

Expertos Invitados

● LA ENSEÑANZA DE TÉCNICAS DE AUTOCONTROL EN NIÑOS



Columnista Experto de SIIC
Dr. Joseph Strayhorn

Adjunct Associate Professor of Psychiatry, and Private Practitioner. Specialization field Child and Adolescent Psychiatry

Strayhorn (1,2) ha sintetizado numerosos trabajos científicos existentes hasta la fecha sobre la naturaleza del autocontrol y sobre las posibilidades subyacentes que aportan elementos de juicio sobre el entrenamiento sistemático de esta técnica. Este artículo amplía estas ideas por medio del examen de bibliografía adicional y avanza en nuevas hipótesis con relación a esta técnica crucial.

Definición de autocontrol

El autocontrol supone el acto de elegir y llevar a cabo una opción determinada que resulta ser mejor que otra menos placentera. A veces, una opción es mejor elección porque produce mayor beneficio a largo plazo y a veces es mejor debido a su superioridad ética. En la enseñanza del autocontrol a los niños, encontré útil enseñar los conceptos de "objetivo a largo plazo" y de "tentación". Una "prueba del autocontrol" o "punto de elección del autocontrol" se establece cuando existe una opción con mejores beneficios a largo plazo que se enfrenta a una tentación inmediata más placentera. El concepto de autocontrol se entiende de manera más concreta al mirar ciertos puntos de elección del autocontrol. Cada una de las siguientes opciones enfrenta el placer casi inmediato con una mayor recompensa a largo plazo.

1. Trabajar para lograr un objetivo en lugar de dedicarse a un entretenimiento.
2. Prestar atención a las tareas relacionadas con el objetivo en lugar de atender a lo que es más placentero.
3. Comenzar a trabajar en lugar de dilatar la acción.
4. Estar de acuerdo con las reglas u ordenes de una autoridad razonable en lugar de ignorarlas o desafiarlas.
5. Reprimir los impulsos agresivos y utilizar métodos pacíficos en lugar de cometer agresiones físicas o verbales.
6. Realizar actos generosos en lugar de egoístas.
7. Calmarse luego de una frustración en lugar de causar berrinches.
8. Elegir una dieta sana en lugar de comer lo que resulte más placentero.
9. No abusar del alcohol o de otras drogas en lugar de intentar mediante su uso maximizar el placer a corto plazo.
10. Evitar el juego compulsivo.
11. Regular la actividad sexual para obtener mejores experiencias a largo término cuando esto se opone al placer a corto plazo.
12. Tomar decisiones correctas en cuanto al gasto y ahorro de dinero.
13. Evitar exponerse a riesgos sin sentido motivados por la "búsqueda de sensaciones" o la "búsqueda de estímulos".
14. Ser honesto en lugar de utilizar el engaño.
15. Regular los tiempos de sueño: elegir sabiamente cuando acostarse y cuando levantarse de la cama.
16. Usar el buen juicio en relación con la seguridad, por ejemplo al conducir cuidadosamente.
17. Cumplir con los tratamientos médicos y la atención de la salud.

18. Presentarse en las citas.
19. Planificar el futuro a fin de obtener mejores resultados en lugar de no planificar.
20. Evitar la agresión innecesaria surgida con motivo de establecer una posición dominante sobre otra persona.
21. Utilizar el coraje para enfrentar situaciones que uno teme de forma irreal.

Los modelos experimentales de autocontrol con animales incluyeron situaciones de elección en las cuales, por ejemplo, una rata o una paloma podían golpear contra uno de dos paneles o palancas; uno ofrecía una recompensa inmediata (generalmente comida) y el otro les brindaba un premio no inmediato aunque mayor y deseado (3). Mischel y col. (4-8) utilizaron paradigmas similares para medir el autocontrol en los niños. A estos se les propuso esperar en un cuarto con comida gratificante sin poder comerla, para poder obtener una comida aún más placentera como recompensa. Se les pidió que trabajen en una tarea aburrida, a pesar de la tentación de jugar, para poder acceder a jugar con juguetes más divertidos luego. También les fue ofrecida la opción de obtener un pequeño premio ahora o uno mayor la siguiente semana.

Importancia clínica

Imaginemos algo que probablemente nunca sucederá: supongamos que existen ciertas intervenciones aplicadas universalmente, capaces de inculcar técnicas perfectas y completas de autocontrol. Si este fuera el caso, los manuales de trastornos mentales serían libros mucho más delgados. Las adicciones a sustancias, la adicción a los juegos de azar, la obesidad, los trastornos con características de violencia, la piromanía y cleptomanía serían por definición eliminados. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad dejaría casi o completamente de existir: Barkley (9,10) plantea que las dificultades en un conjunto de funciones ejecutivas que involucran el autocontrol son el rasgo esencial y central en este trastorno. El trastorno fronterizo de la personalidad, que por definición requiere ser impulsivo en al menos dos áreas ("pueden apostar, derrochar dinero, comer en exceso, abusar de sustancias, practicar sexo inseguro, o manejar irresponsablemente" [11, p.651]) sería eliminado. El trastorno histriónico de la personalidad, que incluye intolerancia o frustración por "situaciones que poseen gratificaciones diferidas en el tiempo" y acciones "generalmente dirigidas a obtener satisfacción inmediata" (11, p.656), también sería algo del pasado. Los trastornos de la conducta y el trastorno de personalidad desafiante y contestataria en niños, junto con el trastorno antisocial de la personalidad en adultos, serían eliminados ampliamente. Los argumentos de Gottfredson y Hirshi (12) implicarían que una gran parte de la criminalidad también sería suprimida: en la mayor cantidad de los robos cometidos los ladrones obtienen menos de 100 dólares y la ganancia obtenida en estos robos no implica un saldo positivo en el cálculo de riesgo-beneficio a largo plazo. Estos autores documentan la comorbilidad de otros problemas del autocontrol con la criminalidad: abuso de sustancias, comportamiento sexual inadecuado, la tendencia a derrochar dinero, la aparición de embarazo no planeado, la propensión a los accidentes y las apuestas en juegos de azar.

Nuestra intervención imaginaria para inculcar el perfecto autocontrol no se detendría con la eliminación de la mayoría de los trastornos de "falta de control". Trastornos de "exceso de control" como las fobias, ansiedad social y trastornos obsesivos compulsivos pueden, en una gran cantidad de personas, mejorar luego de tratamientos basados en el entrenamiento. Por ejemplo, Foa y col. (13) informaron tasas de notoria mejoría en aproximadamente el 90% de los sujetos que completaron un tratamiento de aprendizaje y entrenamiento en el caso del trastorno obsesivo compulsivo. Pero lograr un buen apego al tratamiento es difícil debido a que éste posee un típico desafío del autocontrol. A pesar de que continuar exponiéndose a una situación temida de forma irreal lleva al acostumbamiento o a la superación del miedo, es mucho más placentero a corto plazo, escapar o evitar la situación tan temida. Con mejores técnicas de autocontrol, es posible que más personas puedan tomar ventaja de los eficaces tratamientos que se encuentran disponibles para una gran variedad de trastornos psiquiátricos.

Estabilidad

¿Acaso tiene sentido hablar de programas para reforzar una técnica como la del autocontrol, una que abarca tantas áreas diferentes, que incluye diferentes desafíos en distintas etapas del ciclo vital? Las dificultades en algunos dominios del autocontrol se correlacionan con otras en otros sectores. Jessor y col. (14) hallaron que los adolescentes que abusan de sustancias eran más propensos a tener dificultades con la delincuencia y el comportamiento sexual problemático. Sobell y col. (15) notaron que 80% a 90% de los alcohólicos también son fumadores; Black y Moyer (16)

informaron que 64% de los apostadores patológicos eran abusaban del uso de sustancias.

Las pruebas para la estabilidad de esta técnica a lo largo del tiempo fue provista por un famoso estudio de Mischel y col (17,18). Se estudió a preescolares en la técnica de recompensas diferidas y se los siguió luego como adolescentes. El autocontrol en las tareas preescolares se relacionó con los puntajes de autocontrol de los padres cuando estos sujetos fueron adolescentes. La cantidad de segundos que los preescolares pudieron esperar sin comer un tentador aperitivo se correlacionó a $r=0.42$ con los puntajes de la prueba de aptitud escolar y a $r=0.57$ con los puntajes de matemática.

De acuerdo con otro estudio longitudinal (19), los puntajes de autocontrol de los niños de 6 años otorgados por maestros se relacionaron a $r=0.43$ con los otorgados cuando los niños alcanzaron los 10 años de edad. Dado el considerablemente gran margen de error en la valoración de dichos puntajes, esto prueba una tendencia bastante estable.

La fatiga y la fortaleza

Existen por lo menos dos puntos importantes en los que las técnicas de autocontrol se semejan a la fuerza muscular. A corto plazo, parece que el ejercicio del autocontrol induce fatiga, lo que hace que el continuo ejercicio de esta técnica sea más difícil. Muraven y col. (20) llegaron a la conclusión de que las personas que miraban una parte de una película e intentaban suprimir o aumentar sus respuestas emocionales, tenían menos éxito en una prueba física de resistencia que aquellas que sólo miraban el segmento de filmación. Las personas que intentaron suprimir pensamientos de un tema específico, se rindieron más rápidamente en una tarea subsecuente de resolver anagramas y demostraron menos éxito para controlar sus expresiones de diversión cuando veían un video cómico. Este estudio se relaciona con las observaciones clínicas de niños que acudían a una sesión de aprendizaje luego de un día de mucho trabajo en la escuela y encontraban más difícil realizar pruebas de auto disciplina que aquellos que venían de un día libre y tranquilo. El corolario más importante es el que niños que actualmente fracasan en las tareas de autocontrol en la escuela porque sus técnicas son insuficientes para alcanzar las demandas escolares, tienen más posibilidades de ser ayudados por la práctica de actividades de autocontrol *en remplazo* de aquellas en las cuales están fracasando, mejor que *sumándolas* a éstas.

Como sucede con el esfuerzo físico, un mayor éxito en autocontrol poder ser logrado mediante entrenamientos repetidos. Muraven y col. (21) hallaron que estudiantes que pasaban 2 semanas vigilando e improvisando posturas o vigilando y grabando su manera de comer eran capaces de sostener un mayor control. No obstante, otro grupo al cual se le otorgó la tarea de mejorar malos estados de ánimo mostró un descenso en las técnicas de autocontrol. La impresión del autor fue que esta tarea era más difícil y una gran porción de los sujetos fracasaron al realizarla. Esta observación nos lleva a la hipótesis de que no sólo el ejercicio del autocontrol, sino también las experiencias satisfactorias en dichos ejercicios, son claves para mejorar dicha técnica. La importancia inherente a este método de programas de entrenamiento es que debemos elaborar ejercicios de autocontrol que no sean tan dificultosos como para que resulten experiencias de fracaso.

Las pruebas y el concepto de "enseñanza para la evaluación"

Una variedad de estudios crearon situaciones donde el autocontrol se medía mediante pruebas en vez de puntajes. Algunos de ellos, como los de Mischel y col. y los de Muraven y col., ya se han mencionado. Consideremos otros ejemplos. Kochanska y col. (22,23) elaboraron una gran variedad de pruebas para utilizar en preescolares. A los niños se les pedía que mantuvieran un caramelo en la lengua sin tragarlo, que se turnaran en apilar bloques sin derribar la pila, que miraran juguetes atractivos sin tocarlos, que realicen tareas de limpieza sin alguien que los controle o estimule, etc. Barkley y col. (24) y Swanson y col. (25) utilizaron problemas aritméticos como medidas de autocontrol y atención en niños con trastornos de déficit de atención con hiperactividad. Hacer casi cualquier tarea académica produce a la larga suficiente fatiga como para que continuar con esta en vez de renunciar y, concentrarse en vez de distraerse, se conviertan en desafíos de autocontrol.

Hasta el día de hoy, no se han hallado pruebas de autocontrol de acuerdo a normas según la edad. No obstante, la variedad de pruebas y tareas que aparentan medir esta característica con cierta

validez y confianza son causa de optimismo. Cuanto más se puede evaluar a una técnica, es más posible "enseñar para la evaluación". Se puede proveer modelos de conductas exitosas, mucha práctica en dichas conductas, una retroalimentación cuantitativa y recompensas a medida que se mejora.

Sumado a esto, el hecho de que las tareas académicas habituales (desempeño en matemáticas, escritura, dactilografía y lectura) puedan probablemente transformarse en pruebas de autocontrol, aumenta la esperanza de que mucho de lo que sucede en la escuela pueda ser incorporado al entrenamiento del autocontrol.

Los nueve métodos de influencia

Ahora expandamos nuestro arsenal de técnicas de autocontrol. Strayhorn (26) clasificó los métodos de influencia en nueve categorías, según nos recuerda el acrónimo OH AM PRISM:

1. (*Objective-formation*) Formación de objetivos o imposición de objetivos: ayudar a una persona que desea mejorar su técnica.
2. (*Hierarchy*) Escala de Dificultad: Esto significa encontrar tareas adecuadas al nivel de dificultad según el grado –no muy difíciles ni demasiado sencillas, sino en el punto justo.
3. (*Attribution*) Atribución: Atribuir al estudiante la capacidad de desarrollar la técnica, en lugar de dar el mensaje de: "Eres un caso perdido".
4. (*Modeling*) Proveer modelos: Mostrar al estudiante modelos de desempeño ejemplar.
5. (*Practice*) Práctica: Proveer amplias oportunidades para efectuar las técnicas repetidamente.
6. (*Reinforcement and punishment*) Refuerzos y castigos: Mostrar qué consecuencias se convierten en un incentivo para el estudiante como para lograr el autocontrol.
7. (*Instruction*) Instrucción: Explicar directamente cómo realizar la técnica adecuadamente.
8. (*Stimulus control*) Control de estímulos: Adecuar el ambiente de manera tal como para facilitar la práctica de ejemplos positivos de la técnica.
9. (*Monitoring*) Vigilancia: Medir repetidamente los progresos en la técnica.

Ahora discutamos algunos de estos métodos en mayor profundidad.

• Formación de objetivos o imposición de objetivos

¿Por qué alguien querría utilizar el autocontrol en vez de maximizar el placer inmediato? Los objetivos a largo plazo que compiten con las tentaciones deben ser fuertemente anhelados. Las personas a veces abandonan recompensas inmediatas para obtener éxito en el trabajo o la escuela, para ayudar a otros, para cuidar de su salud y a veces para preservar una relación. En otras palabras, la persona tiene un deseo de productividad, amabilidad, auto cuidado, o lealtad. Si estos objetivos no existen, también falta la motivación para el autocontrol.

¿Cómo aprende un niño estos objetivos? Una forma, de acuerdo a una variedad de datos, es mediante una relación positiva y segura con una persona que le comunica el valor de las metas que se logran con el autocontrol. Esto es especialmente favorable si la relación es con uno de los padres desde temprano en la vida del niño (27-32)

Otro camino hacia la imposición de objetivos es el adoctrinamiento: declaraciones repetitivas de una meta, como en una prenda repetida por un grupo, afirmaciones repetidas por individuos, y rituales regularmente desempeñados que son símbolos de dedicación a un objetivo. También dentro de esta categoría encontramos la conversación sobre los logros de las personas, y conversaciones sobre cómo realizarlos, de tal forma que el valor de la meta está implícito y asumido en vez de cuestionado.

Otra influencia fuertemente poderosa encaminada a la imposición de objetivos son las expectativas creadas por los grupos. Si los educadores pueden decidir, por ejemplo, que un niño esté en un grupo con otros que valoran altamente ciertos objetivos, este se ve forzado a elevar sus parámetros a metas similares.

Una técnica que utilicé para alentar la imposición de objetivos se llama "argumentos internos de venta". El estudiante hace una lista de razones para desear el aumento del autocontrol en un área

1. Tendré menos problemas y seré menos castigado.
2. Tendré más amigos.
3. Tendré menos posibilidades de ser herido en una pelea.
4. Tendré menos posibilidades de lastimar a otras personas y hacerles sentir mal.
5. Será más posible que tenga éxito en mantener un trabajo.
6. Me sentiré mejor si soy una persona con una conducta más ética.

Al estudiante se le solicita que memorice la lista y que la repita frecuentemente. Algunos componentes de los "argumentos internos de venta" pueden recordarse cuando el estudiante hace "ensayos de fantasía" del control de la ira (se discutirá más adelante).

• **Los grados de dificultad y la forma de lograr el nivel adecuado en ellas.**

Una de las mayores tareas del docente es encontrar trabajos para el estudiante que sean ni muy fáciles ni muy difíciles, sino que tengan un nivel "adecuado" de dificultad. Datos de investigación resumidos por Csikzentmihalyi (33) sugieren que superar con éxito estas tareas, siempre y cuando se hallen en el debido nivel de dificultad, es un ítem central para lograr la felicidad. Pero si el nivel de dificultad es demasiado alto, el resultado no es el de una experiencia óptima sino el de frustración y fracaso –un paradigma diseñado para producir lo que Seligman (34) llamó desamparo aprendido- una condición donde el esfuerzo no lleva a la recompensa. Por otro lado, si el nivel de dificultad es muy bajo, el resultado es el aburrimiento y la pérdida de tiempo.

Una de las complicaciones para descubrir el nivel de dificultad adecuado para los niños es que las tareas pueden implicar varias habilidades. Por ejemplo, un ejercicio escrito sobre estudios sociales en una clase puede no solo requerir de la lectura, de la comprensión del lenguaje y de la escritura, sino también de permanecer sentado, mantener la atención, resistir la tentación de buscar estimulación de sus pares, y resistir la tentación de derivar hacia fantasías más gratificantes. La que de estas habilidades sea más débil representará la mayor barrera para el éxito del estudiante, y por eso el profesor debe encontrar la posición correcta de cada habilidad particular dentro de la jerarquía.

¿Qué sucede cuando un niño se encuentra en una clase donde las tareas demandadas son muy difíciles para su habilidad actual? Al niño, por ejemplo, se le otorgan ejercicios de matemática para realizar y realiza la mayor parte de los problemas de forma incorrecta. O al niño se le asigna la lectura de un tema de ciencia y no logra comprender nada de lo leído. Al niño se le ordena repetidamente que se siente y preste atención, y el niño apenas logra realizar esto. Este niño no sólo fracasa en el progreso; las experiencias repetidas de fracaso le crean una aversión emocional al tema y al ambiente de la clase. Esta aversión logra que el progreso futuro, sea aún más dificultoso. La experiencia repetitiva del desaprobación por parte de los maestros lleva a que el niño se acostumbre y se haga más fuerte ante los fracasos. Esta experiencia en vez de pasar de manera inadvertida, otorga un valor negativo.

Parece aún más difícil para los maestros, reconocer situaciones donde las demandas de la clase superan la capacidad del niño para las tareas de autocontrol en lugar de las tareas académicas. Si el niño no logra hacer caso a los pedidos de la maestra de permanecer sentado, no logra prestar atención al tema de conversación de la clase, no logra quitarle las manos de encima a otros compañeros y de pelear con ellos, y estos fracasos ocurren día tras día, a pesar de las consecuencias negativas de estos fracasos el estudiante se encontrará en una situación donde las demandas del autocontrol de la situación excedan la habilidad del estudiante.

Lo que este estudiante necesita es bajar en la escala hasta el punto de dificultad que le permita un nivel de éxito. ¿Cómo hacemos para descender en la escala de demandas del autocontrol? De acuerdo con mis observaciones, el autocontrol se vuelve más sencillo en las siguientes circunstancias:

1. Cuando existe supervisión del niño personalizada por parte de un adulto o un "tutor" mayor.
2. Cuando el tutor apoya entusiastamente las tareas de autocontrol y dicha retroalimentación se da frecuentemente.

3. Cuando el tutor da ejemplos de cómo realizar las tareas y las realiza junto con los niños, por ejemplo en turnos.
4. Cuando la tarea de autocontrol es tal que el niño de por sí la encuentre interesante o atrayente.
5. Cuando la tarea posee el nivel adecuado de dificultad.
6. Cuando existan otras recompensas que se puedan obtener o consecuencias negativas que se puedan evitar con el enfoque adecuado de las tareas de autocontrol.
7. Cuando la actividad se continúa por un período de tiempo lo suficientemente corto en relación con la atención requerida por el niño para dicha tarea.
8. Cuando el tutor posee una gran variedad de actividades en su lista de posibilidades, de manera que el niño no se aburra con cualquiera de ellas.
9. Cuando el niño realiza ejercicios físicos de forma frecuente en grandes cantidades para facilitar que el niño permanezca luego sentado para otras actividades.
10. Si hay otros pares presentes. El autocontrol es más sencillo si los modelos de los pares ponen el énfasis en la tarea de autocontrol y no provocan o distraen a los estudiantes en cuestión.
11. Cuando las actividades que el niño prefiere realizar se utilizan para llevar a cabo las actividades menos preferidas.

Un ejemplo de una circunstancia cercana al inicio de la escala de dificultad ocurre cuando un padre elige un libro de historias interesante y atractivo del nivel adecuado de complejidad verbal. Este se abraza con el niño, lee de manera entusiasta mientras el pequeño preste atención, permite posponer un poco el horario de irse a dormir de acuerdo al interés del niño y posiblemente incluye en la sesión a hermanos mayores quienes dan un ejemplo de cómo prestar atención al libro. La mayor parte de la participación del niño en esta actividad es agradable y no es una prueba de autocontrol; sin embargo, en ciertos momentos el niño se ve tentado de correr hacia otras actividades y supera esta tentación para poder de continuar con la agradable experiencia de que le sigan leyendo. Muchos niños obtienen sus primeras experiencias de actividades académicas mediante cientos de horas de escuchar a sus padres leer. A través de estas, los niños perfeccionan el nivel principiante de actividades académicas de autocontrol antes de que se les exija pasar a niveles más difíciles.

Como otro ejemplo de una tarea de nivel básico en el ámbito del hogar tenemos el del padre y el hijo que se turnan para guardar tenedores, cuchillos y cucharas en sus respectivos compartimientos. Cada vez que el niño pone un objeto en el compartimiento correcto el padre lo aprueba de manera entusiasta y alegre.

Otro ejemplo en la época previa a la lectura: el niño y el adulto juegan un juego de adivinanzas, en el cual el adulto elige un objeto del cuarto y separa su nombre en diferentes fonemas. Por ejemplo: "Adivina en que estoy pensando. Es una go-mmm-a (goma)". El adulto realiza esto solo unas pocas veces, finalizando antes que el interés del niño desaparezca.

Aquí tenemos otro ejemplo previo a la escritura: el adulto y el niño juegan en el suelo con personas de juguete, y el adulto ejemplifica como hacer que los juguetes hablen entre ellos y representa una escena. El niño realiza acciones y diálogos para las personas de juguete y el adulto responde rápida y se una a la trama de forma entusiasta.

Hacer dibujos, conversar, los juegos de mesa, los deportes, los juegos de computadora y otros pueden brindar más experiencias de autocontrol de nivel básico. En cada uno de esos bajos niveles de experiencia, la mayor parte de las vivencias resultan agradables; existen momentos en que el niño debe sacrificar alguna persecución temporaria más placentera en orden de continuar con la actividad. Por ejemplo, a un niño que realiza una obra dramática con un adulto le dan ganas de salir corriendo del cuarto para interactuar con un compañero; el niño retrasa tal gratificación debido a que sabe que si lo hace, el adulto podría terminar con el acto y dejar de prestarle atención.

Algunos niños comienzan la educación formal con cientos o miles de horas de experiencias de este nivel y con extensiones hacia niveles superiores ya incorporadas. Otros ingresan casi sin horas de experiencia. Es por ello, que no sorprende que los niños difieran ampliamente en sus habilidades

de autocontrol.

A medida que un niño escala en la jerarquía de pruebas de autocontrol, las actividades se vuelven cada vez menos "dirigidas al niño" y más "dirigidas al tutor". Al comenzar las actividades dirigidas al tutor, el niño responde preguntas o lleva a cabo trabajos con apoyo inmediato de su tutor. Dicho apoyo puede consistir en aprobaciones verbales y entusiastas, o, en niños donde estas no son suficientes, refuerzos más tangibles o comestibles. A un nivel más alto de pruebas dirigidas a tutores, el niño debe realizar una o más tareas de manera independiente cuando se lo solicita. El tutor observa y apoya el trabajo inmediatamente luego de la conclusión en vez de a cada paso del camino. A un nivel aún mayor, se espera a que el niño complete varias tareas, como trabajos escritos y la entrega de papeles sin ofrecer un apoyo particular en ese tiempo. Ahora es el momento del niño de apoyarse a sí mismo y decirse: "Bien, lo terminé, hice un buen trabajo y lo entregué" y de sentirse bien en cuanto a dicha realización. Muchas clases demandan rutinariamente semejante nivel de autocontrol para niños, hayan o no alcanzado este nivel de habilidad.

La instrucción ideal del autocontrol, de la misma manera que la instrucción académica, debe encontrar primero el nivel de dificultad en el cual el niño pueda tener éxito.

Para niños con dificultades de autocontrol, el descenso en la escala de dificultad de la instrucción grupal en un aula a la enseñanza personalizada puede lograr amplios y rápidos efectos en el comportamiento. Strayhorn y Bickel (35) encontraron diferencias similares en el comportamiento entre clases grupales y clases individuales tan importantes como aquellas informadas en relación al uso de medicación estimulante en el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. Los niños de la escuela primaria de este estudio recibieron enseñanza personalizada, no al nivel más bajo de la escala de autocontrol, sino al nivel adecuado de las tareas de lectura con mucho apoyo social para el éxito.

Es importante enfatizar que en niños que ingresan a la escuela con problemas notorios de autocontrol que interfieren de forma tangible con su educación y la de sus pares, debemos bajar en la escala de dificultad para encontrar la situación donde los recursos de autocontrol del niño sean suficientes para ser exitosos en las tareas al alcance de la mano. Subimos gradualmente en la escala a medida que el hábito de éxitos y cooperación se establecen.

• Los modelos

En 1965, Albert Bandura y Walter Mischel demostraron la influencia de los modelos en el retraso de la conducta de gratificación (36). Se evaluaron niños de 4to y 5to grado para ver si elegían premios pequeños inmediatos o recompensas más grandes días más tarde. Luego, cada niño observaba a un adulto que realizaba la opción contraria a la del niño; el modelo daba su razonamiento en voz alta. A los niños se les proponía realizar la misma elección luego de ver al modelo y también 4 a 5 semanas después.

Observar a un modelo realizar una opción era muy efectivo. Los niños que habían elegido la recompensa inmediata en un 85% retrasaron la gratificación en un 50% luego de observar a los adultos realizar tal elección. Estos niños permanecieron justo debajo del 40% 4 a 5 semanas más tarde. Los niños que en un principio tuvieron mayor autocontrol y eligieron la recompensa inmediata en menos de un 10% , se fueron a casi al 60% de recompensas inmediatas y continuaron en esas cifras a las 4 o 5 semanas.

En una importante variación de técnica en este estudio, los investigadores también produjeron efectos similares al describir a los niños un modelo al cual los niños nunca vieron. Las descripciones verbales del comportamiento del retraso de gratificación son fáciles de producir y brindar. Si los modelos son una herramienta tan útil como lo indica tanta evidencia, deberían ser utilizados con más frecuencia en los niños.

Desgraciadamente para aquellos que quieren generar autocontrol, estamos viviendo en lo que Neil Postman (37) ha llamado la "Era del Entretenimiento"; los criterios para la aceptabilidad de discursos y comunicación parecen, cada vez más, ser su valor de entretenimiento en vez de su veracidad, utilidad o el beneficio a largo plazo. Lamentablemente, ver a personas con autocontrol tomar decisiones racionales y cuidadosas no es algo muy entretenido para muchas personas.

Cuando los niños crecen expuestos a cientos de expresiones lamentables, comportamiento violento y acciones impulsivas que dan un modelo a través de la televisión, juegos de video y otros elementos de la cultura popular, el trabajo del entrenamiento del autocontrol es más difícil. (el impacto de dichas exposiciones fue revisado por Strayhorn [38]). A pesar de ello, debemos tratar con cualquier niño de manera individual, de hacer la demostración de estos modelos de forma lo más positiva posible. Una técnica digna de muchas pruebas empíricas es la de preparar y seleccionar adecuadamente grabaciones de películas o canciones y otros materiales del espectáculo, para proporcionar modelos de autocontrol.

• **Práctica**

Ensayos de fantasía

Así como los modelos ficticios pueden influir sobre el comportamiento, también lo pueden hacer los ensayos de fantasía (39-41). Esto es un ejemplo de cómo sería lo que un niño puede "ensayar ficticiamente en voz alta" sobre el autocontrol en relación con la ira y la agresión:

"Estoy en la clase haciendo mis tareas, y otro chico golpea en mi pupitre y tira mis cosas. Entonces la maestra le dice que se calme y no lo castiga, aunque yo fui castigado por algo mucho menor que eso hace poco tiempo. Me siento enojado ante ellos dos. Esto parece una oportunidad de practicar el control de la ira. Quiero pensar qué hacer y a la vez, no hacer nada que me traiga problemas. No es mi tarea la de enseñarle a ese chico una lección. No es mi tarea la de hacer que la maestra sea totalmente justa. No pasó nada que me halla lastimado demasiado; todo lo que tengo que hacer es recoger mis cosas. Si recojo mis cosas y sigo, es posible que el no lo haga de nuevo en el futuro, porque es posible que lo que él quería era que yo me enoje. Así que lo que hago es levantar mis cosas y seguir con mis tareas. Ni siquiera lo miro. Relajo mi cara, y me trato de concentrar en mi trabajo. He manejado esta ocasión realmente bien. ¡Hurra por mí por demostrar un gran ejemplo de control de la ira!"

En la vida real, las emociones son a menudo muy fuertes como para permitir al niño pensar las cosas de esta manera. Los ensayos ficticios ofrecen al niño la oportunidad de desarrollar con fuerza el hábito en momentos de calma y control. Así como en la práctica de la vida real, el desarrollo con fuerza del hábito normalmente requiere de muchas repeticiones. El apoyo social o tangible, aplicado de manera concienzuda, ayuda al niño a realizar esta tarea.

Otros ejercicios de autocontrol

Las sesiones creativas de opciones imaginadas promueven ejercicios que consisten en dejar al niño practicar varias posibles respuestas a diversas hipotéticas elecciones. He aquí una muestra de situaciones. Supongamos que aparece un niño y te insulta sin razón. ¿Qué opciones podrías dar?

En los "ejercicios de conmemoración" el maestro y el estudiante se turnan para contar ejemplos positivos de autocontrol o de otras técnicas psicológicas que hayan utilizado en la vida real. O, en su defecto, se turnan para describir ejemplos imaginarios. Este ejercicio emite imágenes de un patrón positivo a través del circuito neuronal, y es otro tipo de ensayo de fantasía.

En el ejercicio "algo ahora versus más luego" o en la "prueba de la galleta" el estudiante mantiene un pequeño pedazo de galleta en su lengua sin comerlo por 30 segundos (o más, según el progreso del entrenamiento). Si el estudiante puede esperar el período entero de tiempo sin comerse la galleta, la recompensa será un pedazo mayor. La posibilidad de hacer la "prueba de la galleta" puede ser la recompensa de la ejecución exitosa de otros ejercicios.

Estos y otros ejercicios para la práctica de autocontrol son descriptos por Strayhorn 43.

Mucho tiempo de práctica

Sheerens y Bosker (44) jerarquizaron nueve factores en el entorno escolar según su importancia para producir resultados positivos en los logros de los estudiantes, de acuerdo a indicios derivados de la investigación. El primero en la lista era el tiempo de instrucción; esta escala refleja una idea que no nos sorprende: cuanto más tiempo los maestros dedicaban a una materia, más se aprendía. Berliner (45) revisó muchos estudios de educación, los cuales observaban a los logros en función del tiempo de estudio. Berliner argumentó que el "tiempo académico de aprendizaje" es el predictor más valioso de los logros. El tiempo académico de aprendizaje no sólo es tiempo que se utiliza en una tarea, sino en la tarea correcta llevada a cabo exitosamente: las actividades se relacionan directamente con los resultados educacionales deseados, y el grado de dificultad se ajusta de tal manera para que el estudiante pueda tener éxito en al menos 70% a 90% de las tareas.

Si vemos al entrenamiento de las técnicas de autocontrol como un esfuerzo educacional, ¿cómo encaja el tipo de educación que llamamos psicoterapia en función del tiempo designado? Tres metaanálisis de psicoterapia para niños computaron la cantidad promedio de tiempo de entrenamiento que los niños atravesaban, en 7, 10 y 7 horas respectivamente (46-48). Un metaanálisis de programas de entrenamiento del control de ira para niños informó casi 10 sesiones de entrenamiento por intervención (49-50). Un estudio de Abikoff y Gittleman (51), que se cita ampliamente como una demostración de que el entrenamiento de una habilidad no es de ayuda en niños con trastornos de déficit de atención con hiperactividad, informó 32 horas de entrenamiento total en técnicas de resolución de problemas en niños.

En mi opinión, en un tiempo futuro, se reconocerá ampliamente que tales estudios utilizaron una cantidad de entrenamiento que debería haber sido multiplicada por 100 o más. Con cantidades mucho mayores, lo que parece ser inalterable por el entrenamiento será, según predigo, bastante modificable.

¿Sobre qué bases hago yo estas predicciones? Primero, como resultado de la experiencia clínica directa, en la cual me he dado cuenta del tiempo invertido necesario para cambiar este rasgo. Segundo, hago esta predicción en base de la analogía entre autocontrol y otras técnicas dificultosas con muchas facetas. Para volverse eficiente en otras técnicas multifacéticas o dificultosas se requiere de tiempos totales de entrenamiento que alcanzan usualmente las miles de horas. Como ejemplos, podemos analizar los siguientes::

Bloom y col. (52) estudiaron adultos exitosos, incluyendo pianistas de concierto y nadadores profesionales. Una estimación conservadora del tiempo total de práctica utilizado por estos antes del final de la secundaria fue de 6000 a 8000 horas. Una estimación vaga de la cantidad de tiempo que algunos estudiantes utilizaron para estudiar matemáticas, asumiendo 1 hora por día escolar (contando tanto las clases como la tarea en el hogar) desde el jardín de infantes hasta el 12vo. grado es de más de 2300 horas de entrenamiento. Una encuesta de instructores citada por Bono y de Saint-Arnaud (53) informó la siguientes cantidad de horas para obtener "habilidades de forma no virtuosa, pero una buena capacidad o técnica operativa" (p.192): violín, 1200 horas; kung fu, 600 horas; piano 450 horas; armónica 50 horas. ¿Qué es más posible? ¿Qué las técnicas generalizadas de autocontrol lleven más tiempo que aprender a tocar el violín, o mucho menos tiempo que lo necesario para usar la armónica.

Un área de investigación que incluye grandes cantidades de tiempo de ejercicio es el "método Lovaas" de "entrenamiento" de niños autistas de edad preescolar en habilidades del lenguaje y sociales (54-56). Se informaron mejoras altamente positivas en niños entrenados de esta manera; por ejemplo, en una comparación de McEachin y col. (55) hubo 31 puntos de diferencia en la media de los coeficientes intelectuales entre el grupo experimental y el control de niños de 7 años. Pero los tutores del método Lovaas nos brindaron una nueva perspectiva sobre qué significa invertir tiempo en una intervención. Habitualmente, el tiempo entre el 3er y 5to cumpleaños del niño se completa con casi 40 horas semanales de ejercicios. Esto alcanza las casi 4000 horas de entrenamiento. Y algunos niños continúan con entrenamiento intensivo por varios años luego de eso. El grupo de comparación para el estudio de McEachin y col., que obtuvo el peor resultado, fue un grupo de "tratamiento mínimo" que recibió una "intervención mucho menos intensiva": "10 horas o menos a la semana de tratamiento sobre el comportamiento sumado a una variedad de tratamientos provistos por agencias comunitarias, como el entrenamiento de los padres o clases de educación especial". Es importante recalcar que, 10 horas semanales de trabajo intensivo individual se consideró "mínimo" para este estudio, viable para el grupo control, mientras que 10 horas en total fue la cantidad aproximada de intervenciones estudiadas en varios metaanálisis de psicoterapia citados anteriormente.

Si el autocontrol es una técnica compleja que requiere de miles de horas de práctica para perfeccionarlo, ¿cómo es que ciertas personas se vuelven bastante competentes en la materia sin un entrenamiento formal? Como mencioné anteriormente, algunos niños reciben cientos de horas de actividades de autocontrol de nivel básico con los padres o sus cuidadores en la era preescolar. Algunos niños indudablemente poseen una disposición innata para esta área que otros no poseen. Una vez que un niño logra un cierto nivel de autocontrol, es lo suficientemente competente para construir experiencias exitosas y para practicar de manera efectiva el autocontrol en actividades *habituales*, como cumplir con las exigencias escolares, manejar las provocaciones de sus pares, hacer su tarea, ayudar en las tareas hogareñas, lavarse los dientes, irse a la cama, levantarse de la cama, y otras. Por otro lado, el niño con insuficientes recursos de autocontrol experimenta una gran parte de las mismas pruebas como prácticas fracasadas o de regresión –y no de progreso– en las técnicas de autocontrol.

Los niños que tienen una disposición suficientemente favorable hacia el autocontrol y experiencias de aprendizaje temprano favorables, tendrán generalmente la posibilidad de cumplir y aprender en las actividades de una clase escolar normal. Es muy posible que se pueda alcanzar un avance suficiente en el autocontrol para estos niños en clases de entrenamiento sobre esa habilidad, que sirven para dirigir la atención del niño hacia los desafíos de autocontrol de la vida diaria. Pero para los niños que en etapas tempranas de la vida poseen escaso autocontrol, el cumplimiento de los cursos escolares comunes es generalmente una meta fuera de su alcance.

La conclusión de este razonamiento es que vale la pena invertir una gran cantidad de tiempo de entrenamiento en las etapas tempranas de la educación, si ese entrenamiento permite aumentar las técnicas de autocontrol del niño hasta el punto en que es "lanzado" a la práctica exitosa del autocontrol en las pruebas del aprendizaje escolar y de la vida diaria. Si el entrenamiento temprano puede producir esta hazaña, el número de experiencias satisfactorias resultantes será un mucho mayor que aquellas que el chico realmente experimenta en el entrenamiento.

Por fortuna, el autocontrol se puede practicar a través de diferentes actividades, incluyendo aquellas que sean más cruciales para el aprendizaje académico básico. Un conjunto de actividades muy importantes es el aprendizaje de la lectura y aprendizaje de actividades anteriores a la lectura. Cuando un niño aprende a trabajar en períodos progresivamente más largos en su desempeño en lectura, progresa simultáneamente en su capacidad de trabajo (una porción importante del autocontrol) y en la más crucial de las técnicas académicas. Por otro lado, el niño que está muy retrasado en la lectura encuentra mucho más dificultoso la acumulación de experiencias exitosas de autocontrol en la tarea escolar.

•Refuerzos y castigos

Con el uso adecuado de recompensas y el incremento gradual de los desafíos, Logue3 logró que unas palomas a las cuales adiestró esperaran hasta recibir su gratificación. El entrenamiento comienza por darle a los pájaros la oportunidad de elegir entre dos recompensas alimentarias inmediatas, una de las cuales tenía mejor sabor. Luego de que la paloma eligiera la recompensa

más sabrosa, el tutor la retrasaba gradualmente. La paloma aprende a elegir una recompensa más valiosa aunque no inmediata, esto es a usar técnicas de autocontrol (poco generalizables). B.F. Skinner (57) le dio el nombre de

operacional de "motivación" ha sido "el tiempo desde la última comida", y el apoyo fue la comida. Existen algunas personas que se horrorizan ante la utilización de comida como refuerzo en niños, y todavía se ven más aterrorizados al intensificar el poder de motivación de la comida, permitiendo que niño tenga hambre antes de la sesión de entrenamiento. Es verdad que el poder de dar o retener los estímulos alimenticios, como cualquier otro poder, se puede llevar al abuso, y la principal prioridad en el programa de entrenamiento es el comportamiento amable y humano.

Pero los estímulos de alimentos han representado un papel importante en la ayuda de niños autistas por medio del entrenamiento. Si trabajar para los refuerzos alimenticios permite al niño cambiar de un modelo prevalente de agresión, oposición y falta de aprendizaje por uno de cooperación, éxito y aprendizaje, yo diría que la técnica se encuentra total y éticamente justificada. Yo entiendo a la falta temporaria de alimentos y el uso de refuerzos de alimentos en

ocurre cuando el niño pasa de respuestas lentas pero acertadas a respuestas rápidas y acertadas es muy importante. En las repetidas pruebas de tiempo o ejercicios de velocidad que caracterizan los entrenamientos de fluidez el niño pasa a funcionar de manera automática, sin dudar, fluida. Una vez que el niño aprende a responder fluidamente, ocurren varios beneficios: primero, resulta más fácil para el niño prestar atención a la tarea por más y más tiempo (o sea, aumenta el "rendimiento"); segundo, la memoria de la técnica parece estar más fuertemente cementada; y tercero, se vuelve mucho más sencillo para el niño aprender técnicas de un nivel más alto, de las cuales las técnicas de fluidez son un componente. Cuando utilicé la enseñanza de precisión, tomé conciencia de que cuando se establece la fluidez la cantidad de "recursos neuronales" demandados por la prueba se reducen; el niño aprende a realizar la prueba con la sensación de menor esfuerzo. El niño puede realizar la prueba mecánicamente mientras que presta atención a otra cosa. Una buena imagen de la diferencia es la del ciclista principiante, que se tiene que concentrar a cada momento para no caerse, mientras que el mismo ciclista más experimentado puede mantener una conversación mientras que realiza movimientos correctivos automáticamente.

El uso constante del seguimiento del desempeño es un eje central en la enseñanza de precisión: se valora la frecuencia de respuestas adecuadas o inadecuadas y se realizan gráficos en diagramas estandarizados. Se compromete a fondo al alumno y no sólo al instructor, en la valoración y realización de gráficos de la frecuencia de respuesta. Si el gráfico no se mueve rápidamente en la dirección deseada con prácticas repetidas, entonces el instructor y su alumno cambian de técnica. Se practican una pequeña (o a veces mayor) cantidad de técnicas, el intervalo de práctica se reduce o se incrementa, se realiza más instrucción o modelado, se practica primero una de las técnicas fundamentales o parte de la técnica en cuestión, etc.

La Academia Morningside (75,76) es una escuela privada donde la enseñanza de precisión se ha aplicado en forma especializada. A los niños que ingresaban a la escuela con diagnóstico de trastorno de déficit de atención se les garantizaba que iban a "incrementar su rendimiento en el tiempo de tareas de la típica franja de 1 a 3 minutos a 20 minutos o más" (76, p.174-175). La Academia Morningside también informó sobre adelantos habituales en las pruebas estandarizadas de más de dos niveles escolares de progreso por año académico en lectura, desempeño en lengua y matemáticas, a pesar del hecho de que la mayoría de los niños antes de entrar casi nunca habían ganado más de medio año en un año académico. Estos resultados nos invitan a realizar más investigaciones en técnicas educacionales para reducir los síntomas del déficit de atención.

¿Cuál sería el resultado de usar las técnicas de enseñanza de precisión específicamente para enseñar autocontrol? Por ejemplo, supongamos que a los niños se les propone que elijan de una lista de situaciones autocontrol y se les solicitara que nombren la elección dando un ejemplo de autocontrol, lo más rápido posible, entrenándolos hasta el punto en que dichas respuestas sean dichas a la velocidad más rápida que nos permita el lenguaje oral. Supongamos que a los niños se les entregara una lista de dilemas de control de la ira, y se les pidiera que formularan, lo más rápido posible, opciones racionales y razonables para responder a dicha situación. Supongamos que con dicha lista se les ordenara generar pensamientos rápidamente que sean ejemplos de "búsqueda de objetivos" o "no estigmatización" o de "no búsqueda de culpables". Nunca vi un informe de un estudio con dicho método pero mi experiencia clínica con esta técnica hasta ahora fomenta la experimentación futura.

Resumen de técnicas de entrenamiento

¿Cómo podemos enseñar autocontrol? Lo podemos hacer dotando al niño con relaciones fuertes y consecuentes con personas que están persuadidas que las metas del autocontrol valen la pena; con la elección de tareas que se encuentren en el nivel de dificultad adecuado para su nivel de habilidad actual; otorgándole varios modelos, incluido modelos imaginarios, de autocontrol exitoso; mediante la ayuda para encarar horas de práctica que probablemente sean miles; incluyendo en esas prácticas ensayos de fantasía y "role playing" de respuestas autocontroladas; con apoyo, mediante recompensas muy valoradas, cantidades cada vez mayores de trabajo y otros comportamientos de autocontrol; dando al niño una amplia instrucción en los conceptos verbales útiles para pensar claramente sobre las pruebas de autocontrol; y con supervisión repetida de no sólo las situaciones, sino también de la velocidad de los componentes de las respuestas autocontroladas.

Una hipótesis sobre el costo y beneficio del entrenamiento del autocontrol temprano

Yo pienso que muchos niños, que de otra manera se encontrarían condenados a largo plazo a modelos estables de bajo autocontrol, pueden aprender exitosamente esta técnica, si las influencias anteriormente mencionadas se ofrecen en una cantidad suficiente y a una edad temprana de la vida. En otras palabras, la hipótesis es que el autocontrol es un conjunto de técnicas comparables a las técnicas que se aprenden, por ejemplo, en clases de violín o matemáticas. Las técnicas se pueden enseñar, pero lleva tiempo. Aún más, algunos niños requieren una intervención individual y tal vez de mas cantidad de tiempo, para poder alcanzar un nivel necesario en las técnicas de autocontrol y poder afrontar exitosamente las pruebas de autocontrol que ofrece la vida en familia y en el aula.

¿Cuáles son los costos de no intervenir en niños con amplias deficiencias de autocontrol, los costos de dejarlos a merced de la educación disponible? Estos costos son difíciles de estimar pero creo que deben ser enormes. Para citar solo un dato alarmante: un estudio del Departamento de Justicia de Estados Unidos reveló que casi 5% de los hombres estadounidenses estuvo en prisión durante 2001 y casi un 17% de los afroamericanos pasaron por una prisión alguna vez (77) .

Es posible que el trabajo intensivo temprano en niños con grandes problemas de autocontrol, en particular problemas en el área de la agresión, sea muy redituable. Esto debería ser objeto de una gran cantidad de investigación empírica.

¿Quiénes deberían hacer el trabajo de tutores de autocontrol?

Si estoy en lo correcto en suponer que niños con mayores deficiencias en autocontrol necesitan por lo menos cientos de horas, si no miles, de intervenciones para alcanzar a sus pares, los sistemas tradicionales de servicios, tanto en el sistema de la salud mental como en el sistema educacional, son inadecuados. "Muchos grandes estudios de psicoterapia muestran que el paciente promedio abandona en la quinta sesión" (78 p.275). No se realiza psicoterapia a paciente internos o externos siquiera en una cantidad aproximada al tiempo requerido. Dentro del sistema educacional, el tiempo disponible es para la instrucción grupal, pero no se encuentra a disposición el espacio ni el trabajo necesario para la enseñanza individual.

Una muy pequeña porció8.4(c)0(ci)c rg0-2.4(l)-11d7.7(r)(8.4(c2.4(l)-(8.4(c2.4(l)-8.3(c)1.4(s)6az.7(8.4(c

ejemplar de una tarea donde las personas no son reemplazables por maquinaria. En un mundo donde el autocontrol es la materia prima que tal vez más escasea, una redistribución masiva de trabajo humano en el entrenamiento de futuras generaciones en esta técnica sería una de las mejores maneras posibles de aprovechar los recursos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Strayhorn JM (2002a), Self-control: theory and research. *J Amer Acad Child Adol Psychiat*, 41, 7-16.
2. Strayhorn JM (2002b), Self-control: toward systematic training programs. *J Amer Acad Child Adol Psychiat*, 41, 17-27.
3. Logue AW (1995), *Self-Control: Waiting Until Tomorrow For What You Want Today*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
4. Mischel, W. (1974). Processes in delay of gratification. *Adv Exp Soc Psychol* 7: 249-292.
5. Mischel W, Metzner R (1962), Preference for delayed reward as a function of age, intelligence, and length of delay interval. *J Abnorm Soc Psychol* 64: 425-431
6. Mischel W, Ebbesen EB, Zeiss AR (1972), Cognitive and attentional mechanisms in delay of gratification. *J Pers Soc Psychol* 21: 204-218
7. Patterson CJ, Mischel W (1976), Effects of temptation-inhibiting and task- facilitating plans on self-control. *J Pers Soc Psychol* 33: 209-217
8. Rodgriguez ML, Mischel W, Shoda Y (1989), Cognitive person variables in the delay of gratification of older children at risk. *J Pers Soc Psychol* 57: 358-367
9. Barkley RA (1997a), *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guilford Press
10. Barkley RA (1997b), Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*, 121: 65-94
11. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Association
12. Gottfredson MR, Hirschi T (1990), *A General Theory of Crime*. Stanford, CA: Stanford University Press
13. Foa EG, Steketee GS, Ozarow BJ (1985), Behavior therapy with obsessive- compulsives: From theory to treatment. In M Mavissakalian (Ed.) *Obsessive- Compulsive Disorders: Psychological And Pharmacological Treatments* (pp 49- 129). New York: Plenum Press
14. Jessor R, Donovan JE, Costa FM (1991), *Beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Behavior*. New York: Cambridge University Press
15. Sobell LC, Sobell MB, Kozlowski LT, Toneatto T (1990), Alcohol or tobacco research versus alcohol and tobacco research. *Brit J Addict* 85: 263-269
16. Black DW, Moyer T (1998), Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatr Serv* 49:1434-1439
17. Mischel W, Shoda Y, Peake PK (1988), The nature of adolescent competencies predicted by preschool delay of gratification. *J Pers Soc Psychol*54: 687-696
18. Mischel W, Shoda Y, Rodriguez ML (1989), Delay of gratification in children. *Science* 244: 933-938
19. Tremblay RE, Boulerice B, Arseneault L, Niscale MJ (1995), Does low self-control during childhood explain the association between delinquency and accidents in early adolescence? *Criminal Behaviour and Mental Health* 5: 439-451
20. Muraven M, Tice DM, Baumeister RF (1998), Self-control as a limited resource: regulatory depletion patterns. *J Pers Soc Psychol* 74: 774-789
21. Muraven M, Baumeister RF, Tice DM (1999), Longitudinal improvement of self- regulation through practice: Building self-control strength through repeated exercise. *J Soc Psychol* 139: 446-457
22. Kochanska G (1997), Multiple pathways to conscience for children with different temperaments: From toddlerhood to age 5. *Dev Psychol* 33: 228-240
23. Kochanska G, Murray K, Jacques TY, Koenig AL, Vandegest KA (1996), Inhibitory control in young children and its role in emerging internalization. *Child Dev* 67: 490-507
24. Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB, (1990), A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity. *J Consult Clin Psychol* 58: 775-789
25. Swanson J, Wigal S, Greenhill L et al. (1998), Analog classroom assessment of Adderall in children with ADHD. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 37: 519- 526
26. Strayhorn JM (1988), *The Competent Child: An Approach to Psychotherapy and Preventive Mental Health*. New York: Guilford Press
27. Jacobsen T, Huss M, Fendrich M, Kruesi MJP, Ziegenhain U (1997), Children's ability to delay gratification: longitudinal relations to mother-child attachment. *Dev Psychol* 33: 703-710
28. Silverman IW, Ragusa DM (1990), Child and maternal correlates of impulse control in 24-month-old children. *Genetic Soc Gen Psychol Monogr* 116: 435- 473
29. Olson SL, Bates JE, Bayles K (1990), Early antecedents of childhood impulsivity: the role of parent-child interaction, cognitive competence, and temperament. *J Abnorm Child Psychol* 18: 317-334
30. Baumrind D (1967), Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genet Psychol Monogr* 75: 43-88

31. Mauro CF, Harris YR (2000), The influence of maternal child-rearing attitudes and teaching behaviors on preschoolers' delay of gratification. *J Genetic Psychol* 161: 292-306
32. Londerville S, Main M (1981), Security of attachment, compliance, and maternal training methods in the second year of life. *Dev Psychol* 17: 289-299
33. Csikszentmihalyi M (1990), *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper Perennial
34. Seligman MEP (1975), *Helplessness. On Depression, Development, and Death*. San Francisco: WH Freeman and Company
35. Strayhorn JM, Bickel DD (2002), Reduction in children's symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder during individual tutoring as compared with classroom instruction. *Psychological Reports* 91, 69- 80.
36. Bandura A, Mischel W (1965), Modification of self-imposed delay of reward through exposure to live and symbolic models. *J Pers Soc Psychol* 2: 698-705
37. Postman N (1986), *Amusing ourselves to death: public discourse in the age of show business*. New York: Viking Penguin, 1986.
38. Strayhorn JM (2001a), *The competence approach to parenting*. Wexford, PA: Psychological Skills Press.
39. Berthoz A (1996), The role of inhibition in the hierarchical gating of executed and imagined movements. *Brain Res Cognitive Brain Res* 3: 101-113
40. Kazdin AE (1982), The separate and combined effects of covert and overt rehearsal in developing assertive behavior. *Behav Res Ther* 20: 17-25
41. Wieselberg N, Dyckman JM, Abramowitz SI(1979), The desensitization derby: in vivo down the backstretch, imaginal at the wire? *J Clin Psychol* 35: 647-650
42. Michelson L (1987), Cognitive-behavioral strategies in the prevention and treatment of antisocial disorders in children and adolescents. pp. 275-311 in Burchard JD Burchard SN (editors). *Prevention of Delinquent Behavior. Primary Prevention of Psychopathology, Volume 10*. Beverly Hills, CA: Sage Publications
43. Strayhorn JM (2001b), *Exercises For Psychological Skills*. Wexford, PA: Psychological Skills Press
44. Scheerens J, Bosker R (1997), *The foundations of educational effectiveness*. New York: Elsevier.
45. Berliner DC (1990), What's all the fuss about instructional time? In Berliner, D.C., *The nature of time in schools: Theoretical concepts, practitioner perceptions*. New York and London: Teachers College Press.
46. Baer RA, Nietzel MT (1991), Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: a meta-analytic review of the outcome literature. *J Clin Child Psychol* 2: 400-412
47. Durlak JA, Furhman T, Lampman C (1991), Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: a meta-analysis. *Psychol Bull* 110: 204-214
48. Dush DM, Hirt ML, Schroeder HE (1989), Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull* 106: 97- 106
49. DeBaryshe BD, Smith DC, Salzman M, Larson JD (2001), A meta-analysis of anger management programs for children and youth. Presented at the meeting of the Society for Research in Child Development. Cited on p. 201 of Meichenbaum D: *Treatment of Individuals with Anger-Control Problems and Aggressive Behaviors: A Clinical Handbook*. Clearwater, FL: Institute Press, 2001.
50. Meichenbaum D (2001) *Treatment of individuals with anger-control problems and aggressive behaviors: a clinical handbook*. Clearwater, FL: Institute Press.
51. Abikoff H, Gittelman R (1985), Hyperactive children treated with stimulants. Is cognitive training a useful adjunct? *Arch Gen Psychiatry* 42: 953-961
52. Bloom BS (1985), *Developing Talent in Young People*. New York: Ballentine Books
53. de Bono E, de Saint-Arnaud M (1982), *Learn To Think. Coursebook and Instructor's Manual*. Santa Barbara, CA: Capra Press
54. Lovaas OI (1987), Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol*, 55, 3-9.
55. McEachin JJ, Smith T, Lovaas OI (1993), Long-term outcomes for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *Am J Mental Retardation*, 97, 359-372.
56. Sallows GO, Graupner TD (1999), Replicating Lovaas' treatment and findings: preliminary results. Presented at the annual meeting of the Autism Society of America, Kansas City, Missouri, July 1999.
57. Skinner BF (1953), *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan
58. Schweitzer JB, Sulzer-Azaroff B (1988), Self-control: Teaching tolerance for delay in impulsive children. *J Exp Anal Behav* 50: 173-186
59. Dixon MR, Hayes LJ, Binder LM, Manthey S, Sigman C, Zdanowski DM (1998), Using a self-control training procedure to increase appropriate behavior. *J Appl Behav Anal* 31: 203-210
60. Eisenberger R (1992), Learned industriousness. *Psychol Rev* 99 248-267
61. Eisenberger R, Adornetto M (1986), Generalized self-control of delay and effort. *J Pers Soc Psychol* 51: 1020-1031
62. Eisenberger R, Mitchell M, Masterson FA (1985), Effort training increases generalized self-control. *J Pers Soc Psychol* 49: 1294-1301
63. McMahon RJ, Wells KC (1998), Conduct problems. In Mash EJ Barkley RA (Editors) *Treatment of Childhood Disorders: Second Edition*. New York: The Guilford Press
64. Sapir E (1929), The status of linguistics as a science. In DG Mandelbaum (Ed.) *Culture, Language, and Personality*, (1958), Berkeley, CA: University of California Press
65. Whorf BL (1940), Science and linguistics. *Technology Review* 42: 229-231. Also reprinted in BLWhorf (1956): *Language, Thought, and Reality*, (JB Carroll, Ed.). Cambridge, MA: MIT Press
66. Strayhorn JM (2001c), *Programmed readings for psychological skills*. Wexford, PA: Psychological Skills Press.
67. Strayhorn JM (2003a), *A programmed course in friendship-building and social skills*. Wexford, PA: Psychological Skills Press.
68. Strayhorn JM (2003b) *Illustrated stories that model psychological skills*. Wexford, PA: Psychological Skills Press.
69. Strayhorn JM (2003c) *Plays that model psychological skills*. Wexford, PA: Psychological Skills Press.

70. Binder C (1996), Behavioral fluency: evolution of a new paradigm. *The Behavior Analyst*, 19, 163-197.
71. Binder C, Watkins CL (1990), Precision teaching and direct instruction: measurably superior instructional technology in schools. *Performance Improvement Quarterly*, 3, 74-96.
72. Bucklin BR, Dickinson AM, Brethower DM (2000), A comparison of the effects of fluency training and accuracy training on application and retention. *Performance Improvement Quarterly*, 13, 140-163.
73. Lindsley OR (1990), Precision teaching: by teachers for children. *Teaching Exceptional Children*, Spring 1990, pp. 10-15.
74. Lindsley OR (1991), Precision teaching's unique legacy from B.F. Skinner. *J Behavioral Education*, 1, 253-266.
75. Johnson KR, Layng TVJ (1992), Breaking the structuralist barrier: literacy and numeracy with fluency. *American Psychologist* 47, 1475-1490.
76. Johnson KR, Layng TVJ, (1994), The Morningside model of generative instruction. Pp. 173-197 in Gardner R, Sainato DM, Cooper JO, Heron TE, Heward WL, Eshleman JW, and Grossi TA (Eds.) *Behavior analysis in education: Focus on measurably superior instruction*. New York: Wadsworth.
77. Anderson C (2003), One in 37 U.S. adults imprisoned or paroled at the end of 2001. Associated Press article, *Pittsburgh Post-Gazette*, Monday, August 18, 2003.
78. Hunt C, Andrews G (1992) Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatr Scand* 85 275-278
79. Greenwood CR (1997), Classwide peer tutoring. *Behav Soc Issues* 7: 53-57.
80. Greenwood CR, Delquadri JC, Hall RV (1989), Longitudinal effects of classwide peer tutoring. *J Ed Psychol*, 81: 371-383.
81. DuPaul GJ, Ervin RA, Hook CL, McGoey KE (1998), Peer tutoring for children with attention-deficit hyperactivity disorder: Effects on classroom behavior and academic performance. *J Appl Behav Anal* 31: 579-592.

● LA RELACIÓN ACTUAL ENTRE EL PÚBLICO Y LA PROFESIÓN MÉDICA: RETORNO AL PASADO



Columnista Experto de SIIC
Dr. Diaa E. E. Rizk

Associate Professor. Obstetrics and Gynaecology

Introducción

Los médicos son, en algunos casos, tan complacientes y amables según el estado de ánimo del paciente como ajenos a presionarlos para conseguir la verdadera curación de la enfermedad; y en otros, tan constantes en su proceder con relación al arte de tratar la enfermedad como proclives a no respetar suficientemente la condición del paciente. Escoja usted uno de temperamento medio.

Francis Bacon, *El régimen de la salud*, 1625

Encontrándose sujeto a tan pocas causas de enfermedad, el hombre, en el estado natural, puede no tener necesidad de remedios y menos aún de médicos.

Jean Jacques Rousseau, *El origen de la desigualdad*, 1775.

A mediados del último siglo, los servicios de salud estatales o el National Health Service (NHS) emergieron como un poderoso movimiento social y su principio fundador había captado la imaginación pública y el idealismo profesional de muchos médicos alrededor del mundo: «Todos los ciudadanos deberían disfrutar de una buena atención de la salud, en forma gratuita al momento en que lo necesiten e independientemente de su capacidad económica». Ahora, cincuenta años después y en el tercer milenio, hay una crisis evidente en el sistema de salud del Estado de la mayoría de los países por dos razones principales. Estas son las tendencias muy arraigadas en la cultura y en la administración de la profesión médica, y las serias deficiencias existentes en la administración y en la capacidad de estos organismos (1-3). El factor inicial más importante está claramente localizado en la deficiente práctica individual establecida como un excesivo paternalismo, una falta de respeto a los pacientes y su derecho a tomar decisiones sobre la propia atención, y el secreto y la complacencia que se verifican con relación a la mala práctica médica. Tales elementos contribuyen a un cuadro de situación que lleva al público a creer que diversos médicos ponen sus intereses personales por encima de los de los pacientes (4). Sus signos visibles exteriores radican en la falta de preocupación institucional por la calidad y el ejercicio seguro, los tiempos de espera inaceptables para las consultas y el tratamiento, la asistencia médica y no médica de la misma o peor calidad, los hospitales sucios, los sistemas inflexibles para cubrir las demandas del público, procedimientos defensivos contra las querellas y

una seria reducción del plantel de trabajadores en el sistema. No es sorprendente entonces que exista una duda generalizada acerca de la verdadera capacidad de un servicio de salud gratuito y público para proveer alguna vez una atención de la salud de calidad aceptable (1-4). Estas cuestiones son enteramente compartidas por los médicos, que en la actualidad se sienten descorazonados, devaluados y desilusionados. La crítica del público y del gobierno hacia la profesión, junto con los temores de demandas legales, han agregado un efecto desmoralizador al problema. El incesante aumento del volumen de demanda del servicio resta todavía más tiempo para establecer relaciones eficaces con los pacientes o para una revisión más reflexiva de la práctica, ambos fundamentales en la atención de buena calidad (4,5). De esta manera, los cuerpos profesionales, las autoridades y los consejos médicos han sido culpabilizados recientemente y directamente hechos responsables por los numerosos defectos de los servicios de salud. A pesar de que este hecho ha exacerbado el malestar general hacia las actitudes de los médicos, esas organizaciones fueron justificadamente menos utilizadas como las representantes de los diversos fracasos institucionales subyacentes en el NHS. La tendencia actual de buscar soluciones simples para los problemas complejos e inherentes a proveer un servicio de salud gratuito de alta calidad es contraproducente y ha generado una plétora de nuevas propuestas que confundieron a la profesión médica y a la opinión pública. Hay dos puntos, sin embargo, que permanecen como fundamentales y merecen una mayor discusión (1-5). Estos son:

1. La cultura y la práctica de mejoras continuas de la calidad y la afirmación de ésta deben implementarse a lo largo del sistema de atención de la salud.
2. El profesionalismo de los médicos y la regulación de la profesión deben modificarse para lograr un cambio en las expectativas del público.

Trasfondo de la interacción del médico y el público

La profesión médica tiene alrededor de 200 años de edad pero hasta mediados del último siglo había sido sencilla y esencialmente ineficaz, proveyendo más confort en los pacientes que curación. Ahora se ha tornado progresivamente más eficiente pero esto trajo aparejado sus propios riesgos (6). Las circunstancias globales y el paradigma que rodea la evolución del NHS desde su creación contribuyeron también a las formas de comportamiento y la cultura que prevalecieron hasta la actualidad. Un nuevo orden social internacional apareció luego de la Segunda Guerra Mundial, "el estado de bienestar", inspirado por una ideología filosófica poderosa de los derechos humanos y apoyada por la independencia política de varios países en vías de desarrollo que siguieron a la culminación del colonialismo tradicional (3). El NHS, como otros servicios públicos y las industrias nuevamente nacionalizadas, adoptaron el modelo socialista de "dominio y control" y se tornaron dependientes del productor con mínima injerencia de los pacientes. El público aceptó esta situación debido a que el racionamiento y las colas para cada servicio social ofrecido por el Estado formaban parte de la vida misma. La especialización en medicina fue otro poderoso conductor para la importancia social de la función médica y su autoridad profesional (6,7). El cuerpo ya muy extendido de consultores y especialistas fue aumentando a medida que eran cada vez más apreciados por los pacientes y, como conjunto se veían a sí mismos como la elite de la medicina. Hubo gran optimismo y confianza de la gente en la nueva ciencia y tecnología. Tanto la ciencia como la investigación científica se vieron encaramadas en lo más alto de los valores de la profesión y los sistemas de incentivos, mientras que otros aspectos de la práctica médica, como la comunicación con los pacientes y la enseñanza eran mucho menos valorados. La ansiedad del Estado para conseguir profesionales especializados que prefirieran trabajar para el nuevo NHS antes que continuar atendiendo en la práctica médica privada lo llevó a remunerarlos generosamente. No existía virtualmente control o auditoría y la percepción de la gente sobre la omnipotencia de los especialistas pronto se hizo institucional en una estructura de carrera piramidal por etapas. Este hecho hizo más difícil a los médicos admitir la propia falibilidad y la posibilidad del error, debido a que eran los líderes del momento y de ese modo modelaban la cultura. El Estado, crónicamente necesitado de fondos, les encargó a ellos racionalizar las prestaciones por encima de su beneficio a través de la doctrina de la atención según la necesidad clínica, como por ejemplo a través de listas de espera, ya que para el público los médicos serían más confiables que los políticos en la toma de decisiones sobre las prioridades concernientes a la salud. Así mantuvieron una mayor libertad y autonomía que cualquier otra profesión (1,4,7). Los cambios significativos en la relación de la gente con los médicos a lo largo del último medio siglo y sus consecuencias se encuentran resumidas en el cuadro I.

Cuadro I. Eventos significativos en la interacción médico-público durante el último medio siglo.

1. Un modelo "dominio y control" del cuidado de la salud en la mayoría, si no todos los servicios nacionales de la salud.
 2. Un modelo empleador/productor más que de orientación del paciente, que contribuyó sustancialmente a la formación de actitudes protectoras, estrategia pasiva y tolerancia de una práctica deficiente.
 3. Una profesión médica paternalista y acostumbrada a definir la responsabilidad según sus propios términos.
 4. Un sistema de regulación médica que fue reactivo, inclusivo, irresponsable y acorde solamente con la mayoría de los abusos o mala atención manifiestos.
 5. Ausencia de estrategias del gobierno o institucionales para calificar y de inversión adecuada en los recursos necesarios par la práctica de calidad incluyendo la educación y el desarrollo profesional de los doctores o verdaderamente de otros profesionales de la salud.
 6. Ausencia de datos confiables sobre el rendimiento y escasa información y sistemas de abordaje de la atención.
-

Todos estos eventos ocurrieron contra el telón de fondo de una población que experimentaba un cambio social radical (7). La gente dispone de mayores ingresos, esperaba ser tratada con cortesía y respeto y deseaba asumir un papel más importante en el control de las decisiones médicas que afectaban sus propias vidas. Tiene un nivel de educación más elevado y la mayoría accede a la educación universitaria y está mucho mejor informada, con acceso irrestricto al conocimiento médico alrededor del mundo entero, reflejando el total impacto social de la revolución informativa. La alianza de consenso entre el Estado y la profesión médica sobrevivió a crisis financieras recurrentes y a nuevas reorganizaciones en forma repetida por más de 50 años en casi todos los países. En la última década, no obstante, los gobiernos volvieron súbitamente su atención a la salud como resultado de las dificultades financieras globales y la modificación de las expectativas del público y comenzaron a introducir algunos pasos activos en el NHS (3,5) tales como aquellos que se muestran en el cuadro II.

Cuadro II. Iniciativas de ejecución introducidas por los gobiernos a sus servicios nacionales de salud.

1. Enfoque general moderno.
 2. Estrategias para el cuidado de la salud.
 3. Un mercado interno competitivo para intentar descentralizar la toma de decisiones, el valor seguro para el dinero y garantizar la mejor calidad.
 4. Una información más explícita para médicos, por ejemplo, el requerimiento de un estatuto apto para la auditoría clínica.
 5. Carteras de pacientes y derechos legales.
-

El Estado corporativo cambió así el sistema médico por primera vez y se adentró más en la práctica clínica y la educación médica. Para los profesionales, el elemento contencioso era la nueva contabilidad, pero las dificultades de implementación de las directivas adecuadas a la nueva administración llevaron al Estado a perder la primera iniciativa, en particular en lo referente a la progresiva focalización en los costos antes que en la calidad que desmoralizaba a los profesionales de la salud (1,4,6). El sistema de la regulación médica y su trascendencia en la práctica

contemporánea fue más tarde seriamente cuestionado también en varias partes del mundo debido a que se apoyaba en una autoridad central que sólo actuaba para asegurar que la actividad fuese de buena calidad o para detectar sistemática y ejecutivamente cuando el rendimiento era deficiente; actuaba sobre elementos con condiciones locales no bien establecidas al momento de la práctica, tanto profesional como ejecutiva (1,6). El retrato vívido de los casos de mala práctica expuestos por la dramática presentación en los medios de comunicación de chicos, padres y personas reales, que no eran estadísticas ni pacientes, presionaron todavía más al Estado en diversos países para que respondiera a la brevedad. La mayoría de los gobiernos comprendieron entonces que la evaluación sistemática habitual del nivel de desempeño de los médicos era ahora esencial para ofrecer a los pacientes una protección adecuada a través de la revalidación de su título o licenciatura. Los médicos y sus cuerpos profesionales inicialmente mostraron disconformidad con estas medidas pero afortunadamente están ahora unidos a través de un acuerdo más positivo con este propósito.

I. Los principios del perfeccionamiento de la calidad

El movimiento de la calidad en la atención de la salud fue descrito en los comienzos de la década del 60 en los Estados Unidos y se basó en la amplia orientación del público y pacientes y en un énfasis sobre la inversión en los recursos económicos y humanos (8). Este fenómeno creó la base científica y metodológica para el diseño clínico estándar y la evaluación de la calidad que incluía guías médicas, análisis de seguimiento, medicina basada en las pruebas científicas y la reducción del error clínico a través del uso de métodos tales como los informes obligatorios de eventos críticos y poco frecuentes, según habían sido originalmente desarrollados por la industria aerospacial. A fines de los años 1980s, varios gobiernos promovieron las auditorías médicas en las instituciones y en los hospitales aunque estas iniciativas eran esencialmente voluntarias y no identificaban después a los médicos con prácticas profesionales de baja calidad. En los 1990s, se adoptó la estrategia de "la educación médica continua" para la atención de la salud, impuesta al principio en la industria japonesa, con el desarrollo extensivo de los sistemas de datos nacionales necesarios para la medición y la evaluación comparativa (9). La teoría del estímulo para mejorar la calidad es que ésta se consigue a través de un amplio frente por un proceso de progresiva superación más que por los defectos detectados en las inspecciones (8,9). Es esencial obtener datos independientes y que resulten accesibles para mejorar el rendimiento, que ayuden a explicar las variaciones inesperadas y facilitarles a los ejecutivos de la salud la toma de decisiones. La experiencia de los pacientes y la expectativa previa tienen que ser una parte integral del aumento de calidad en la atención de la salud. El éxito de esta administración depende de obtener una combinación satisfactoria entre el profesional, el sistema y las perspectivas del paciente, jerarquizando el compromiso de los médicos y manteniendo una buena coordinación y comunicación entre todas las partes con el objeto de garantizar que el sistema sea constructivo, y no opresivo y burocrático (10). El control clínico consiste en la aplicación del perfeccionamiento continuo de la calidad para los procedimientos médicos, particularmente en los equipos profesionales. También está incorporado el principio de revisión externa en las actividades dirigidas a la calidad. La aplicación de estos elementos en la industria de los servicios de atención de la salud está independientemente plagada de dificultades (3,8-10). Primero, la agenda de la calidad se refiere fundamentalmente a la educación médica continua y presupone una cultura de la ausencia de culpabilidad para ayudar a la gente a llevarla a cabo. La obsoleta inspección del nivel de prestaciones en los informes oficiales de los políticos y las acciones acerca de la atención de la salud, sin embargo, crean la sensación de que éste es el objetivo primario y dan la idea de que permanece vigente la cultura autoritaria estereotípica de la mayoría de las organizaciones nacionales de la salud. De manera similar, la apreciación y la valoración del nivel de los médicos están básicamente dirigidas al desarrollo formativo y no a una evaluación anual para ser contratados. Si estas múltiples funciones se combinan inadecuadamente en el mismo método de la mejoría de calidad, pueden devenir la confusión de los propósitos y resultados insatisfactorios. En realidad, en vez de animar a las personas a solicitar información, el efecto perverso podría ser inducir la connivencia y perder la oportunidad de reducir el error profesional. Segundo, la profesión médica tiene que adoptar explícitamente la noción de mejorar la calidad e implementarla a través del abandono de las buenas intenciones en favor de una práctica adecuada demostrable. Tercero; a pesar de que tanto el corporativismo del NHS como la profesión médica necesitan definitivamente de una actitud positiva y un cambio cultural para trabajar con los pacientes y el público en la calidad como compañeros iguales, ambos grupos deberían ser conscientes de que no deben reemplazar esto por el paternalismo ejecutivo. Cuarto, el pivote de la conducta clínica está a nivel del equipo de atención de la salud desde que los defensores de las regulaciones externas estrictas no son substitutos para los mecanismos eficientes que pueden operar rápida y

económicamente dentro de las instituciones. Más aun, cuanto más eficaces sean estos equipos en la administración de la calidad de sus propios servicios y la demostración de sus resultados, más segura y efectiva será la atención para los pacientes y menor la necesidad de una revisión externa. Finalmente, los gobiernos deben reconsiderar si el modelo de "dominio y control" tiene un futuro realista en la atención de la salud moderna, dado que siempre ha sido conflicto de interés entre la burocracia centralizada que actúa tanto de intermediario estándar como de proveedor prácticamente único. Probablemente esto será más obvio a medida que la revolución de la información genere demandas de múltiples datos independientes por parte del público sobre el desempeño habitual y el rendimiento, no modificados o interpretados a través de imperativos políticos. Sin la separación entre reguladores y proveedores, ninguna de las partes involucradas en la atención de la salud será capaz de identificar la medida real de la brecha entre la atención obtenida y la esperada. La regulación de la atención de la salud, ligada tan estrechamente con la seguridad de los pacientes, necesita de un nuevo mecanismo constitucional, tal vez del parlamento, o de un consejo académico similar 5. II. Las bases de una nueva profesión médica El control dirigido desde la misma profesión ofrece la mejor oportunidad de asegurar una práctica médica diaria adecuada que esté firmemente dirigida a los intereses de los pacientes e implementada con fuerza. Esto se sustenta sobre el hecho de que la práctica de la medicina todavía implica un grado importante de discernimiento en las áreas fundamentales de diagnóstico y tratamiento (1,4,6). Los médicos que practican la actividad dentro de un sistema regulado de valores profesionales y estándares son más proclives a dar lo mejor de sí mismos para sus pacientes que aquellos que no lo hacen, debido a que hay una presión de los pares para que así sea. En la perspectiva global, el público tiene que recordar que la gran mayoría de los médicos son conscientes, eficaces, y atienden y trabajan mucho más duramente de lo que sus contratos exigen. Para lograr una nueva profesión médica en la práctica diaria, el control profesional debe ser modificado como para que la actividad entera sea tan razonable como las expectativas del público. Las características fundamentales son (1,4,6,7):

1. Normatización de estándares. Este es el patrón que describe las obligaciones y las responsabilidades de los médicos acordadas después de un amplio diálogo, tanto en el contexto de la profesión como del público que represente el consenso.
2. Educación. La educación médica es la primera medida por la cual se desarrolla actualmente la cultura de la profesión. El aprendizaje y la enseñanza acerca de las actitudes, los valores, la comunicación, la ética, el trabajo en equipo y la mejoría de la calidad deberían estar administrados en igual modo que la experiencia clínica y científica tradicionales. Tales principios tienen que estar reflejados en la educación inicial antes de la graduación, en el entrenamiento del especialista y en el continuo desarrollo profesional.
3. Evaluación y revalidación. La evaluación es uno de los niveles más poderosos para lograr el cambio y debería cubrir tanto la actitud hacia los pacientes, la información y la honestidad como la competencia técnica. Los médicos que ya se encuentran en el registro deberían ser examinados con regularidad a lo largo de su vida profesional con el objeto de asegurar que se mantienen aptos para la práctica de la medicina y deben renovar o revalidar periódicamente su título o licenciatura.
4. Comunicación. Tradicionalmente, la profesión ha sido primariamente utilizada para un diálogo entre sus miembros o con el Estado y el gobierno pero no con la gente. Sin embargo, necesita ahora desarrollar hábitos, estrategias y tácticas para favorecer de manera directa al público. Debe ser capaz de explicar cómo se conduce la medicina, sus limitaciones, su potencial, y dar con un terreno común sobre lo que es importante en la atención de la salud y sobre las bases en las que descansan las respectivas responsabilidades. Necesita también desarrollar una mejor comprensión y respeto por los políticos y los ejecutivos del sistema y distinguir las presiones y exigencias que sobre ellos hay con el fin de obligar a un mejor cuidado del paciente.

Conclusión

La relación entre la profesión médica y el público está cambiando y la capacidad de los médicos debe estar a la altura de ese cambio. Lo que no se ha modificado es el hecho de que las personas necesitan médicos que estén actualizados, sean diestros, éticos y bien predispuestos a ejercer su labor. Tanto la cultura profesional como institucional, como el comportamiento de la gente y sus organizaciones, tienen que cambiar. Como médicos, nuestra obligación ética más importante es servir a nuestros pacientes y la comunidad de la mejor manera en que estemos capacitados. El mismo deber recae sobre los políticos y ejecutivos, aun si sus códigos éticos están menos definidos. Los gobiernos, los profesionales de la salud y sus cuerpos representativos deberían

también abrazar inequívocamente la práctica y la disposición de la educación médica continua. La estrategia del servicio de salud pública hasta aquí introducida y adoptada en la mayor parte del mundo es tal vez el último y más trágico monumento a la filosofía política de la miopía de una era que ha partido y que ya no está. Los gobiernos como principales proveedores de la atención nacional de la salud tienen además una obligación adicional para invertir en el servicio a un nivel que garantice la calidad que demanda en la actualidad el público. El sistema de regulación profesional debe evolucionar también a una nueva actividad firmemente sostenida en el interés público y basada en un modelo de compañerismo entre el público como receptor del cuidado de la salud y la profesión médica como prestadora. Los pacientes, sus familias y aquellos que los cuidan deberían además tener acceso ilimitado a información suficiente, poder de decisión y autonomía para sentir que ellos están verdaderamente a cargo de su salud. Más de once siglos atrás, Rhazes (Abu Bakr Muhammad Ibn Sakaria al-Razi, 864-930 después de Cristo) con una notable simpleza y capacidad profética, describió esa relación igualitaria médico-paciente/público en términos sencillos:

Cuando la enfermedad sea más fuerte que el paciente, el médico no será capaz en absoluto de ayudarlo, y cuando la fortaleza del paciente sea mayor que la fuerza de la enfermedad, no necesitará para nada de un médico. Pero cuando ambos sean iguales, entonces uno necesitará un médico que apoye la fortaleza del paciente y lo ayude contra la enfermedad (citado en Maimonides M. La Preservación de la Juventud: Ensayos sobre la Salud.)

BIBLIOGRAFÍA

1. Irvine DH. The performance of doctors. I: Professionalism and self-regulation in a changing world. *BMJ* 1997; 314:1540-1542.
2. Irvine DH. The performance of doctors. II: Maintaining good practice, protecting patients from poor performance. *BMJ* 1997; 314: 1613-1615.
3. Krizoya E, Simek J. Rationing of expensive medical care in a transition country--nihil novum? *J Med Ethics* 2002; 28: 308-312.
4. Irvine DH. The performance of doctors: the new professionalism. *Lancet* 1999; 353: 1174-1177.
5. Smith R. Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care. *BMJ* 2000; 321: 1541-1542
6. Chantler C. The role and regulation of doctors in the delivery of health care. *Lancet* 1999; 353: 1178.
7. Rizk DEE. Medicine and Society: The professionalisation and deprofessionalisation of physicians. *Emirates Med J* 2000; 18: 47-48.
8. Donabedian A. Institutional and professional responsibilities in quality assurance. *Quality Assurance in Health Care* 1989; 1: 3-11.
9. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Eng J Med* 1989; 320: 53-56.
10. Krizoya E, Simek J. Rationing of expensive medical care in a transition country--nihil novum? *J Med Ethics* 2002; 28: 308-312.