.org/mpa.html](http://www.idefiperu.org/mpa.html)

## RESUMEN

**Introducción:** Con la finalidad de obtener un mejor desempeño en la práctica de los profesionales de Atención Primaria fue desarrollado el enfoque de Procesos Orientados a las Tareas en el Cuidado de la Salud (TOPIC) de utilidad no sólo para los pacientes, sino también para el personal de salud y para el sistema sanitario en su conjunto.

**Objetivo:** Mostrar los fundamentos y algunos elementos conceptuales del enfoque TOPIC, y describir las bases teóricas y tareas específicas para las dos consultas prototípicas más relevantes para los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y estilos de vida no saludables.

**Temas abordados:** Ventajas y beneficios del enfoque TOPIC, aspectos generales del enfoque TOPIC, bases del enfoque, y tareas específicas para el TOPIC – Cambio de estilos de vida y TOPIC – Enfermedad Crónica.

**Descriptor:** Enfoque TOPIC, Control Médico, Cambio de estilos de vida, Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

## ABSTRACT

**Introduction:** Intending a better performance in the practice of the Primary Health Care, was developed the Task Oriented Process in Care (TOPIC) approach, useful not only for the patients, but also for the health workforce and the entire health system.

**Objectives:** To present the fundamentals and some conceptual issues of the TOPIC approach, and to describe the theoretical basis and specific tasks for the most important prototypical consults for the Chronic Non-transmissible Diseases and Non-healthy Life-Styles.

**Reviewed topics:** Advantages and Benefits of the TOPIC approach, General Aspects of the TOPIC approach, Specific tasks for the TOPIC – Behavior Change and TOPIC – Chronic Disease.

**Keywords:** TOPIC approach, Medical control, Life-Styles Behavior Change, Chronic Non-transmissible Diseases.

## Filiación del Autor:

\*Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina. Maestría de Medicina Familiar. Instituto de Desarrollo Familiar y Social del Perú (IDEFIPERU), Lima (1).

Méd.Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag.Sal.Púb.: Magíster en Salud Pública.

Correspondencia para el autor: Dr: Miguel Suárez B:  
E-mail: [miguarez@yahoo.com](mailto:miguarez@yahoo.com)



Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), fundamentalmente la hipertensión, la Diabetes Mellitus (DM), el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, se han constituido en problemas de salud prevalentes y con una alta carga de mortalidad, requiriendo la movilización institucional —del sistema sanitario—, y social —de los diferentes colectivos de ciudadanos—, para frenar su avance. Aun cuando no puede identificarse el nivel donde el riesgo desaparece, es claro que el potencial de daño de las ECNT puede ser limitado si se redujera la prevalencia de Estilos de vida no saludables (EVNS) entre la población. Una pregunta frecuente que se formulan tanto los gestores del sistema como los propios miembros de los equipos de Atención Primaria, es como mejorar la eficiencia y resolutivez en el abordaje de las ECNT y los EVNS en el primer nivel de atención. Una de las mejores maneras sería estandarizar la atención y perfeccionar el proceso de toma de decisiones a la hora de realizar un diagnóstico, indicar la realización de una prueba o prescribir una intervención o medicamento.

Aun cuando no siempre sea notorio para el prestador de salud, cada vez que atendemos a una persona desarrollamos procesos y tareas para el cuidado de la salud, de modo que ellos nos permiten responder a la demanda de ese momento. Algunas de estas acciones incluyen el recoger información, dar recomendaciones preventivas, solicitar exámenes auxiliares, etc. Estos procesos y tareas, al no estar estandarizados, con frecuencia se nos pasan por alto durante el desarrollo de una atención. Por ejemplo, se puede realizar recomendaciones preventivas a un paciente con DM, y no así al siguiente paciente con características aproximadamente semejantes; o se puede solicitar información valiosa o una prueba para descartar complicaciones en el segundo paciente y no solicitarla al primero.

Buscando obtener un mejor desempeño en la práctica de los profesionales que atienden a la familia fue desarrollado el Enfoque de Procesos Orientados a las Tareas en el Cuidado de la Salud (llamado TOPIC por sus siglas en in-

gles) (1;2). Este enfoque es de utilidad no sólo para los pacientes —por la posibilidad de ayudarnos a ofrecerles una respuesta clínica óptima—, sino también para los profesionales de salud —al establecer una rutina de auto-aprendizaje que le permita estar permanentemente actualizados— y para el sistema de salud, por orientar un abordaje más costo-eficaz y de mayor impacto en la salud de la población.

En el presente artículo en primer lugar se describen los fundamentos de esta propuesta, desde una perspectiva general. Luego se explicitan algunos elementos conceptuales fundamentales que se deben haber considerado como la base en la formulación del enfoque TOPIC para las dos consultas prototípicas de relevancia crucial para los pacientes con ECNT y EVNS: la Consulta por Enfermedad Crónica y la Consultas por Cambio de Conducta. Finalmente se detallan las tareas específicas de estas dos consultas prototípicas abordadas. Por la extensión de este documento, la información en relación a las tareas generales identificadas será mostrada en la siguiente entrega relacionada a este fascículo.

### **Ventajas y Beneficios del Enfoque TOPIC**

El enfoque TOPIC propuesto por el profesor Rogers y Corboy, y sus colaboradores del Department of Family and Community Medicine del Baylor College of Medicine en Houston, Texas, el año 2004 (1, 2)

Este enfoque, parte de identificar las denominadas consultas prototípicas. Una consulta prototípica es aquel tipo de atención generada como respuesta a un cierto tipo de demanda en los servicios de medicina ambulatoria en Atención Primaria, y que por lo tanto presenta requerimientos de asistencia comunes (1, 2). Con ello definido, el enfoque establece un conjunto de tareas y procesos estandarizados, seleccionados para reconocer las necesidades existentes en cada tipo de visita, y en consecuencia responder ordenadamente a cada tipo de paciente

Además de otros tres tipos de contactos entre el médico y el paciente —proble-

Cuadro 1. Procesos orientados a las tareas en el cuidado de la salud.

Procesos	Consulta para el Paciente con Enfermedades Crónicas	Consulta para el Cambio de Conducta
Procesamiento de la información clínica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar las expectativas y preocupaciones del paciente.</li><li>• Evaluar la severidad y control de la condición.</li><li>• Evaluar la adherencia al tratamiento y efectos colaterales.</li><li>• Explorar daño de órgano blanco.</li><li>• Revisar el estado de condiciones de comorbilidad y factores de riesgo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar las expectativas y las dolencias del paciente.</li><li>• Recabar información previa relevante sobre el problema de conducta.</li><li>• Evaluar el estadio de cambio de comportamiento:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pre contemplativo.</li><li>○ Contemplativo.</li><li>○ Determinación.</li><li>○ Acción.</li><li>○ Mantenimiento.</li><li>○ Recaída.</li></ul></li></ul>
Desarrollo de la relación médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desarrollar una relación terapéutica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desarrollar una relación terapéutica</li></ul>
Integración de la información clínica y la relación médico-paciente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Negociación de un nuevo plan.</li><li>• Promover el autocuidado del paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Negociar un plan factible.</li><li>• Incrementar la motivación y autoeficacia del paciente.</li></ul>
Aprendizaje permanente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aprender sobre la consulta revisando guías de práctica clínica en relacionadas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aprender sobre la consulta reflejando las propias debilidades y necesidad de cambio.</li></ul>

ma nuevo, chequeo, problema psicosocial—, este enfoque comprende dos consultas prototípicas centrales para el abordaje de personas con ECNT y EVNS: la consulta para el Cambio de Conducta y la consulta para el paciente con Enfermedades Crónicas. El enfoque TOPIC define un conjunto de procesos y tareas para las consultas prototípicas, las cuales son resumidas en el cuadro 1.

Uno de los principales beneficios del enfoque TOPIC es favorecer una atención eficiente y de calidad, que aproveche al máximo el encuentro prestador-paciente —por lo general breve y con una agenda cargada—, y le permita ser más resolutivo. En este sentido, la estructura metodológica del enfoque TOPIC contribuye a que los profesionales de salud logren ejecutar sus tareas con solvencia, y puedan siempre elegir las opciones más adecuadas, con independencia de las particularidades de cada caso (3).

Por otro lado, al asumir una perspectiva mayor que solo responder a la queja aparente de los pacientes y no olvidarr las intervenciones fundamentales para su atención, el enfoque TOPIC favorece la integralidad. Esto es más claramente visible en pacientes con ECNT cuyas consultas no infrecuentemente son poco más que solo espacios para renovar la prescripción, y bajo al enfoque TOPIC ayudan en el monitoreo, ajuste

de dosis, mejoramiento de la adherencia, educación práctica del paciente, entre otros aspectos que favorecen la integralidad.

Además, las metodologías asociadas al enfoque TOPIC permiten al equipo de Atención Primaria, adoptar una vía sistematizada y objetiva para tomar sus decisiones. Esto es, siempre que el prestador se enfrente a una visita prototípica, el enfoque le ayudara a estructurar una respuesta ordenada, basada en fundamentos científicos efectivos, y acompañada de los mejores procesos de cuidado para el paciente (1, 2).

Esta aproximación estructurada puede también ser valiosa a la hora de entrenar al personal de salud en el abordaje de los pacientes con ECNT y EVNS, representando un excelente medio para construir competencias clínicas para un adecuado ejercicio de la atención primaria. Ello ocurre porque, al asignar los contenidos a situaciones concretas, permite asimilar mejor los nuevos conocimientos y reforzar los ya existentes. En esta época en que se produce tanta información, y el conocimiento establecido se modifica tan rápidamente, la estructura proporcionada por el Enfoque TOPIC incrementar nuestra capacidad de rescatar lo más valioso de ese incremento bibliográfico, algo que es muy valorizado por los enfoques de formación por competencias(4, 5).



No obstante, el enfoque TOPIC enfrenta una crítica común a todas las metodologías estructuradoras de la acción asistencial: Reduce la libertad de prescripción. Ello ocurre particularmente cuando el prestador de salud no tiene una adecuada formación o por su inexperiencia es proclive a seguir dictados externos. Debe considerarse que el enfoque TOPIC no debe ser una camisa de fuerza sino un punto de partida para que fluya más efectivamente el conocimiento, la pericia personal y los frutos de la experiencia aportada por los años de ejercicio profesional y el conocimiento pormenorizado de su paciente.

En este sentido la situación del Enfoque TOPIC se parece mucho a la Medicina Basada en Evidencias (MBE), cuyo origen también reposa en la metodología sistemática de revisar, evaluar y usar los hallazgos de las investigaciones buscando resolver una hipótesis (6). Se dice que sin el uso de la experiencia clínica, la MBE conduciría a una tiranía de la evidencia externa, no siempre aplicable a cada paciente individual. Por otro lado, la experiencia clínica sin MBE reflejaría la mirada subjetiva, y tal vez poco actualizada o de menor costo-eficiencia para el paciente y el sistema como un todo. Por todo ello, del fruto acertado de esta combinación entre intuición y evidencia, resultarán las mejores decisiones para beneficio de los pacientes y del sistema.

### Aspectos Generales del Enfoque TOPIC

Para poder formular los procesos y tareas que constituyen el núcleo del enfoque, los autores partieron de sistematizar los procedimientos que normalmente realizan los prestadores de Atención Primaria en la práctica ambulatoria. Así se identificaron o consultas prototípicas: consulta por Problema Nuevo, consulta por Enfermedad Crónica, consulta por Chequeo, consulta por Problema Psicosocial y consulta por Cambio de Conducta o Comportamiento. Por su relevancia para las ECNT y los EVNS, en este artículo desarrollaremos únicamente las tareas para los dos primeros tipos de consultas prototípicas.

En la Consulta por Enfermedad Crónica (TOPIC Enfermedad Crónica), los pacientes son portadores de alguna patología que los acompañará toda la vida o durante un tiempo bastante prolongado. Esta puede ser congénita o vigente a temprana edad como el asma, DM tipo I, o o adquirida en edad adulta como la HTA, DM tipo II, osteoartrosis, cuadros de salud mental establecidos, etc.

Por otro lado, la Consulta por Cambio de Conducta (TOPIC Cambio de Conducta), fuertemente influenciada por modelos teóricos que buscan incrementar la auto-eficacia en la adopción de modificaciones comportamentales (7), organiza la acción del prestador para promover, de manera efectiva, la adopción de algunas prácticas saludables.

Es interesante hacer notar que ambas consultas prototípicas están relacionadas, y frecuentemente los pacientes reciben Consultas por Enfermedad Crónica, y también Consultas por Cambio de Conducta, buscando reducir comorbilidades y factores de riesgo.

En la formulación original del enfoque TOPIC se proponen cuatro procesos mayores, y un número variable de tareas al interior de ellos, para cada consulta prototípica (1, 2), tales como:

#### *Proceso Mayor 1: Procesamiento de la información por el médico:*

Organiza el recojo de información del paciente y/o familiares, necesaria para plasmar el enfoque en cada tipo de consulta. Este proceso mayor, se correlaciona con la anamnesis, antecedentes, examen físico y solicitud de pruebas auxiliares convencionales. Sin embargo, su estructura específica le permite apuntalar los siguientes procesos dentro del enfoque.

#### *Proceso Mayor 2: Desarrollo de una adecuada relación médico-paciente-familia:*

Genera una corriente favorable entre el prestador de salud, el paciente y su familia. Incorpora aspectos como dedicar el tiempo necesario para ayudar, transmitir respeto hacia el paciente, demostrar un real interés, poseer una buena disposición para apoyarlo hasta



la solución de sus problemas y ofrecer una efectiva orientación y educación.

*Proceso Mayor 3: Integración de la información.*

Procesamiento a posteriori de la información recibida, tanto del paciente y familiares, como de exámenes auxiliares y de la respuesta inicial al manejo, buscando alcanzar las mejores probabilidades diagnósticas y plantear el mejor enfoque.

*Proceso Mayor 4: Aprendizaje de por vida.*

Consolida un perfeccionamiento continuo, revisando guías diagnósticas, estudios, y otra bibliografía disponible para esclarecer dudas en el abordaje de problemas vagos e inespecíficos, en la oferta de recomendaciones preventivas específicas, o al realizar una elección entre tipos de manejo semejantes, entre otros puntos. Ello permitirá que en lo sucesivo el manejo de problemas semejantes al del paciente pueda ser mejor resuelto.

Debemos esclarecer que en este artículo planteamos una estructura modificada para el enfoque TOPIC. Las variaciones sobre la formulación original, surgieron de la validación particular realizada en nuestra actividad cotidiana y la docencia. Existen tres variaciones principales. Primeramente se plantea una estructura simplificada para cada consulta prototípica, que de contar con procesos mayores y tareas en la formulación original —Ver cuadro 1—, se cambia por otra con tareas generales y específicas, las cuales se describen en el cuadro 2. En segundo lugar, se mantienen como tareas generales, las tareas dentro de los tres últimos procesos mayores —Procesos

Mayores 2, 3 y 4—, mientras que se incorporan como tareas específicas las que se encontraban al interior del Proceso Mayor 1: Procesamiento de la información por el médico. Finalmente se incorporan como tareas específicas al final de cada rubro la “Evaluación de las expectativas y preocupaciones del paciente” y la “negociación de un nuevo plan”.

**Bases del Enfoque TOPIC – Problema crónico**

Es conocido que si los pacientes con ECNT tuvieran un adecuado control, su potencial de complicaciones podría ser menor (8). Infelizmente, en la mayoría de países tanto desarrollados como en vías de desarrollo, aun estamos lejos de garantizar un adecuado control de los pacientes con ECNT. Por ejemplo, estudios realizados en Estados Unidos, encontraron que sólo 34% de los pacientes hipertensos están adecuadamente controlados, y que más de la mitad de los hipertensos desconocen su situación (9, 10).

La relación entre presión arterial y riesgo cardiovascular es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Cuanto más alta es la presión arterial, mayor es la posibilidad de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, ictus y enfermedad renal (9). Algo semejante se aprecia con la DM, que es una enfermedad metabólica crónica asociada a complicaciones irreversibles, invalidantes y aun mortales, con notable afectación de la calidad de vida (11). Además, las repercusiones financieras, representan un importante impacto en la calidad de vida de quienes la padecen (12).

Cuadro 2. Tareas generales y tareas específicas del enfoque TOPIC.

Tareas	Consulta para el Paciente con Enfermedades Crónicas	Consulta para el Cambio de Conducta
<b>Generales</b>	***Desarrollar una relación terapéutica*** ***Integración de la información y negociación de un nuevo plan*** ***Aprendizaje permanente***	
<b>Específicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluar la severidad y control de la condición.</li> <li>○ Evaluar la adherencia al tratamiento y efectos colaterales</li> <li>○ Explorar daño de órgano blanco</li> <li>○ Revisar el estado de condiciones de comorbilidad y factores de riesgo</li> <li>○ Evaluar las expectativas y preocupaciones del paciente</li> <li>○ Negociación de un nuevo plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recabar información previa relevante sobre el problema de conducta y evaluar el estadio de cambio de comportamiento.</li> <li>○ Negociación de un plan factible.</li> <li>○ Incrementar la motivación y autoeficacia del paciente</li> <li>○ Evaluar las expectativas y preocupaciones del paciente</li> </ul>



Entonces, para el abordaje de estos pacientes con ECNT, no basta con renovar la prescripción de la medicación cada cierto tiempo, sino que deben incorporarse elementos orientados a reducir sus riesgos potenciales.

Un primer ejemplo es la erradicación del tabaquismo en estos pacientes, que constituye una de las principales causas prevenibles de morbilidad y mortalidad en la población adulta. Un estudio encontró que la esperanza de vida era 7 años mayor entre quienes dejaban de fumar a una edad media, en relación a quienes continuaban fumando (13). Otro análisis encontró que, incluso entre personas que dejaban de fumar a los 60 años, el riesgo acumulativo de cáncer de pulmón a los 75 años experimentaba una reducción de 10% en relación a quienes continuaban fumando (14). Ello explica la importancia de un tamizaje riguroso para identificar quienes fumaron en los últimos tres meses, y ofrecer consejería sobre cese de tabaquismo y asistencia complementaria a todos los fumadores. Para ellos, el uso de parches de nicotina o goma de mascar, es efectivo para ayudar a reducir la dependencia al tabaquismo (15).

Igualmente debe incorporarse en la atención regular de los pacientes con ECNT, la promoción intensiva de la actividad física, práctica que tiene un efecto antihipertensivo, cronotrópico negativo, vasodilatador, diurético, anorexígeno, reductor de peso, hipoglicemiante, hipolipemiante, tranquilizante, antidepresivo, previene las fracturas de cadera, las caídas y la osteoporosis (16). Debe inducirse a los pacientes con ECNT, a realizar ejercicios con frecuencia e intensidad adecuadas, idealmente empleando estrategias complementarias además de la consejería individual (17).

Igualmente la Fuerza Tarea Preventiva de Estados Unidos (USPSTF) recomienda reducir la ingesta de grasas en los pacientes con ECNT, debido a su rol aterogénico o en la prevención del cáncer de colon (17). Sin embargo, especialmente en adultos mayores, es importante no necesariamente restringir la cantidad de calorías proporcionadas, pues se ha encontrado que después

de los 60 años se reduce la asociación entre índice de masa corporal (IMC) elevado y mortalidad, prácticamente no existiendo correlación luego de los 74 años (18). Adicionalmente se recomienda incrementar la ingesta de frutas y granos que contengan fibra, y evaluar la necesidad de dietas especiales como la dieta DASH o mediterránea.

También existe consenso absoluto sobre el control de la HTA, con beneficio absoluto en reducir tanto la presión diastólica como la sistólica. Ha sido demostrado que una caída de cinco a diez mm Hg reducen la incidencia de accidentes cerebrovasculares en 34% y 56%, respectivamente, y la enfermedad arterial coronaria en 21% y 37%, respectivamente (19). El intervalo óptimo para el despistaje de hipertensión no ha sido determinado, pero algunos organismos recomiendan realizarlo una a dos veces por año en pacientes que no acuden a los establecimientos de salud, y en todas las consultas, en pacientes que sí acuden.

El abordaje de la dislipidemia en los pacientes con ECNT no despierta igual consenso. Aunque se acepta que el diagnóstico y tratamiento agresivo de la dislipidemia es relevante si ella coexiste con problemas cardiovasculares, DM u otros factores de riesgo es relevante —prevención secundaria—, al parecer su valor es limitado en la prevención primaria, cuando el riesgo cardiovascular es menor —prevención primaria. Ello se desprende de estudios específicos que sólo mostraron impacto final sobre la mortalidad o morbilidad de los pacientes con riesgo cardiovascular elevado, daño cardiovascular previo o DM. Contradictoriamente, está muy extendida la visión de tratar la dislipidemia sin importar el riesgo cardiovascular total. La misma controversia existe para el tamizaje, pues aunque el tercer Adult Treatment Panel (ATP III) recomienda el despistaje con lipidograma, desde los 20 años sin poner límite superior, la USPSTF y el Colegio Médico Americano (ACP), no se pronuncian a favor o en contra del despistaje hasta los 74 años, y ambos grupos no lo recomiendan en mayores de 75 años. (17).

Por último la DM es sin duda uno de los más nefastos problemas de salud



dentro de las ECNT, y su absoluta prioridad. Sin embargo su abordaje diagnóstico preventivo, no está libre de controversias. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) expresa que detectar precozmente la DM y tratarla en etapa pre-sintomática reduciría las complicaciones de esta enfermedad, por lo que recomienda un tamizaje cada tres años en adultos mayores de 45 años, e incluso a edades más tempranas en quienes tienen riesgo cardiovascular aumentado. Sin embargo, la USPSTF no encuentra evidencia suficiente para el screening rutinario a partir de una edad específica, más bien recomendando su aplicación individual, sólo en quienes presentan factores de riesgo como ser obesos —IMC mayor a 27 kg/m<sup>2</sup>—, tener un familiar o pariente consanguíneo cercano con DM, en mujeres previamente diagnosticadas con DM gestacional o que tuvieron fetos macrosómicos, o en quienes tienen HTA. (17).

#### **Bases del Enfoque TOPIC – Cambio de estilos de vida**

Aunque algunos de los pacientes con ECNT y desenlaces negativos por mantener EVNS, no habían recibido ninguna educación sanitaria, otros si habían estado expuestos a acciones preventivo promocionales que resultaron ineficaces para inducir los cambios respectivos (20). Ello ocurre porque, como diversos reportes resaltan, la educación sanitaria tradicional sólo tiene un limitado impacto en la adopción de estilos de vida saludables.

En los últimos años, se han estructurado diversos modelos clínicos y psicológicos que articulan todo lo que sabemos y comprendemos sobre el cambio en el comportamiento sanitario. Sin embargo, este conocimiento has sido poco aplicado en la acción educativa, limitando nuestra influencia sobre la población en riesgo. El enfoque TOPIC busca viabilizar la aplicación práctica de modelos como el de Creencias Sociales y percepción de la Auto-Eficacia de Bandura(7), el modelo PRECEDE-PROCEED de Green e Kreuter (21), pero especialmente del modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente (22).

El modelo Transteórico se ha empleado en intervenciones de diversas conductas como la actividad física, cesación de consumo de tabaco, dieta, y múltiples factores de riesgo de enfermedades crónicas (22-24). El modelo cristalizó el concepto central de una dimensión temporal de etapas de cambio (22), articulando diversos constructos como el del Balance Decisional, el de la Auto-eficacia de Bandura (7) y el de los procesos de cambio, entre otros, para proponer que el cambio pasa por cinco estadios evolutivos.

El gran salto fue proponer que en cada estadio del modelo son diferentes las creencias, actitud personal frente a la enfermedad, conocimientos, motivos y determinación para definir la posibilidad de adherencia, deben generarse estilos de intervención diferenciados para cada uno de ellos. Los cinco estadios evolutivos del modelo son:

1. *Precontemplación:* Las personas ni siquiera se plantean la idea del cambio.
2. *Contemplación:* Ellas empiezan a pensar tanto en el riesgo para su salud como en las medidas necesarias para reducir ese riesgo. Consideran el tema, pero no hacen planes para actuar al respecto. Es posible que se establezca una acción en los seis meses siguientes.
3. *Preparación:* La contemplación pasa a la acción, consistente en desarrollar un plan, unirse a una clase o grupo y obtener materiales (p.ej. nuevos alimentos, chicles de nicotina o folletos de autoayuda). Estos son considerados pasos preliminares para la acción, la cual será tomada en los siguientes 30 días.
4. *Acción:* Produce cambios observables en el comportamiento sanitario. Puede haber recaídas, que deben ser tratadas como parte del proceso del cambio y no como excusa para retroceder a la contemplación. La fase de acción puede prolongarse hasta alrededor de seis meses.
5. *Mantenimiento:* En este estadio, menos intenso, la nueva acción saludable debe ser consolidada con firmeza como parte permanente del estilo de vida. La confianza y la sensación de la propia eficacia aumentan.
6. *Las Recaídas:* pueden incluirse como un estadio más del proceso de cambio. Es esencial prevenir las recaídas.



das. La vuelta al tabaquismo, al abuso de alcohol o a los hábitos sedentarios pueden borrar todos los progresos conseguidos en las etapas anteriores.

Según el modelo Transteórico, la estrategia de los profesionales de salud debe consistir en hacer que los grupos o personas adelanten un paso a la vez en el camino del cambio. Si se intenta que el individuo salte de la Pre-contemplación directamente a la Acción, la probabilidad de tener éxito será muy baja. Debemos establecer la etapa exacta en que la persona se encuentra y sus capacidades para asumir el nuevo comportamiento. A continuación deben identificarse las barreras que impiden pasar a la etapa siguiente, y trabajar con el paciente para superarlas. Asimismo, cualesquiera sean las características de las personas, siempre deben considerarse aspectos como, la amenaza percibida de la enfermedad, los beneficios y los costos percibidos de la nueva medida, la reducción de la incertidumbre y el aumento percibido de la autoeficacia y de la propia capacidad. El abordaje de cada uno de estos elementos debe adaptarse a las creencias y al sistema de acción de los participantes destinatarios.

Un buen ejemplo de la aplicación de este modelo lo constituyen los programas para dejar de fumar, que discriminan la intervención a darse en la fase Pre-contemplativa, buscando la repetición de todas las enfermedades que los cigarrillos pueden producir, de aquella en la fase de Acción cuando pueden ofrecerse ayudas farmacológicas (22). Otro ejemplo es la prevención del cáncer de mama, donde la fase Pre-contemplativa ocurre en mujeres que nunca tuvieron una mamografía y no planean tenerla en los siguientes 2 años, la Contemplación, cuando ellas planean hacerse el estudio en un máximo de 2 años. La Acción cuando las entrevistadas tienen cita para realizarse una mamografía o han intentado reservar una cita para los siguientes meses, y finalmente la fase de Mantenimiento se aplica cuando las mujeres tuvieron por lo menos dos mamografías en los plazos esperados y manifiestan su deseo de hacerla en el siguiente plazo que le corresponde.

### Tareas Específicas del TOPIC – Enfermedad Crónica

De acuerdo a nuestra formulación modificada, la aplicación del enfoque TOPIC – Enfermedad Crónica involucra las siguientes tareas (1, 3):

#### 1. *Evaluar la severidad y control de la condición:*

Esta tarea incorpora dos elementos. Primero, evaluar la severidad, incorporando preguntas para medir si la enfermedad está en un estado incipiente, medio o avanzado de evolución. Segundo, medir el control del cuadro, verificando su estabilidad y precisando la tendencia a mejorar o a empeorar su situación. Para ello pueden evaluarse síntomas como poliuria y polidipsia, o la frecuencia del uso de medicamentos de rescate —inhaladores en asma o nitroglicerina en la angina de pecho—. También se mide por los resultados de su auto-monitoreo en el hogar —valores del glucómetro o medidas de la presión arterial. Además pueden tomarse los signos en el examen físico como evidencia de severidad —parestias, pulsos periféricos, fondo de ojo— o los resultados de exámenes auxiliares de laboratorio o imágenes —Hemoglobina glicosilada, glicemias en ayunas o post-prandial, etc.

#### 2. *-Evaluar la adherencia al tratamiento y efectos colaterales:*

Siempre se debe hacer un inventario completo de todas las medicaciones que el paciente está tomando, precisando el nombre, la dosis y frecuencia indagando por la adherencia. También debe preguntarse por síntomas colaterales conocidos como hipoglicemia, hipotensión ortostática, etc.

#### 3. *Explorar daño de órgano blanco:*

En este ítem se realizan preguntas para verificar si ha habido síntomas de que se esté instalando alguna complicación —dolor torácico, calambres o dolor en las piernas al caminar, problemas con la digestión, disfunción eréctil, etc.—, se buscan signos que indiquen su aparición —pulsos periféricos, fondo de ojo— y se completa el protocolo de exámenes de laboratorio e imágenes





que se requieran para descartar daño de órgano blanco, según las guías clínicas aceptadas.

#### 4. Revisar el estado de condiciones de comorbilidad y factores de riesgo:

Preguntar por otras ECNT o condiciones que interactúan negativamente con el problema, por ejemplo portar HTA si tiene DM, o viceversa. Si existiera una comorbilidad, se debe verificar lo adecuado de su manejo. Preguntar por factores de riesgo y su abordaje, como pérdida de peso, última vez que le midieron el colesterol ---tratamiento y nuevos valores si es que se encontró dislipidemia. También se debe preguntar sobre estilos de vida y hábitos saludables, tales como la dieta ---se prefiere preguntar por todo lo que comió el día anterior---, la actividad física incluyendo que tipo de ejercicios hace ---si se trata de caminatas, ejercicios intensos--- por cuanto tiempo y con que frecuencia. Igualmente evaluar la presencia de hábitos nocivos, preguntando si fuma, consume licor o drogas, evaluando la frecuencia y cantidad, y si este comportamiento está presente abordarlo con el TOPIC – Cambio de Conducta. Debe complementarse este interrogatorio con un examen clínico dirigido y la solicitud de exámenes complementarios apropiados, de acuerdo a lo que encontramos en el paciente.

#### 5. Evaluación de las expectativas y preocupaciones del paciente y 6. Negociación de un nuevo plan:

Por lo extendido de este artículo, y lo general de su abordaje —coincidiendo con otras consultas prototípicas—, estas tareas se explicarán en un artículo complementario.

### Tareas Específicas del Enfoque TOPIC – Cambio de Conducta

La aplicación del enfoque TOPIC – Cambio de Conducta involucra las siguientes tareas(1, 3):

#### 1. Recabar información previa relevante al problema de conducta y Evaluar el estadio de cambio de comportamiento.

En la propuesta original del enfoque TOPIC los dos componentes de esta tarea son planteados como acciones separadas, sin embargo en la práctica no es posible evaluar el estadio en el ciclo de Prochaska sin

simultáneamente recoger información sobre el problema, por lo que son vistas juntas en esta propuesta.

La idea general de esta tarea, es que debemos recabar información amplia sobre la conducta detectada —inicio, duración, frecuencia, severidad, factores agravantes y contribuyentes así como intentos de cambio previos, con o sin asistencia, y planes futuros de cambio—, para poder precisar en qué etapa del ciclo se encuentra. Por ejemplo, si el paciente nunca ha realizado la actividad que deseamos plantearle, entonces iniciaremos indagando si desean ayuda para controlar su hábito o si ven la necesidad de cambiar su conducta. Ante una respuesta afirmativa podremos preguntar si planea cambiar su conducta en los siguientes 6 meses, con lo que podremos distinguir entre la Pre-contemplación —responden negativamente— y la Contemplación —responden afirmativamente. Por otro lado es relativamente más fácil identificar los estadios de Preparación, Acción y Mantenimiento, siendo para ello útil verificar intentos previos de cambio.

#### 2. Incrementar la motivación y auto-eficacia del paciente.

En este estadio las intervenciones se orientan a consolidar el estadio en el que la persona se encuentra y prepararse para el siguiente. Ellas buscan incrementar la predisposición para el cambio —motivación—, y favorecer el afianzamiento del comportamiento esperado —percepción de auto-eficacia.

Los pacientes son motivados a cambiar cuando el balance entre pros y contras se inclina hacia la conducta preferida. Por ejemplo, los pacientes se sienten motivados para dejar de fumar cuando lo desagradable de ello —a menudo no relacionado a su salud, p.ej. evitar “contaminar” a sus nietos— sobrepasa lo que les agrada. Algunas preguntas que pueden ser usadas en esta etapa son:

- ¿Qué es lo que le agrada de hacer (conducta)?
- ¿Qué es lo que no le agrada de (conducta)?
- ¿Tiene alguna preocupación acerca de (conducta)?
- ¿Cree que (conducta) puede causar alguno de los síntomas que está te-



niendo?

- ¿Cómo se sienten sus seres queridos/ amigos/hijos por su conducta?

Los pacientes tienen confianza en su habilidad para cambiar cuando el soporte para el cambio supera las barreras. Por ejemplo, para la actividad física, ocurre cuando barreras como la falta de tiempo y la no disponibilidad de espacios son superadas por un grupo de gente estimulante y avenidas acondicionadas. Las siguientes preguntas pueden ayudar a los pacientes a pensar acerca de los impedimentos para cambiar:

- ¿Cuáles son las barreras y soportes para hacer el cambio?
- ¿Qué es lo más complicado para lograr el cambio?
- ¿Qué tipo de cosas cree que le ayudaría a cambiar?
- ¿Qué le funcionó bien cuando anteriormente intentó cambiar/dejar/ hacer (conducta)?
- ¿Quién en su entorno podría ayudarlo con esto?

Es importante para consolidar los logros alcanzados, monitorear los cambios que ocurren en la fase de acción. No hay nada más desmotivador para el paciente deseoso de contar orgullosamente sus pequeños o grandes logros en la ruta hacia el cambio de comportamiento, que percibir desinterés en su proveedor por evaluar si el plan previamente negociado fue cumplido. Para dicha evaluación es necesario efectuar las siguientes preguntas:

- ¿Cómo le está yendo?
- ¿Cómo están reaccionando sus amigos/familiares/etc?
- ¿Qué ha hecho durante los momentos de resistencia?
- ¿Qué estás haciendo para premiarse a si mismo por estar cambiando?

Para los pacientes en etapa de mantenimiento, una pregunta que ayuda en la motivación de las personas que ya iniciaron el cambio son las siguientes:

- ¿Qué cosas buenas ha notado en si mismo/a desde que ha cambiado/dejado/empezado (conducta)?

### 3. *Negociación de un plan factible.*

Para que el cambio de conducta ocurra, la negociación con un compromiso

concreto es fundamental, incluso en las etapas primarias, donde el objeto del acuerdo es, en esencia, pequeño y superficial. Se obtiene el cambio cuando las preocupaciones primarias del paciente y su conducta, se relacionan las preocupaciones primarias del paciente y su conducta, con las preocupaciones médicas o sobre su salud, y desarrollando planes bajo mutuo acuerdo. En esta etapa el objetivo no necesariamente apunta a las recomendaciones “óptimas” de tratamiento, pero por lo menos propone un plan inicial conjuntamente negociado, que profundice la relación médico-paciente.

El objetivo de esta negociación depende del estadio del paciente. En las primeras etapas, antes que directamente hablar de cambiar la conducta requerida —ellos no ven su estado como un problema— buscaremos ayudarlos a definir el problema e interiorizar la necesidad de cambiar.

Ante estadios más avanzados, nuestra negociación se orientará a motivar al paciente que comienza a considerar la posibilidad de actuar, ofreciéndole información y motivación para quedar listos para el cambio. Podemos apoyar su preparación para la acción, planificación e inicio de vigencia con preguntas que conlleven a una autoafirmación de hitos concretos, tales como:

- ¿Cuál es su fecha planeada para empezar/ dejar (conducta)?
- ¿Qué hará en vez de (conducta) o ¿Cómo hará la nueva conducta)?
- ¿Qué recursos o estrategias específicas estarán disponibles?
- ¿Cuáles serán probablemente algunos de los facilitadores/dificultadores de (conducta)?
- ¿Cómo se recompensará a si mismo?

Estos pacientes, al desear genuinamente asistencia para cambiar su conducta, constituyen uno de los más reconfortantes grupos, en cuanto a la instalación visible de nuevos hábitos.

Finalmente, en quienes ya iniciaron la actividad recomendada, se deberá fomentar el mantenimiento del cambio, ayudando a evitar las recaídas.

**Palabras finales**

En los contactos entre prestadores de salud y usuarios, es crucial, estar preparados para cumplir el objetivo de buscar para ellos la máxima salud, presente y futura, al más bajo costo. Ello incluye ayudar a los pacientes con ECNT a frenar el impacto negativo de esos problemas en sus vidas, como ayudándoles a superar sus EVNS. Aunque la mayoría de prestadores de salud sabemos que esta es la solución, no existe una adecuada preparación para llevar adelante una efectiva promoción de estilos de vida saludables que logre cambios efectivos y duraderos(25). Este artículo muestra las potencialidades del enfoque TOPIC para construir competencias clínicas para la atención integral de pacientes con ECNT y EVNS.

Para concluir este artículo, debemos agregar que el Enfoque TOPIC tiene una utilidad concreta para todos los niveles de atención, tanto hospitalarios como del primer nivel, y no sólo para los pacientes ---por la posibilidad de ayudarnos a ofrecerles una respuesta clínica óptima--- sino también para los profesionales de salud ---al establecer una rutina de auto-aprendizaje que le permita estar permanentemente actualizados--- y para el sistema de salud,

por orientar un abordaje más costo-eficaz y de mayor impacto en la salud de la población.

Sin embargo, es en la Atención Primaria de Salud, donde el Enfoque TOPIC alcanza mayor relevancia, debido a:

-Las características del entorno prestacional de entorno de alta incertidumbre, donde abundan los problemas indiferenciados, y se generan dudas permanentes sobre el poder diagnóstico de las herramientas semiológicas, laboratoriales o imagenológicas disponibles.

-La multiplicidad de problemas que debe atender el profesional en los diferentes grupos poblacionales y etapas del ciclo de vida, las cuales diversifican la presentación de los problemas de salud.

-Las limitaciones para el uso de exámenes auxiliares y de imágenes, debido a restricciones económicas o a la distancia física a los grandes centros hospitalarios. No obstante, esta es una particularidad variable del sistema.

En la segunda entrega sobre este tema, a efectuarse en un número subsecuente de MPA, se abordará, además de las tareas para las siguientes consultas prototípicas del enfoque, las tareas generales a desarrollarse en cada contacto y las connotaciones del enfoque TOPIC para la docencia.

**REFERENCIAS**

- (1) Rogers J, Corboy J, Huang W, Monteiro M. Task-Oriented Processes In (TOPIC) Model in Ambulatory Care. New York: Springer Publishing Company; 2004.
- (2) Rogers J, Corboy J, Dains J, Huang W, Holleman W, Bray J, et al. Task-oriented processes in care (TOPIC): a proven model for teaching ambulatory care. *Fam Med* 2003; 35 (5): 337-42.
- (3) Rogers JC, Corboy JE. Task oriented process in care: A blueprint for ambulatory visits. *Clinics in Family Practice* 2001; 3 (1): 35-58.
- (4) Huerta-Amezola J, Pérez-García I. Elaboración de programas por competencias. 1a ed. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2001.
- (5) Huerta-Amezola J, Pérez-García I, Castellanos-Castellanos R. Desarrollo curricular por competencias curriculares profesionales. *EDUCAR* 2000; (13): 87-96.
- (6) Qué es la Medicina Basada en la Evidencia (página web en internet). 2009; citado en: 18 octubre 2009). Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/262>.
- (7) Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
- (8) ALAD. Guías ALAD 2006 de diagnóstico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. 2006. citado en: 15/03/2011. Disponible en: [www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-guia-alad.htm](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-guia-alad.htm).
- (9) Chobanian A. Séptimo informe Joint Nacional Comité sobre prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial (JNC 7). *Hypertension* 2003; 42: 1206-52.
- (10) Regulo-Agusti C. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. *Acta Med Peru* 2006; 23 (2): 69-75.
- (11) Diabetes (página web en internet). Genova: WHO; (update: 2011; citado en: 15/01/2011). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>.
- (12) Mitchel GJ. Living with diabetes: how understanding expands theory for professional practice. *Canadian Journal of Diabetes Care* 1998; 22: 30-7.
- (13) Pelkonen M. Pulmonary function, smoking cessation and 30 year mortality in middle aged Finnish men. *Thorax* 2000; 55: 729-30.
- (14) Peto R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950 combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000; 321: 323-9.
- (15) Silagy M. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane DB* 2000;(3):CD000146.
- (16) Kelley GA, Sharpe K. Aerobic exercise and resting blood pressure in older adults: a meta-analytic review of randomized



controlled trials. *J Gerontol A* 2001; 56: 298-303.

(17) USPSTF. The Guide to Clinical Preventive Services 2010-2011 Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. 2010.

(18) Stevens J. The effect of age on the association between body-mass index and mortality. *N Eng J Med* 1998; 338: 1-7.

(19) MacMahon S. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease: prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990; 335: 765-74.

(20) García R, Suárez R. La educación al paciente diabético. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1991.

(21) Green L, Kreuter M, Deeds S, Partidge K. Health Education Planning. A diagnosis approach. California: Mayfield Publishing Company; 1981.

(22) Prochaska J, DiClemente C. Stages and Process of self-change of smoking: toward an integrative model of change.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51: 390-5.

(23) Calvas KJ, Ong BJ, Allis JF, Ooten WJ, Ratt M, Atrick K. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Prev Med* 1996; 25: 225-33.

(24) Steptoe A, Kerry S, Rink E, Hilton S. The impact of behavioral counseling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *Am J Public Health* 2001; 91: 265-9.

(25) Jurado-Vega AG, Suárez-Bustamante MA. Modificación de Estilos de Vida en Pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Modelos y Técnicas para su abordaje. *MPAe-j. med.fam.aten.prim.int.* 2011, 5 (2): 85-94.

(26) Norris SL, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 1159-71.