

SALUD MENTAL, PERSONALIDAD SANA, MADUREZ PERSONAL

Mental health and healthy personality

Ponencia en el Congreso Internacional de Psicología "¿Hacia dónde va la Psicología"

Santo Domingo, 3-5 septiembre 2004

Alfredo Fierro
Universidad de Málaga
e-mail: fierro@uma.es

Resumen

Se presentan y discuten distintos modelos de salud mental, entendida ésta como salud comportamental -por contraste a los trastornos de conducta- y de personalidad sana o madura. Dos dimensiones parecen en ella especialmente relevantes: el bienestar personal y la adaptación social. Se propone un modelo donde son claves la autorregulación, el cuidado y la gestión de la propia vida en orden a una experiencia satisfactoria de la vida.

Abstract

Various models of mental health, as behavioural health -that is opposed to behaviour or psychological disorders-, and of healthy personality, are presented and discussed. Two dimensions are relevant: subjective well-being and social adaptation. A model, where self-regulation and self-care related to the satisfaction in own life is crucial, is finally suggested.

El tema de esta exposición es decididamente interdisciplinar. Lo es, primero, porque en él se hallan interesadas diferentes disciplinas psicológicas: la psicología social, la del ciclo vital, el estudio y los modelos de personalidad, la psicopatología. Pero lo es también porque otras ciencias y otras fuentes de conocimiento, otros discursos, concurren a perfilarlo y concretarlo: la sociología, la historia, la antropología cultural, la filosofía. El punto de vista aquí adoptado será, sin embargo, el de una psicología de la personalidad de la cual se desprende una psicopatología. En esa perspectiva la exposición se limita a poner orden en algunas ideas y evidencias que contribuyen a precisar qué se entiende por salud mental y por personalidad psicológicamente sana, madura.

El propósito de la exposición, por otra parte, no es tan sólo teórico, de esbozo de un análisis y un modelo. Lo es también de índole práctica. Trata de conducir a una antigua exhortación moral, la de "cuida de ti mismo", que entre otras exhortaciones clásicas alternativas (como la de "sé tú mismo" o la de "llega a ser el que se eres"), está mejor fundada en lo que conocemos sobre el desarrollo acertado de la personalidad. Va a tratarse, pues, del examen de algunos conceptos básicos acerca del trastorno y la salud mental, y, luego, en aplicación práctica, de la invitación al cuidado de uno mismo y del papel que este cuidado -y la autorregulación comportamental- desempeña en un proceso de intervención psicológica.

Modelos de personalidad

La psicología de la personalidad constituye una disciplina básica desde la que se ramifica la psicopatología. Da que pensar la circunstancia de que, en sus dos tratados sobre la personalidad, Allport (1937/1974, 1963/1964) dedicara sendos capítulos, y no breves, a dibujar el perfil de una personalidad madura. En esos capítulos, Allport describe la madurez personal por características como la ampliación del “yo”, su relación afectuosa con los demás, la seguridad emocional, una percepción conforme a la realidad, aptitudes ante las tareas, conocimiento de sí y visión unificadora de la vida humana. Es semejante la caracterización de Maslow (), quien habla de personas “autorrealizadas”. Las describe como poseedoras de una percepción eficaz y cómoda de la realidad, aceptadoras de sí mismas, de los demás y de la naturaleza, espontáneas, centradas en los problemas, autónomas, con buenas relaciones personales y con sentido del humor. También se asemeja la que Rogers () presenta como meta del deseable “proceso de convertirse en persona”. Se trata de llegar a “ser el que uno es” y sus descriptores son autodirección, deseo de progreso, apertura a la experiencia, sentimiento de libertad, espontaneidad, confianza en uno mismo.

La mención de autores como Maslow y Rogers resultaba obligada. Da pie para informar de un hecho cierto: entre las distintas escuelas y orientaciones de la psicología han sido las de sello humanista y personalista las que se han interesado más, y con verdadera predilección, por cuestiones como personalidad sana, madurez personal y salud mental. Son también las que más han aportado a una producción editorial de divulgación sobre temas como bienestar personal y salud o trastorno mental, a menudo bajo la rúbrica de guías prácticas de “autoayuda”. Las obras producidas al cobijo de esta concepción son, por otra parte, de muy desigual calidad científica. En ellas, sin embargo, no pocas veces se encuentran juiciosas y pragmáticas apreciaciones sobre asuntos como la felicidad, el bienestar, la superación de los conflictos, el afrontamiento de los problemas de la vida, la adaptación y la preservación del equilibrio personal o, más aún, el crecimiento personal.

Todos ellos son temas, por otra parte, que han despertado serias reservas en orientaciones alternativas que se precian de un rigor de ciencia: las de un conductismo radical y, en general, las que se atienen a una metodología sólo experimental. Apenas hace falta subrayar, sin embargo, que ni el conductismo ni tampoco la experimentación poseen el monopolio de una ciencia objetiva del comportamiento o de la personalidad, ni tampoco de sus disfunciones psicopatológicas. Cabe una aproximación científica a estas cuestiones. Es, además, una aproximación necesaria. No basta describir y tratar de explicar los trastornos y disfunciones del comportamiento. Es preciso, sobre todo, estudiar el polo positivo de todas aquellas categorías y dimensiones cuyo lado disfuncional e indeseable contempla la psicopatología. En ese sentido, el razonamiento es muy sencillo y puede formularse en la siguiente hipótesis: si se reconoce la existencia de una psicopatología científica, debe reconocerse igualmente la de una psicología científica de la salud mental, de la personalidad sana y de la madurez personal. Las leyes de una y otra no serán diferentes

Enfermedad mental: discusión crítica

Desde mitad del siglo XX han menudeado las críticas a un modelo médico de salud y trastorno mental. Han sido críticas de muy distinto signo: algunas desde el conductismo; otras desde una psiquiatría o una psicopatología crítica. Con el mayor desparpajo cáustico Szasz () ha hablado de la enfermedad mental como de un mito. Hay desde luego -concede este autor- enfermedades del cerebro, pero esa es otra historia. También es suya la ironía de que las llamadas “enfermedades mentales” ni son “enfermedades”, ni son “mentales”. Se trata de otra cosa: son problemas, conflictos, trastornos o disfunciones de la comunicación, que no deben quedar bajo competencia y control médico. Cierta psicología social ha llegado a sostener que toda caracterización en este ámbito debe tomarse como mera definición social, simple etiqueta clasificadora. El conductismo, por su parte, dictaminó que la designación de una conducta como patológica depende de la sociedad: se designa así aquella conducta que consideran inapropiada quienes controlan los refuerzos. El conductismo insistió, además, y con razón, en que los principios que rigen los trastornos psicopatológicos son los mismos de la conducta “normal”: la conducta, adaptada o inadaptada, se aprende, y no hay leyes de

aprendizaje específicas en ellos. Pero tampoco esto último es monopolio o descubrimiento original del conductismo. En realidad, ya Claude Bernard, en el siglo XIX, había destacado que las leyes que rigen la enfermedad y los trastornos son las mismas de la vida y de la conducta en general.

Qué es sano y qué alterado, y con qué frecuencia se da tal o cual alteración, puede variar y de hecho varía de unas culturas a otras y también de un medio social a otro. Pregunta el conflictivo adolescente de *Rumble fish*, de Francis Coppola: “¿Cómo sabe uno que está loco?”. Y le contestan: “Eso nunca se sabe; depende de cuánta gente piensa que lo estás”. Designadas o no como inapropiadas por el entorno, en especial por quienes controlan reforzadores y pautas normativas, el caso es que algunas conductas traen consigo mucho sufrimiento para las personas mismas que las realizan. Por otro lado, la designación que marca a ciertos comportamientos con un rótulo equivalente al de trastorno psicológico no es exclusiva de la sociedad occidental. Los estudiosos de la cultura y de sus variedades, los antropólogos, no abrigan dudas sobre la naturaleza transcultural de la diferencia anómalo / normal. Aunque culturalmente variable y con formas específicas de frecuencia diversa en las distintas sociedades, la distinción seguramente es universal. Tienen alcance transcultural no sólo esa distinción genérica, sino también algunos trastornos específicos. Trastornos y procesos semejantes a síndromes como la esquizofrenia parecen darse en todas las culturas.

Factores y determinaciones culturales resultan decisivos en la designación y configuración de los trastornos. Lo que la sociedad y el propio individuo juzgan como alterado o, por el contrario, correcto y sano, es materia prima y elemento de juicio para cualquier otro juicio científicamente elaborado sobre la salud mental y sus alteraciones. Reconocerlo así conduce a relativizar el doble concepto de lo sano y lo psicopatológico (o lo “normal” y lo “anómalo”). Obliga a resaltar que sus concretas figuras de contraste -qué es normal y qué anómalo aquí y ahora- varían y dependen según culturas, épocas y contextos sociales. Ahora bien, el carácter relativo de una construcción conceptual no autoriza a declararla arbitraria. Aunque en la configuración de los trastornos intervenga una determinación por parte de la sociedad, ésta, sin embargo, no basta para colocar a una conducta, mucho menos a una personal, en tal o cual posición de la dimensión continua salud / trastorno mental.

Con suficiente independencia respecto a cualquier definición social, aunque tampoco del todo al margen de ella, está el dato, no siempre patente y manifiesto, pero irrecusable, de que el individuo puede sentirse bien o mal, reconocer su estancia y vivencia en el mundo -o en un medio social determinado-, como apetecible o como indeseable, como positiva, satisfactoria o, por el contrario, negativa, frustrante. Esta conciencia de sí, autopercepción cargada de intensas connotaciones afectivas, tiene sin duda un origen fuera del individuo; se elabora a partir de la imagen social de lo deseable y de la percepción que cada cual encuentra en otros acerca de sí mismo; se genera en un aprendizaje social y en la percepción de reacciones sociales ante la propia conducta. Ahora bien, incluso en la difícilmente sostenible hipótesis de una reducción completa a sociogénesis, tal autopercepción posee su relativa autonomía, su razón de ser y su derecho a atención práctica y teórica. El hecho es, pues, que tanto el análisis descriptivo de las alteraciones de personalidad o de comportamiento, como el enfoque de terapia e intervención psicológica, contemplan en la bipolaridad trastorno / salud mental componentes individuales de malestar / bienestar, no del todo reducibles a lo social y a la ideología y valores colectivos.

Por otro lado, si la psicología rechaza la noción de “enfermedad mental”, ¿está justificado entonces, que hable todavía de “salud mental”? Lo está, sin duda alguna. Está justificado con tal de manejar un concepto integral -y no sólo orgánico- de salud. La OMS ha acuñado y contribuido a consolidar un concepto así al definir la salud como estado de bienestar general de la persona entera. Por otro lado, el calificativo de “mental” no presupone un enfoque dualista de “soma” y “psiqué”, de cuerpo y mente. Es un adjetivo que no dice más ni menos que “psicológico” (“psyché” es “alma”) o bien, si se prefiere, “comportamental”. Para desechar cualquier concepción dualista, cabe emplear una expresión, posible en castellano, no en otros idiomas: la de “salud (comporta)mental”. No es seguro, a decir verdad, que este artificio léxico satisfaga a

conductistas y a otros psicólogos. Aun entonces, sin embargo, sobre palabras no merece la pena extenderse en discutir: sólo hace falta circunscribirlas bien en acepciones inequívocas.

Así, pues, la psicología, aunque deje de hablar de "enfermedad mental", no tiene por qué desistir del concepto de "salud": no sólo la física, también la (comporta)mental. Tampoco debe renunciar a las aplicaciones prácticas, de intervención profesional, que de sus principios se siguen en el amplio universo de lo saludable; no debe renunciar -por muchas suspicacias que despierten estas otras palabras- a hablar de "psicoterapia" o de "terapia de conducta", sin limitarse sólo a la "modificación". Eso no excluye términos útiles alternativos al de salud (comporta)mental, como son los de normal / anómalo, o conducta (in)adaptada, (dis)funcional, (des)ajustada, o también - en el polo opuesto al de salud- trastorno y/o desorden. De todas formas, también estas nociones envuelven metáforas y en grado de compromiso no menor que las de salud mental o de heridas y daños psicológicos. Además, en casi todas ellas el bagaje metafórico es recabado en préstamo del mundo inerte de los servomecanismos. Realmente, en esta materia parece inevitable el recurso a metáforas. Ahora bien, de ser así, resulta preferible permanecer en la de "salud", a sabiendas de que también ésta es metafórica, analógica. Al fin y al cabo, la salud se dice de los vivientes; y vale más una analogía biológica que una metáfora mecánica.

No hace falta profesarse freudiano o practicar el psicoanálisis para reconocer que se deben a Freud algunas de las primeras y más certeras caracterizaciones de la salud mental. Las propone con ocasión de hablar del fin -la meta a la vez que el término- de la terapia. Así cuando escribe: "El tratamiento no tiene otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce" (Freud,). En esta declaración subyace implícita, pero inequívoca, una noción de salud mental: equivalente no al goce, al hecho de ser feliz, o al de trabajar, pero sí a la capacidad de goce y de trabajo. También en una aproximación conductista al trastorno psicopatológico es posible, por contraste, perfilar algunos rasgos de la salud mental. Cabe hacerlo, por ejemplo, a partir de un análisis de Skinner (), quien relaciona la "enfermedad mental" con "ciertas formas de comportamiento perturbadoras o peligrosas para el individuo o para los demás" y añade que aquella "provoca ciertas molestias" al individuo.

Resumiendo diversos criterios, Jahoda (1955) mencionaba tres rasgos típicos de la persona con salud mental: 1) un ajuste activo, tratando de alcanzar algún control de su entorno; 2) una percepción realista de sí misma y de su mundo; 3) cierta unidad e integración estable personal. Transcurrido medio siglo desde esa propuesta, su caracterización sigue plausible hoy y sólo mejorable por el complemento de un factor que en ella se echa de menos: la mención explícita del bienestar o, por el contrario, del sufrimiento psíquico o moral como asociados a la salud y respectivamente al trastorno (comporta)mental.

La clasificación DSM, por su parte, a lo largo de sus sucesivas versiones ha venido inclinándose de manera rotunda por un enfoque a la vez dimensional y difuso de lo que califica a veces como "disease" y a veces como "disorder". En ella se reconoce que "no existe una definición satisfactoria que especifique límites precisos del concepto de 'trastorno [*disease*] mental' (... y salud física y mental)"; y se añade luego que "no hay ningún postulado de que cada trastorno mental sea una entidad discreta con límites precisos"; es decir, no se postula discontinuidad categórica de unos trastornos a otros. El sistema DSM asume, en fin, que "se trata de una disfunción biológica, psicológica o conductual, y que esta alteración no sólo está referida a la relación entre el individuo y la sociedad"; es disfunción asociada "a un malestar, discapacidad o riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad" [traducción propia de las últimas versiones DSM-III, III-R y IV, coincidentes en estos párrafos] (American Psychiatric Association, 1994).

Muchos han sido los comentarios al concepto DSM de trastorno. Un temprano análisis crítico de Wakefield (1992^a, 1992b), a propósito del DSM-III-R, lo interpretaba en el siguiente sentido: el "desorden mental" ("mental disorder") ha de concebirse como "disfunción perjudicial" ("harmful"). Y lo comentaba así: "Una condición es un desorden si y sólo si (a) causa una algún perjuicio o privación de beneficio a la persona tal

como se juzga por baremos ("standards") de la cultura (el criterio de valor) y (b) resulta de la incapacidad de algún mecanismo interno para realizar su función natural" (Wakefield, 1992^a, pág. 384).

Bienestar personal y adaptación

En la actualidad suele reconocerse que no hay un solo elemento o criterio que tomado aisladamente sea suficiente para caracterizar la conducta "anómala" o trastorno psicopatológico; y que son varios, concurrentes o complementarios, los criterios al respecto (Belloch, Sandín y Ramos, 1995, pág. 54; Gradillas, 1998, pág. 25; Vázquez 1990, pág. 453). En otras palabras: el constructo bipolar -y, por tanto, la dimensión- de trastorno frente a salud mental es de naturaleza multidimensional.

Dentro de los elementos involucrados en dicha bipolaridad, seguramente el más estudiado es el de bienestar o satisfacción personal en la vida frente a la insatisfacción y el malestar: estar mal y sentirse mal. El inglés dispone del término "well-being", el francés de "bien-être", el italiano de "benessere". El castellano dice "bienestar", un término que se queda corto ante lo que en esos otros idiomas incluye asimismo un "bien-ser". Importa, pues, subrayar que el bienestar que cuenta aquí es también un "ser-bien" o "buen ser": no mera supervivencia, sino calidad en la vivencia; no simple ausencia de sufrimiento, no meros goces o placer, sino gozo y gusto por la vida, o sea, y en una palabra, "felicidad" en el sentido más completo. Se trata del bienestar personal, subjetivo y percibido, y no directamente del bienestar objetivo, consistente en las condiciones o circunstancias de la vida (comodidades, seguridad, nivel económico, salud física), aunque una de las primeras cuestiones empíricas por estudiar es la de la relación entre un bienestar y otro. Se trata asimismo de felicidad o vida feliz en un análisis donde el estudio del comportamiento y de la vida concurre con la más sólida tradición de la filosofía (Fierro, 2000).

Si hubiera que limitarse a un factor, uno solo, indudablemente pertinente a la salud (comporta)mental, profusamente estudiado, además, en la psicología contemporánea, habría que quedarse con el de bienestar personal o satisfacción en la vida. Es razonable, por eso, reconocer al bienestar como primer indicador y dimensión principal pertinente a la salud mental, y acaso, además, como elemento por sí mismo constitutivo o integrante de ella. Desde luego, no es posible definir la salud mental sin alguna referencia al bienestar personal o a una felicidad que incluye cierto grado de calidad en experiencias vitales satisfactorias. Estas, a su vez, dependen mucho del bienestar objetivo: de condiciones materiales externas, muy variadas según las circunstancias de cada cual; pero al propio tiempo -y en esta relación yace lo crucial para el psicólogo- dependen en alguna medida de acciones propias del sujeto en unas relaciones de dependencia que constituyen la clave tanto de la salud mental como de un apropiado análisis de la misma.

Está fuera de duda, pues, que la salud mental guarda alguna relación con la satisfacción personal o bienestar subjetivo parece. Dejando aparte la excepción de circunstancias adversas extremas, difícilmente atribuiríamos salud mental a una persona que se sintiera siempre y del todo desgraciada e incapaz, además, de cualquier acción o gesto para salir de su desdicha.

En la salud mental ¿se da alguna otra dimensión comparable a la de bienestar, equiparable en su relevancia? El mejor candidato a ello es la adaptación a la realidad y a sus cambios, a su acontecer. La adaptación constituye una función ampliamente presente en muchos tipos de comportamientos, acaso -añadirían algunos- presente en todos ellos como aspecto y atributo interno de la conducta. En el concepto de conducta adaptativa existe acuerdo entre teorías muy distintas, que subrayan que con sus acciones las personas tratan de sobrevivir y de vivir mejor. Esta adaptación -se ha de puntualizar- no es sólo pasiva o reactiva: de docilidad y sometimiento del individuo respecto al medio, a las demandas del entorno. Conducta adaptativa implica tanto adaptación reactiva de la persona a su mundo, cuanto activa adaptación de ese mundo -en lo posible, y a través de la propia acción- a las necesidades propias de la persona (Fierro, 1996, 2002).

La cualidad adaptativa de la conducta -y el grado en que la función de adaptación se cumple de modo eficaz- no es de fácil identificación y evaluación, a menos que se restrinja a la adaptación social. Por otro

lado, cuando se habla de conducta (in)adaptada suele sobreentenderse la (in)adaptación social o también, para niños, la (in)adaptación escolar; y ésta ha venido a constituir la faceta más estudiada. Un sondeo bibliométrico somero basta para percatarse de que la casi totalidad de estudios psicológicos (más de un 95 por ciento en las bases bibliográficas) sobre adaptación versan sobre ella en un medio social: en contextos sociales concretos. Puede tomarse, pues, a la adaptación social como el mejor indicador de la adaptación a la realidad, al entorno. Ciertamente la realidad más significativa en derredor de una persona es precisamente la sociedad, las demás personas. Justo por ello no es casual ni tampoco desacertado, sino bien certero, que una de las expresiones más difundidas para hablar del trastorno psicopatológico sea como conducta "inadaptada".

Sin ignorar la presencia y relevancia de otros factores o dimensiones en la bipolaridad salud / trastorno mental, se postulan el bienestar / malestar personal y la (in)adaptación social como sus más claros indicadores empíricos, acaso sus elementos cruciales constituyentes. Este modelo analítico asume que la salud (comporta)mental es susceptible de descripción a partir del bienestar subjetivo de la persona y de su adaptación en las relaciones sociales. En tal esquema concurren un elemento personal, subjetivo, a lo largo de la dimensión de bienestar / malestar, y un componente social, objetivo, el de adaptación. En el bienestar se recoge el aspecto vivencial y de experiencia -más o menos consciente- en la persona psicológicamente sana; en la adaptación social, la vertiente manifiesta, directamente observable por los demás y, en cambio, no tan fácil de escrutar por parte del propio individuo, y donde alcanzan mayor peso los criterios y valores sociales. En cuanto modelo de análisis, que ha de ser puesto a prueba en la investigación empírica, se afirma y se predice que los dos ejes mencionados son necesarios y suficientes para dar cuenta de la bipolaridad salud / trastorno mental: de la mayor parte de la varianza en ella, si deseamos expresarlo en términos estadísticos. Conducta psicopatológica es la socialmente inadaptada y/o la que conduce a largo plazo a insatisfacción, malestar o sufrimiento personal.

Se desprende de ahí un modelo empírico bidimensional de salud mental: con las dimensiones de bienestar personal y adaptación social. El modelo lo es al propio tiempo de personalidad sana en la medida en que dichas dimensiones aparecen asociadas -con correlación significativa- con distintos modelos y teorías referentes a factores básicos de la personalidad. Es un modelo sólido, empíricamente bien contrastado, a través de numerosas investigaciones (Fierro,).

De acuerdo con ese modelo, los trastornos psicopatológicos pueden ser representados y dispuestos sobre un espacio bidimensional cuyas coordenadas las definen los citados ejes de bienestar y adaptación. Psicológicamente sana es la persona: a) socialmente adaptada; y b) con un grado suficiente de satisfacción o bienestar bajo condiciones de vida "normales", no de extrema adversidad. Una caracterización así da cuenta de las formas más completas sea de indudable salud mental (satisfacción vital acompañada de adaptación), sea de inequívoca patología (malestar junto con inadaptación); pero también de los casos de psicopatología donde prevalece la experiencia negativa sin inadaptación -ansiedad, depresión- y asimismo de aquellos otros donde predomina la inadaptación e incluso el choque con valores sociales, pero sin intensos sentimientos negativos asociados, como es el caso de la conducta psicópata antisocial.

Puntualizaciones teóricas

Bienestar personal (o subjetivo) y adaptación son seguramente los mejores indicadores empíricos para la evaluación de la salud mental y, respectivamente, del trastorno comportamental o psicológico. El bienestar constituye una característica de la experiencia subjetiva de la persona en el curso de su vida; la adaptación, una característica objetiva de la acción, de la conducta. Un modelo teórico plausible de articulación de esos indicadores o dimensiones de la personalidad psicológicamente sana se resume en la tesis o, más bien, hipótesis de que el comportamiento adaptativo contribuye al bienestar subjetivo.

Conviene puntualizar que no se está afirmando que personalidad sana o saludable sea la persona que goza de bienestar subjetivo. No se afirma simple identidad entre bienestar, o satisfacción en la vida, y salud

mental. Se declara que ésa es la dimensión más relevante, acaso a fin de cuentas la única relevante, en los fenómenos de trastorno / salud (comporta)mental. El bienestar personal es cualidad indicativa de salud psicológica, pertinente a ella, a caso constitutiva de ella. Por otra parte, ese bienestar -o felicidad, o satisfacción en la vida- depende tanto o más de circunstancias externas que de la propia acción del individuo. El nexo entre bienestar y salud (comporta)mental se traba en y por la mediación de la acción; tiene su razón de ser en y por la articulación de las acciones de la persona con las respectivas experiencias que se siguen de ellas: en las dependencias funcionales y relaciones de contingencia (de refuerzo, incentivo, aversivas, o como sean en cada caso) que las experiencias vividas guardan con el comportamiento del propio sujeto agente.

Por eso mismo la salud (comporta)mental no puede ser conceptuada, en equiparación ingenua e inmediata, como bienestar, satisfacción o experiencia positiva de la vida. Ha de concebirse más bien como capacidad de autoprocursarse unas vivencias satisfactorias. Así, pues, se propone entender por salud (comporta)mental no el hecho de ser feliz, sino la capacidad de serlo, de autoprocursarse una experiencia satisfactoria de la vida en lo poco o mucho que esto dependa de la persona misma.

Se puede ser desdichado por muchas otras causas; y la desgracia no es en sí un trastorno psicológico. Pero hay quien es desgraciado y vive -o siente estar viviendo- en un infierno porque no sabe cómo hacer, cómo actuar, porque es incapaz de valerse por sí mismo en orden a ser feliz, porque carece de disposición para serlo. Este es el núcleo del trastorno de naturaleza comportamental o psicológica.

Por otra parte, lo que en un nivel de análisis se formula como comportamiento psicológicamente saludable puede y debe ser trasladado también a otro plano, el de la personalidad, como potencial de comportamiento: como capacidad y asimismo también como propensión, disposición o predisposición. La personalidad tiene que ver, como no puede ser menos, con lo que el sujeto hace y ha hecho, con su conducta real, en el sentido conductista más estricto, pero asimismo -y más allá del análisis conductista al uso- con lo que es capaz o no de hacer, con lo que está o no dispuesto a hacer, predispuesto, propenso a realizar, o, por el contrario, indispuesto (Fierro, 2002). De acuerdo con una noción de personalidad como potencial de conducta, personalidad sana será, en consecuencia, potencial de bienestar y "bien-ser", disposición adaptativa activa y acaso, en sentido estricto, capacidad en orden a procurarse unas vivencias positivas, satisfactorias, una experiencia de vida feliz en lo que depende de uno mismo. Ese potencial de conducta en orden a una vida deseable, por otra parte, no es -o no es en todo- un potencial innato; es sin duda, y en máxima parte, adquirido y modificable. En cuanto al polo opuesto, el núcleo del trastorno psicopatológico, también aprendido y modificable, aparece constituido no ya sólo por una mala gestión de la propia experiencia, sino por una cierta incapacidad de autocuidado, de gestionar mejor la vida, de autoprocursarse vivencias satisfactorias.

Este punto de vista permite entender bien cuál es la naturaleza específica de los trastornos de personalidad frente a los simples trastornos de comportamiento. Los de personalidad son trastornos o déficits no ya de la acción, sino -más grave- de la capacidad o de la predisposición a ella. Así entendidos, los trastornos de la personalidad, en cuanto categoría o clase dentro de los trastornos psicopatológicos, consisten a fin de cuentas en cierta incapacidad, incompetencia o indisposición para vivir. Los distintos trastornos de personalidad son variedades funcionales o estructurales de dicha incapacidad: de menor capacidad o de indisposición. Desde luego, se dan grados de severidad en ello. Se dan en las variedades de trastorno que, sin perjuicio de su perfil cualitativo, por otra parte se extienden a lo largo de un espacio dimensional continuo de gravedad, sin corte categórico que permita colocar en un lado y hasta un cierto límite la salud mental y en otro el trastorno. Y, por último, tampoco existe corte categórico entre el simple trastorno de conducta y, más allá y más grave, el de personalidad; al igual que no lo hay entre los déficits funcionales de personalidad, los de un funcionamiento deficiente, y aquellos otros que son estructurales, como la esquizofrenia, que consisten no tanto en que la personalidad funcione mal, sino que en rigor y en realidad no existe, no se halla estructurada: hay individuo, hay sujeto, pero no personalidad en sentido psicológico pleno.

Un concepto así de salud mental y, consiguientemente, de personalidad sana como capacidad o disposición de cuidar de uno mismo y de valerse por uno mismo en orden a ser feliz es del todo coherente con la

evidencia empírica aportada por la investigación reciente, y no sólo la relativa a bienestar y adaptación. Entre sus bases más firmes está la investigación básica y aplicada en autocontrol o autorregulación y asimismo el análisis y teoría de la autoeficacia como mecanismo mediador común a todo proceso real de cambio, cualesquiera hayan sido la teoría y las técnicas psicológicas adoptadas (Bandura,). Esta investigación –y la teoría consiguiente– contempla la autorregulación como un medio o resorte en orden a lograr las metas de la intervención profesional del psicólogo, pero también como una meta en sí y por sí valiosa.

Autorregulación y cuidado de uno mismo

La idea de que persona psicológicamente sana es aquella que es capaz de –y está dispuesta y decidida a– cuidar de ella misma en orden a una experiencia satisfactoria de la vida, converge con la antigua máxima moral del “cuidate”, que aparece como fórmula de despedida en las cartas de escritores latinos y con el autocuidado, un tema común a muy distintas morales. Las tradiciones filosóficas de Occidente coinciden en que existe alguna relación entre la acción y la vida feliz, en que somos hijos de nuestras obras y en que “sabio” es aquel que sabe cuidar de sí. El tema tradicional de la sabiduría enlaza con el de la madurez personal, que constituye hoy su mejor trasposición psicológica y comportamental (cf . Sternberg,). La conducta y capacidad de autocuidado es justo lo que caracteriza no sólo a la sabiduría, a la madurez, sino también a la salud mental propia de la persona adulta bajo condiciones ordinarias de la vida, incluidas aquellas condiciones adversas que forman parte de las dificultades normales del vivir.

Cuidar de uno mismo es un subconjunto dentro de cierto conjunto de comportamientos: los que tienen por objeto y término a la propia persona que se conduce. Son comportamientos que suelen compendiarse en la noción de “sí mismo” (o “self”). Consisten en un amplio sistema de actividades alrededor de dos principales focos: el autoconocimiento, los procesos cognitivos acerca de uno mismo; y la autoacción, las conductas operantes que –y en la medida en que– redundan en el propio agente. Es un sistema de gran relevancia, puesto que el comportamiento autorreferido es autorregulado y autorregulador: en sus entresijos se juegan procesos de decisión, que al propio tiempo son de autodeterminación y de autodirección en la vida. En las conductas autorreferidas la persona se hace dueña en alguna medida de la propia vida porque controla algunas de sus contingencias.

Los primeros análisis del sistema comportamental de autorreferencia y autorregulación datan de los años 70. En esos años surgen propuestas prácticas de introducción de técnicas de autocontrol en el tratamiento y modificación de conducta. La consagración analítico-teórica de las propuestas clínicas desde entonces en auge se debe, sobre todo, a Bandura () con un doble postulado: el de un determinismo recíproco entre situación, conducta y persona, a cuyo sistema de “sí mismo” reconoce una función determinante; y el del principio de autoeficacia como mecanismo mediador del resultado positivo que diferentes técnicas conductuales y de psicoterapia llegan a procurar. Desde entonces, la investigación y análisis de la autorregulación ha puesto de relieve el carácter deseable y benéfico de situaciones y acciones en las que el sujeto “controla” o al menos “maneja” algunas de sus contingencias y, por tanto, es “dueño” en algo de la propia vida. Es un control que implica tomar decisiones sobre uno mismo, autodeterminarse. En el modo cotidiano de hablar, y sin darle a ello un alcance filosófico, llamamos “libres” a las acciones que proceden de esa forma. En ese sentido, preferimos que nuestra vida dependa de nosotros mismos y no de otros, aunque también esa “libertad” comporte un alto precio que no nos gusta pagar: el de tomar decisiones sobre uno mismo.

En ese sentido el autocuidado constituye un elemento esencial en la conservación y recuperación de la salud tanto física como (comporta)mental, en la perseverancia dentro de unos hábitos saludables de vida, en la adherencia al tratamiento y en el haz de medidas terapéuticas o de modificación de muchas estrategias de intervención (Kanfer y Goldstein, 1993). Pero, por encima de todo: no hay madurez humana personal y no hay “salud mental” o “personalidad sana” sin capacidad de gestionar para sí –en autorregulación y autocuidado– una experiencia gozosa de la vida. También podría hablarse de “autoayuda” con tal de no incurrir en una trivialización de los procesos a través de recetas simplificadoras. Hay, desde luego, técnicas

de autocuidado, autorregulación, autogestión, que implican verdaderas tecnologías, "tecnologías del yo", las llama Foucault (1990). Entre aquellas que puede uno utilizar por iniciativa propia, o bien a instancias de un terapeuta, están la autoobservación, el autoanálisis, el autorregistro, el autorrefuerzo, la toma de decisiones mediante pasos programados. Mientras sean técnicas instrumentales, forman parte del aprendizaje de la madurez, de la ejercitación para adquirirla. La madurez propiamente dicha, madurez lograda, consiste, por su parte, en el ejercicio efectivo y la práctica espontánea del autoconocimiento, de la autodeterminación y del cuidado de uno mismo.

El autocuidado tiene dirección y medida. No es autoobsesión o preocupación por uno mismo, una inquietud que resulta insana siempre. Tampoco consiste en profunda introspección. Los principios y acciones de autocuidado, en fin, tienen poco que ver con los llamamientos a la interioridad y a la liberación por el espíritu. Cuidar de uno mismo no consiste sólo en pensamientos; se lleva a cabo en comportamientos prácticos, mediante los cuales una acción presente contribuye a determinar experiencias, conductas y circunstancias futuras de la propia vida.

Autorregulación en un marco de intervención

La persona que no es capaz de valerse por sí misma en orden a gestionar para sí una experiencia satisfactoria de la vida ¿cómo puede llegar a alcanzar tal capacidad? No podrá por sí sola. ¿Pueden ayudarle a ello otras personas de su entorno próximo? Muchas veces sí, sin duda alguna. Pero no siempre hay en su entorno tales personas capaces a su vez de ayudarle a ello. A menudo, además, son personas próximas las que más han contribuido a generar o a mantener el trastorno de conducta o de personalidad. El cuidado entonces ha de confiarse a manos expertas, a personas cualificadas, a profesionales. El paciente no capaz de cuidar de sí mismo y no capaz tampoco de salir por sí solo de su situación necesita de psicoterapia, de terapia de conducta, de asistencia, consejo o intervención psicológica.

Ahora bien, de manera hasta cierto punto paradójica, la intervención para devolverle capacidad (=salud mental) a un paciente apenas capaz de cuidar de sí mismo requiere que éste coopere en la labor. A diferencia de la intervención quirúrgica o de la atención médica que sólo necesita que el paciente deje hacer, aunque sea sin ganas y de manera pasiva, el psicólogo no puede "curar" sin una colaboración muy activa por parte del sujeto. En muchos casos, por no decir en todos, sin participación del paciente, del cliente puede haber cierto cambio, pero difícilmente un cambio profundo y duradero. La intervención terapéutica o profesional pasa necesariamente por la mediación de la voluntad propia de la persona concernida. Sin esta mediación ni es eficaz en grado suficiente, ni persiste a la larga. La eficacia no viene nunca desde fuera sólo; viene siempre también desde el propio sujeto, aunque no sea sólo desde éste.

Éste es el punto de articulación donde la psicología clínica asume la crítica del modelo médico –o quizá mejor: modelo farmacológico, o quirúrgico, o administrativo- de salud y trastorno mental. Es ahí donde el psicólogo clínico se aparta de cualquier intervención en la cual se pretenda "administrar un tratamiento" al igual que se administra un fármaco o se procede a una intervención en el quirófano. La intervención del psicólogo se realiza desde premisas de un modelo participativo, cooperativo, de autogestión y autorregulación, que insiste y se apoya en el papel activo del paciente en su propio tratamiento: no mero objeto de cuidados externos, sino sujeto de su propio cambio, terapia o modificación.

En materia de conducta no hay intervención profesional externa que produzca cambio si no es con la colaboración y participación del propio sujeto. La autorregulación y autoeficacia aparece entonces, en efecto, como punto de enlace entre la acción propia, el potencial y posibilidades de cambio por uno mismo, y la acción del profesional, el potencial de unas técnicas de intervención. Ahora bien, autoeficacia y autocuidado aparecen ahí no sólo como medio y mediación en un proceso de terapia o cambio de conducta, sino al propio tiempo como meta, como fin. Es preciso comprender las instancias y procesos de autodeterminación como elemento integrante de la madurez personal, como fin en sí mismo, y no sólo como medio para otros fines.

La clave del cambio terapéutico no está sólo en el exterior, en las técnicas del profesional; está siempre, y sobre todo, en el sujeto, aunque éste necesite de aquél.

¿Dónde están los puntos más sensibles al impacto de la intervención? Es crucial encontrar los puntos de articulación entre las variables de sujeto, de la persona, y la tecnología terapéutica, o, lo que es lo mismo, en otros términos: encontrar las variables y procesos de personalidad que son mediadores y multiplicadores de la intervención profesional.

Seguramente el mediador más destacado es el elemento motivacional. Hace falta que el paciente no sólo desee eliminar molestias, las inherentes a su situación de sufrimiento, sino que quiera de verdad cambiar: que haya, por tanto, motivación suficiente para sobrepasar las ventajas secundarias que el trastorno psicopatológico proporciona. El paciente se halla en posición de ambivalencia ante el cambio: lo desea, lo necesita, por el sufrimiento moral que acompaña al trastorno; pero al propio tiempo lo teme, porque también obtiene ventajas de aferrarse al trastorno y no cambiar. El paciente que acude al psicólogo lo hace porque se lamenta de algo, de lo que por otro lado obtiene beneficios, aunque sean sólo inmediatos y a corto plazo. Será necesario, por tanto, ante todo propiciar un cambio en la motivación: superar los atractivos inmediatos de la conducta-problema por eliminar, obtener un equilibrio diferente en la relación ventajas / inconvenientes en favor de contingencias más favorables, aunque demoradas, en un modo de comportamiento que exige adherencia al tratamiento, aplazamiento del refuerzo, resistencia a la "tentación" y tolerancia al dolor y la incertidumbre en el momento actual.

Sigue siendo cierto el principio conductista: si quieres cambiar la conducta, cambia el entorno. Pero no es el terapeuta quien puede modificar el entorno que rodea al paciente; ha de ser éste quien lo haga a través una serie continua de pequeñas –o no tan pequeñas- decisiones. Se supone que el paciente necesita al inicio un importante respaldo del terapeuta. Éste tratará de introducir estrategias de autogestión y autocuidado en la vida del paciente. Tales estrategias, como en general todas las conductas autorreferidas, se aprenden, son objeto de aprendizaje y están generadas y sostenidas por el medio. A falta de ello, también ellas desaparecen: Robinson en su isla desierta no tiene necesidad de lavarse todos los días. El paciente que acude al psicólogo clínico es alguien que necesita de continuo y extenso apoyo externo –tan intenso que necesita de un profesional- para actividades de relación con los demás y de autocuidado tan elementales como lavarse. Pero el apoyo que el psicólogo está llamado a prestar ha de reducirse al mínimo necesario en cada caso; ha de guiarse por un criterio de mínima intervención, trasladando de modo creciente al sujeto la responsabilidad y la capacidad de recuperar el gobierno de su vida y, con ello, el potencial de una experiencia satisfactoria de la misma.

Referencias bibliográficas

- Fierro, A. (1993). Para una ciencia del sujeto. Investigación de la persona(lidad). Barcelona: Anthropolos, cap. 3º.
- Fierro, A. (1996). Manual de Psicología de la personalidad. Barcelona: Paidós, cap. 4º.
- Foucault, M. (1990). Tecnologías del yo. Barcelona: Paidós.
- Kanfer, F. H. y Goldstein, A.P. (1993). Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Seligman, M. E. P. (1995). No puedo ser más alto, pero puedo ser mejor. Barcelona: Grijalbo.