

SALUD (COMPORTA)MENTAL: UN MODELO CONCEPTUAL

Alfredo Fierro

Revista de Psicología general y aplicada (2000), 53, 147-164

1. Introducción: para una ciencia de la salud mental

“Si damos con un criterio objetivo, inherente a los hechos mismos, que nos permita distinguir científicamente la salud de la enfermedad en los diversos órdenes de fenómenos sociales, la ciencia se encontrará en condiciones de iluminar la práctica sin traicionar su método propio”. Así escribía Durkheim (1895 / 1978, pág. 70) hace más de cien años en un escrito titulado “Reglas relativas a la distinción de lo normal y lo patológico”. Su propósito y enfoque eran sociológicos, en el marco de una sociología empírica que justo él contribuyó a crear; y aun así no tuvo reparo en sostener que es posible un acercamiento de ciencia empírica a nociones tan ideológicas y escurridizas como las de “anomalía” y “patología”.

El propósito y enfoque de estas páginas es afín, aunque en otro orden de análisis, no de sociología, sino de psicología. Es discutir qué es “normal” y qué no lo es en el comportamiento humano. Se argumenta en ellas que la suposición y la idea misma de una Psicopatología científica sólo es sostenible en contraste con una Psicología -más básica- de la “salud mental”. Y se traza a grandes rasgos su perfil como “salud comportamental”. Se propone no ya sólo un concepto acerca de ésta, sino una red conceptual que permite dar cabida a datos, categorías y principios ampliamente admitidos hoy en Psicología. El perfil así trazado cuenta a su favor con suficiente evidencia empírica. Pero su presentación aquí es a título de propuesta conceptual y teórica, derivada, sí, de hallazgos empíricos, pero sobre todo dotada de poder heurístico, de capacidad de guiar la investigación en este campo.

El bosquejo que va a perfilarse no es reproducción de propuestas anteriores, aunque desde luego es deudor de algunas de ellas, como no podía ser menos. La tarea no puede ser ahora, un siglo más tarde, exactamente la de Durkheim. No puede ser tomar por vez primera unas nociones de lenguaje ordinario y de percepción común, las de lo “anómalo” y lo “sano”, para tratar de refinarlas y contrastarlas con algún rigor de ciencia. Las nociones relevantes llegan hasta nosotros muy fatigadas ya: no son ingenuas o espontáneas, antes bien, llevan las huellas de anteriores esfuerzos de trabajo conceptual y de análisis científico. A lo largo de los más de cien años de su existencia, la Psicología no ha dejado en manos del sentido común y del juicio popular el dictamen para identificar, caracterizar y explicar los trastornos psicológicos, mentales o de comportamiento. De hecho ha confiado esa tarea a una disciplina científica, a la Psicopatología; y éste es el punto de partida de las consideraciones que siguen.

La Psicopatología, sin embargo, se ha ocupado sobre todo de trastornos específicos y no tanto, apenas, de la disfunción psicopatológica en su naturaleza general. A ella los tratados se limitan a dedicar algún párrafo o epígrafe introductorio. Aun entonces, además, toman como objeto de análisis, de construcción teórica y de modelos explicativos, precisamente el extremo de lo disfuncional o psicopatológico. No suelen atender, por sí misma y en sí misma, a la “salud mental”. Esta, en consecuencia, sólo es contemplada en modo implícito y por contraste con el lado negativo, el de lo psicopatológico.

Los materiales sobre los que va a operar el análisis de este trabajo son nociones de curso corriente en Psicopatología. Y en relación con ello se enuncia un primer postulado: si a la Psicopatología se le reconoce rango de disciplina científica, en buena lógica, por iguales razones y con idéntico estatuto epistemológico, se

debe igual reconocimiento al estudio y análisis de la salud mental. Reivindicar este carácter científico no es pedir para ese estudio la creación de alguna nueva disciplina psicológica. Ya es bastante con una de las clásicas, como la psicología de la personalidad, o alguna otra más reciente, como la psicología de la salud, donde tal estudio encuentra perfecto acomodo. En absoluto se está preconizando, pues, una nueva rama disciplinar con el título de Psicología "de la Salud Mental" o "de la Personalidad Sana". El postulado referido se limita a resaltar la necesidad de un capítulo de investigación y teoría sobre la salud mental dentro del ámbito de la Psicología.

2. El trastorno mental: cuestiones críticas

A la Psicopatología se la considera científica pese a los juicios de valor que encierra por doquier. Uno de sus problemas precisamente está en el modo de articulación de tales juicios de valor con los juicios de ciencia. Por eso mismo conviene destacar desde el comienzo que se trata aquí de pergeñar conceptos descriptivos y con anclaje empírico, y no valoraciones dictadas desde alguna ética o estética del comportamiento. Pero es preciso reconocer una circunstancia que puede dar lugar a confusión: en estos asuntos los juicios de ciencia toman como objeto a juicios y discursos morales, ideológicos o de valor. Cualquier análisis del patrón de comportamiento psicopatológico en su naturaleza general y, en el polo opuesto, cualquier análisis de la salud mental, por científico y objetivo que pretenda ser, no puede omitir la consideración de valoraciones sociales e individuales. En consecuencia, la descripción y teoría de la salud mental se mueve, no menos que la Psicopatología entera, en el difícil y delgado filo que separa a la ciencia de la ideología: en un terreno donde los juicios y prejuicios de valor vigentes en la sociedad constituyen material imprescindible del quehacer científico mismo. Dicho en términos técnicos: constituyen "lenguaje objeto" sobre el que, en "metalenguaje", diserta una ciencia del comportamiento.

2. 1. Valoraciones sociales y análisis de ciencia

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 trastornos. 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 su desmantelamiento indiscriminado. En general, todos los constructos de las ciencias antropológicas son de carácter relativo, no absoluto. Pero eso no justifica deshacerse de ellos. Casi era ayer cuando a sus anchas campaban críticas devastadoras, sin matices y planas, de los conceptos psicopatológicos y psiquiátricos. Hoy en día, sin parecer por ello ingenuo o ideológicamente reaccionario, cabe ya profesar abiertas reservas frente a esas críticas antesdeayer en boga y formular juicios más matizados.

En los años 60 obtuvo fortuna el rechazo radical de la noción no sólo de "enfermedad mental", sino también de trastorno psicológico: todo era reputado mera definición social, simple etiqueta (Scheff, 1966). Se hablaba del "mito de la enfermedad mental" (Szasz, 1961). Tanto los abanderados de la psiquiatría crítica cuanto los teóricos de un conductismo acendrado, como Ullmann y Krasner (1965), podían dictaminar en liso y llano, sin matices, que "la designación de una conducta como patológica, o no, depende de la sociedad". ¿Algo que añadir a eso? Ullmann y Krasner agregaban el oportuno pero rutinario complemento de que "la conducta mal adaptada es una conducta que se considera inapropiada por las personas que controlan los reforzadores".

Por desgracia o por fortuna, el asunto dista mucho de ser tan simple. No es cierto que conducta inadaptada sea siempre, pura y simplemente, la designada así por quienes controlan. Por lo demás, el conductismo insistió, con justicia, en que las leyes que rigen los trastornos psicopatológicos son las mismas de la conducta "normal": la conducta, adaptada o inadaptada, se aprende, y no hay leyes de

aprendizaje específicas en lo psicopatológico. No debería, sin embargo, haber hecho falta esperar al conductismo para enterarse de eso. Desde Claude Bernard, ya en el siglo pasado, se sabe que las leyes que rigen la enfermedad y los trastornos son las mismas de la vida y de la conducta en general. Pese a ello, los hechos son los hechos y son además tercos. Y el hecho pertinaz es que no hay entre las personas otra diferencia tan profunda -ni de raza, lengua o cultura, ni de condición social- como la existente entre estar sano y estar enfermo o, peor aún, estarlo ya para siempre, con una enfermedad crónica y sin remedio. Sólo se le puede comparar, y es igualmente relevante para el presente análisis, la diferencia entre vivir feliz y en sano juicio o, al contrario, vivir trastornado y/o desdichado.

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 hasta de un medio social a otro. Designadas o no como inapropiadas por quienes controlan los reforzadores, 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. En perspectiva de etnopsiquiatría escribe Devereux (1970) sobre esa diferencia conceptual: "Desde el punto de vista psiquiátrico los criterios de normalidad son todos absolutos, independientes de las normas de esta u otra cultura o sociedad, pero conformes con los criterios de la Cultura en cuanto hecho universal humano".

No sólo tiene alcance transcultural la mencionada distinción générica. También lo tienen algunos trastornos específicos. Trastornos y procesos semejantes a algunos síndromes, como la esquizofrenia, parecen darse en todas las culturas (Murphy, 1976; cf. también Page, 1971). En todo caso, y en fin, el psicólogo ha de habérselas con los modos de trastorno comportamental y de sufrimiento moral que encuentra en torno suyo. No le está permitido invocar vagamente las raíces y las variedades socioculturales del concepto, del trastorno y del sufrimiento, para despacharlos de un plumazo en un relativismo irresponsable. Es preciso, pues, apresarlos y formularlos desde la Psicología.

Las determinaciones culturales son decisivas no ya sólo en la designación y configuración de los trastornos. Lo son incluso en la génesis de la salud y del trastorno tanto orgánicos como psíquicos. En la actualidad constituye una evidencia histórica y epidemiológica indiscutible el hecho de las enfermedades aportadas por los colonizadores de América y de África. Y sólo quienes cierran los ojos ante la desigual distribución del riesgo de retraso mental entre grupos sociales pueden poner en duda el papel del factor sociogenético no ya en el trastorno mental, sino en el propio retraso o deficiencia mental (cf. Fierro, 1981). Importa establecerlo así -y no sólo reconocerlo a regañadientes- desde el principio y como principio, aunque justo para no atascarse en ello y no erigirlo en catecismo o en compendio de toda la ciencia aquí posible.

A sabiendas, pues, de su relatividad cultural y del componente social en su génesis misma, persiste la necesidad de un doble quehacer, práctico y teórico. Es legítima y necesaria, desde luego, y ante todo, la tarea práctica de abordar los trastornos con la terapia o intervención en cada caso oportuna. Pero también lo es la tarea teórica de construir conceptualmente la doble noción de trastorno / salud mental. En otras palabras, ni los ingredientes socioculturales de los juicios, a veces mudados en etiquetas, ni los determinantes sociales del trastorno, impiden que un conocimiento experto, el de la Psicología, llegue a refinar los preconceptos y prejuicios populares en el crisol de un concepto propio sobre esa clase de comportamiento que se juzga anómalo o desviado.

2.2. Un enfoque descriptivo y dimensional

Refinar conceptos preexistentes y, si procede, darles pasaporte de ciudadanía científica es lo que ante todo suele hacer la Psicopatología: estudia, clasifica, describe y trata de comprender diferentes trastornos

psicológicos o de conducta en una taxonomía afín a la de otras ciencias en su estadio descriptivo. Sin embargo, en ese estudio por lo general sobrepasa la pluralidad y variedad de los trastornos y no tanto o apenas lo que puedan tener en común y que justifique la noción genérica de trastorno psicopatológico. Aun entonces, por el mero hecho de bosquejar en algo este último concepto, contiene, al menos en trazo implícito, una cierta imagen de su opuesto: de la salud mental. Claro que no basta con esta presentación e imagen tan sólo en negativo. No es satisfactorio concebir la salud mental como ausencia de trastorno. Debe de ser posible perfilarla en trazos positivos, por ella misma; mejor dicho, en trazos comparativos, relacionales, por contraste y relación con el trastorno, mas sin tomar a éste como primer extremo o principal referente de la relación de diferencia.

Es preciso introducir en este momento un nuevo postulado, ciertamente discutible, adverso por completo a los enfoques categóricos dominantes en esta materia, pero congruente con la sustancial continuidad que muestran tanto los hechos de conducta como los de la naturaleza en general. El postulado congruente con esta continuidad dice que salud / trastorno mental no son categorías estancas, sino polos contrapuestos de un espacio continuo. La correspondiente caracterización de la salud mental que de ahí se sigue ha de esbozarse, por tanto, no con tiralíneas, no a manera de un polígono de límites categóricos, sino en perfil difuminado: con caracteres de concepto difuso o borroso, con rasgos propios de un pensamiento no digital, sino analógico. La salud mental ha de concebirse en términos de mayor cercanía o lejanía a prototipos, de continuidad dimensional y no de discontinuidad en categorías compartimentadas. Es ésta una característica común, desde luego, a los hechos humanos y a sus correlatos conceptuales en las ciencias. Con la lente de una célebre distinción de Popper (1974) los sucesos de conducta caen bajo la metáfora epistemológica de “nubes” y no bajo la de “relojes”. Sin duda, el concepto de salud, como el de trastorno psicológico, es un concepto borroso, nebuloso, de límites imprecisos y no un “reloj”. Pero esto sólo puede inquietar a quienes no han leído a Rosch (1978) en su perspicaz análisis del carácter difuso de las categorías naturales, ni tampoco a Aristóteles en sus ponderados juicios sobre los modos y la lógica del conocimiento. Escribía el filósofo al comienzo de la *Ética a Nicómaco* que “no es justo reclamar en todas las cosas un mismo grado de exactitud” y que, por tanto, “un espíritu ilustrado ha de exigir en cada género de objetos no más precisión que la permitida por la propia naturaleza de la cosa de que se trate”. Por eso mismo, pues, en este asunto la construcción conceptual ha de ser analógica y dimensional: entre lo “normal” y lo “anómalo” existen diferencias de grado, a lo largo de un eje o ejes bipolar(es), y no diferencias categóricas de una organización digital del pensamiento.

La Psicología, por otra parte, rechazó ya hace tiempo, junto con el llamado y denostado “modelo médico”, la noción de “enfermedad mental” (aunque, en cambio, todavía en el último cuarto de siglo se ha venido hablando de conducta “anormal”: desde Eysenck, 1973, hasta Belloch, Sandín y Ramos, 1995). En rigor -se ha ironizado- ni son “enfermedades”, ni son “mentales”. ¿Está justificado entonces, hoy en día, hablar de “salud mental”? Lo está. Sin necesidad alguna de regresar al criticado modelo médico (que quizá más bien, por cierto, era o es un modelo farmacológico), se halla justificado con tal de manejar un concepto integral -y no sólo orgánico- de salud. La OMS ha acuñado ese concepto al definir la salud como estado de bienestar general de la persona entera. Lo de “mental”, además, 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 mostrar la irrelevancia aquí de concepciones dualistas, incluida la que concibe lo “psico-somático” como interacción entre dos órdenes distintos, cabe forjar y proponer una expresión que vale en castellano, no en otros idiomas, y que se sirve de un oportuno paréntesis integrador. Cabe hablar de “salud (comporta)mental”. ¿Puede ese artificio léxico satisfacer a conductistas y a psicólogos de la conciencia? No es seguro. Pero, en todo caso, sobre palabras no merece la pena extenderse en discutir: sólo hace falta circunscribirlas bien en acepciones inequívocas.

Con esas puntualizaciones la Psicología no debería desistir del léxico de la “salud”, sea física o (comporta)mental. Tampoco debería renunciar a las aplicaciones prácticas, de intervención profesional,

que de sus principios se siguen en el amplio universo de lo saludable -en su integridad- y también -sin suspicacias ante esta otra palabra- de "psicoterapia". Merece por cierto defensa un concepto unitario de salud (Ribes, 1990); pero ni siquiera en ese marco cabe desentenderse de los aspectos de ella que caen del lado de lo psicológico o (comporta)mental. Cualquier unidad, también la de "salud", es analizable en sus distintos elementos y de eso justo se trata, como juiciosamente advierte el DSM-IV: no de ignorar la integridad y unidad del estado de salud, de una salud "integral", sino de captar uno de sus elementos (American Psychiatric Association, 1994).

Claro que cabe recurrir a términos alternativos al de salud (comporta)mental y su opuesto. Por ejemplo, se puede hablar, no sin razón, de trastorno o desorden, de conducta (in)adaptada, (dis)funcional, (des)ajustada, normal / anómala, etcétera. Sin embargo, todas estas nociones envuelven metáforas en grado de compromiso no menor que las de salud mental o de heridas y daños psicológicos; y, encima, en casi todas el bagaje metafórico es recabado en préstamo del mundo inerte de los servomecanismos, de la mecánica. Para ese viaje a otras metáforas más vale quedarse con la de salud, al fin y al cabo procedente de la biología y del mundo de los seres vivos.

En el marco de las consideraciones precedentes se desarrolla a continuación un intento de aproximación al complejo concepto de salud (comporta)mental. Es aproximación descriptiva y conceptual, y no, en principio, explicativa, aunque sí con intenciones prescriptivas o, mejor dicho, de recomendación, de directrices teóricas. Se propone aquilatar aquel concepto ("esto y esto se entiende por salud mental") hasta el osado punto de sugerir cómo ha de entenderse la salud mental, cómo es aconsejable -fecundo para la teoría y para la heurística del investigador- que se entienda.

3. El juicio experto de la psicología clínica

¿Sería de recibo definir la salud mental a manera de un axioma o de una convención entre científicos? Al fin y al cabo, toda definición resulta de una estipulación convencional pactada o susceptible de pacto entre los hablantes, los analistas. El geómetra puede comenzar diciendo: "llámase triángulo a un polígono de tres lados". El psicólogo o el psiquiatra ¿podría tomar arranque con una declaración de este aire: "dícese salud mental..."? Algunos juicios sobre salud y trastorno mental presentan, desde luego, esa apariencia: la de una noción meramente convencional y estipulada, que se da por supuesta poco menos que de forma axiomática. Pero el científico no goza de entera libertad para dar a una palabra el significado que le plazca. No es concebible una psicología o una psicometría de las diferencias individuales en capacidad intelectual que sea del todo ajena a lo que en la sociedad se entiende por inteligencia. Y tampoco tendría sentido una psico(pato)logía de la salud y del trastorno mental de espaldas a lo que socialmente se percibe o conceptúa como conducta sana o, por el contrario, trastornada.

3. 1. El lenguaje común y el del psicólogo

No es que el científico no pueda separarse del lenguaje común; mas, si lo hace, debe de ser por buenas y fundadas razones. Aun entonces resulta preferible que se forje sus propios vocablos, lo más apartados posible del léxico de uso ordinario, sin dar lugar a equívoco, y no que siga utilizando los mismos términos del lenguaje cotidiano ("inteligencia", "deficiencia mental", "personalidad", "salud", etcétera), sólo que para conferirles un significado del todo divergente y con el riesgo consiguiente de confusión conceptual. Así, pues, mientras no se aporten convincentes razones para ello, la elaboración conceptual y teórica de la pareja salud / trastorno mental no puede ser extraña e incompatible respecto a las (pre)nociones del habla cotidiana. Ya con esta sola constricción semántica el psicólogo no es libre de definir aquella pareja como le plazca.

Por otra parte, incluso definiciones en apariencia axiomáticas propuestas por los psicólogos poseen buen fundamento empírico: tienen base en la experiencia, en una experiencia clínica que no está desprovista de valor científico. Cuando un experimentado psicólogo clínico o psiquiatra pone por escrito en un informe

razonado cómo entiende tal o cual trastorno, o qué entiende por trastorno y salud mental en general, lo que en verdad hace es reunir y resumir en concisa fórmula verbal una dilatada experiencia de tratamiento de personas con trastornos y de logro o fracaso en la terapia de esas mismas personas. Al hacer esto seguramente realiza una “construcción de las realidades clínicas”, según expresión de Watzlawicz (1992); pero eso no significa que sea una construcción arbitraria o ajena a la realidad empírica.

Las más relevantes construcciones conceptuales sobre salud y trastorno mental proceden, pues, de los propios profesionales. Lo que a primera vista puede parecer concepto dogmático, no justificado empíricamente, en realidad se ha extraído de un cúmulo de extensa y sistemática observación en contexto clínico. No es que expertos clínicos decidan juzgar tal o cual conducta como alterada o, por el contrario, saludable. Su propio juicio está basado en lo que han observado y ha llegado a su conocimiento en forma de demandas de pacientes, de desarrollo de la terapia, de la mejoría en el curso de ésta y, en fin, en su caso, de feliz término del tratamiento por haber alcanzado la meta deseada. Lo que así ha llegado a su consulta y a su conocimiento está impregnado, desde luego, de percepciones, de juicios y de valores sociales acerca de lo psicológicamente sano y lo alterado, contenidos, todos ellos, variables y relativos, no universales ni absolutos, contenidos, además, axiológicos, valorativos, vigentes en un medio social concreto y propios de ese contexto. Pero tal cualidad es inherente a esta materia conceptual y no es eliminable. Por mucha criba científica a que se les someta, contenidos con esa cualidad forman parte irrecusablemente de los conceptos teóricos de salud / trastorno mental, conceptos, por tanto, que no son ni pueden ser del todo “libres de valor”.

Por otro lado, y como consecuencia de la difusión de la literatura psiquiátrica y psicológica en el medio social, lo que la sociedad o la familia juzga acerca de un sujeto con problemas psicológicos, así como los posibles calificativos que utiliza (“neurótico”, “deprimido”, “esquizofrénico” o “estresado”), distan mucho de ser caracterizaciones meramente populares y simples juicios de profano en la materia. Son caracterizaciones nacidas bajo el decisivo influjo de criterios que desde hace más de un siglo los expertos han formulado y difundido y que han llegado a impregnar la ideología y la imaginaria social. Se ha dado, pues, un reiterado movimiento de vaivén entre la experiencia común y la experiencia profesional de psiquiatras y psicólogos. Así que éstos, incluso cuando reciben y asumen elementos procedentes de las percepciones y las valoraciones sociales, están recibiendo lo que en gran medida era originariamente suyo y que se halla ahora difundido gracias a sus publicaciones científicas y de divulgación. Sobre la base de un estudio y un conocimiento clínico -aunque no experimental, ni quizá tampoco cuantitativo- los expertos que tratan los trastornos psicológicos se hallan cualificados y también legitimados para emitir juicios sobre qué es salud mental y qué trastorno.

3. 2. Caracterizaciones clásicas

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 (Freud, 1920 / 1963). Algunas de ellas implican premisas específicamente psicoanalíticas, difíciles de traducir a otro marco teórico y al borde de lo ininteligible -o lo vacío- para una psicología conductista. Así, la de “Wo Es war, soll Ich werden”, de no fácil traducción incluso ya idiomática y no sólo al castellano: “donde era (o estaba) Ello, debe (o debo) llegar a ser (estar, devenir) Yo” (cf. Lacan, 1966). Otras son del todo claras y poseen significado contrastable en cualquier marco teórico, como cuando escribe: “El tratamiento no tiene otro fin que la curación del enfermo, el restablecimiento de su capacidad de trabajo y de goce” (Freud, 1936 / 1963, pág. 395). 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 ello. Conviene retener este elemento, que se recuperará más adelante en el transcurso del análisis: la salud mental como capacidad o disposición activa. No es muy diferente lo que formula Fromm (1947) al caracterizar a la personalidad madura por el amor gozoso, recíproco, y por la actividad creativa o productiva.

También desde la comprensión conductista del trastorno psicopatológico es posible, por contraste, perfilar rasgos de la salud mental. Destaca Skinner (1957 / 1972, texto 17) que la “enfermedad mental” se relaciona con “ciertas formas de comportamiento perturbadoras o peligrosas para el individuo o para los demás” y también que “provoca ciertas molestias” al individuo. Todo ello, por cierto, podría servir para describir no menos al delincuente, lo que hace cuestionable en alto grado un enfoque así, que da pie a aproximar trastorno mental y delincuencia. Un doble criterio -de molestias frente a bienestar y de perturbación o no- sirve en ese análisis, al igual que en otros autores de la misma orientación, para diferenciar, y colocar aparte, trastorno o desviación (¡pero también delito!) en un lado y adaptación o “salud” comportamental en otro. Algunas puntualizaciones conductistas, como la de que “la conducta inadaptada es aprendida y desaprendida, igual que el resto de la conducta” (Ullmann y Krasner, 1965), han de acogerse como difícilmente refutables, pero por eso mismo poco esclarecedoras y lindantes con la trivialidad. En efecto, es trivial poner el énfasis en que son conductas aprendidas. Con afirmaciones así no se adelanta un paso en la comprensión de la naturaleza de lo que es trastorno. Con ellas no se contribuye en mucho a dilucidar qué conductas han de considerarse inadaptadas, pero no delictivas, y por qué; ni tampoco qué mecanismos -aparte de los de aprendizaje, invocados de manera genérica- son responsables de que algunas personas desarrollen semejantes conductas.

Algunos tratados de Psicopatología empiezan por dedicar algunas páginas a delimitar y describir el trastorno mental en su generalidad. Como aquí no se trata de una revisión exhaustiva y ni siquiera sistemática de la literatura sobre el tema, bastará con algún botón de muestra traído a cuento, además, sin comentario alguno, ni de glosa, ni de crítica. Por ejemplo, Maher señala, como indicadores psicopatológicos, la expresión por parte del sujeto de “sentimientos de angustia o de infelicidad”, su “propensión a una conducta incapacitante” que le “coarta en la ejecución de sus obligaciones diarias”, y la “falta de contacto con la realidad” (Maher, 1979, págs. 18-20). Bergeret (1974 / 1983, pág. 31) apela al juicio del “hombre de la calle”, que le parece sabio en su percepción de la “normalidad” psíquica de las personas, para luego afirmar que “un ser humano se halla en un ‘estado normal’, sean cuales sean sus problemas personales profundos, cuando consigue manejarlos y adaptarse a sí mismo y a los demás, sin paralizarse interiormente”. También sobre el polo de salud, y no sólo el de trastorno, se pronuncian Freedman y Kaplan (1981) de modo muy conciso: “estado de salud emocional en el que la persona es capaz de funcionar cómodamente dentro de la sociedad”. Regístrese, de nuevo, la conceptualización en términos de capacidad y por referencia a unas emociones o experiencias de signo positivo, de “cómodo” funcionamiento.

Reuniendo criterios varios, hace ya más de 40 años, Jahoda (1955) mencionaba tres rasgos típicos de la persona con salud mental: 1) desplegar un ajuste activo, tratando de alcanzar algún control de su entorno; 2) una percepción realista de sí misma y de su mundo; 3) una cierta unidad e integración estable personal. Los rasgos o criterios pueden ser más numerosos, añadiéndose casi siempre el bienestar o el sufrimiento psíquico como característico de la salud o respectivamente del trastorno (cf. Page, 1971; Vázquez, 1990).

El sistema DSM, por su parte, a lo largo de sus sucesivas ediciones ha venido inclinándose de manera rotunda por un enfoque a la vez dimensional y difuso de lo que califica como “disease” y como “disorder”. Para empezar reconoce: “no existe una definición satisfactoria que especifique límites precisos del concepto de ‘trastorno [*disease*] mental’ (... y salud física y mental)”. Añade luego que “no hay ningún postulado de que cada trastorno mental sea una entidad discreta con límites precisos”; es decir, no presume discontinuidad categórica de unos trastornos a otros. Puntualiza, 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 versiones DSM-III, III-R y IV, que coinciden en estos párrafos] (American Psychiatric Association, 1994).

Las últimas líneas entrecomilladas constituyen la que bien puede leerse como definición de la cualidad genérica de trastorno psíquico en el sistema DSM. Como tal ha sido objeto de un sugestivo análisis crítico por parte de Wakefield (1992^a, 1992b), quien toma arranque en ella para llegar a formular su propia noción del “desorden mental” (“mental disorder”) como “disfunción perjudicial” (“harmful”). He ahí su fórmula: “Una condición es un desorden si y sólo si (a) causa un 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). Sin perjuicio de las dificultades inherentes a los conceptos básicos involucrados (“desorden”, “causa”, “mecanismo interno”, “función natural”), que levantan ampollas en cualquier mente filosóficamente cultivada, es una fórmula que merece atención y discusión, una discusión, empero, que no es posible bosquejar aquí, excepto para destacar un punto: la mención de una incapacidad relacionada con algo perjudicial para el propio sujeto. Ese será el núcleo de la propuesta resultante de la presente revisión y discusión.

4. Propuesta de un modelo

El rápido recorrido anterior por distintas nociones de salud mental posee ya de suyo un valor teórico. En las ciencias humanas la búsqueda de definiciones constituye por sí misma un método hasta cierto punto autónomo de estudio de un problema (Moles, 1967 / 1968, pág. 21). Establecer el censo de aquellas nociones, por incompleto que haya sido, equivale a diseñar líneas de definición heurística conforme pareció sugerir Scott (1958) en su revisión al hablar de “research definitions” de la salud mental. Ahora bien, el recorrido mismo conduce a una primera cuestión implicada en lo esbozado hasta ahora: la del carácter uni- o multi-dimensional del constructo. Es cuestión acerca de dimensiones no al modo de categorías o ejes de las últimas versiones del DSM, sino como factores o componentes, más o menos independientes entre sí, según emergen en un análisis factorial, e integradores entonces de la bipolaridad trastorno / salud mental: factores que podrían quizá incluso concebirse como rasgos. La opinión dominante es en efecto que la pluralidad de criterios existentes sobre la conducta “anómala” o trastorno psicopatológico corresponde a la circunstancia de que no hay un solo elemento o criterio que tomado aisladamente sea bastante para caracterizar ese género de comportamiento (Belloch, Sandín y Ramos, 1995, pág. 54; Gradillas, 1998, pág. 25; Vázquez 1990, pág. 453). Queda así el campo abonado para la idea de un constructo multidimensional.

4.1. Las dimensiones de bienestar y adaptación

Sobre el fundamento de un repaso a la pluralidad de constructos con que se ha caracterizado a la antitesis conceptual salud / trastorno mental, un trabajo propio anterior (Fierro, 1984) conducía a esa misma idea de multidimensionalidad. Para la identificación de las dimensiones pertinentes concluía pidiendo una operacionalización de las variables indicadoras de salud mental y la consiguiente investigación de sus covariaciones en análisis primero correlacional y luego factorial. Latía la expectativa implícita de que tal análisis pondría de manifiesto la naturaleza multifactorial del constructo.

En lectura autocrítica de lo así escrito hace quince años conviene puntualizar ahora, aun sin desdecirse de aquella expectativa conjetural, que casi cualquier fenómeno de conducta aparece como uni- o multi-factorial según en qué nivel sea analizado. Lo ilustra perfectamente el modelo jerárquico de personalidad de Eysenck (1967 / 1978, pág. 47), que distingue tres niveles molares distintos de amplitud mayor que las conductas o respuestas específicas: el nivel de respuestas habituales, el de rasgos, el de psicotipos. En ese modelo, neuroticismo y extraversión, que son unidimensionales en el nivel de “psicotipo”, aparecen en cambio constituidos por varios factores en el nivel de “rasgo” y por muchos más en el de las conductas topográfica o funcionalmente diferentes. Es plausible que suceda otro tanto en la dimensión salud / trastorno (comporta)mental: unifactorial en un nivel superior e integrador, a la vez que desplegada en varias

dimensiones en otro u otros niveles microanalíticos. La cuestión es entonces resolver si en el nivel más elevado de posible análisis constituye una dimensión irreduciblemente única o, por el contrario, dual o plural.

Para desbrozar el camino analítico y encontrar, o no, la unidad dimensional en la selva de los conceptos, los fenómenos y los hallazgos de investigación, quizá la mejor opción es tomar nota de la dimensión más estudiada -y teóricamente más sólida- en el campo de la salud mental y tomar en ella punto de partida. Ella es, sin duda, la de bienestar o satisfacción personal en la vida. El inglés dispone del término "wellbeing", el francés de "bien-être", el italiano de "benessere". El castellano habla de "bienestar", un término que se queda insuficiente 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 en que Aristóteles la colocó -y para siempre, aunque para discutírsela otros filósofos- en el centro de la vida moral.

Si hubiera, pues, que atenerse a una dimensión, una sola, que sea pertinente a la salud (comporta)mental y que además haya sido profusamente investigada, desde luego, ésa es la de bienestar personal o satisfacción en la vida. Del bienestar y de la felicidad -que se le equipara en los autores que hablan de ella- existen análisis ya clásicos a cargo de Bradburn (1969) y, respectivamente, Argyle, (1987). Hay asimismo estudios empíricos recientes (Feist y otros, 1995; Lu y Shih, 1997; Murber y otros, 1997; Rector 1997; Ryff y Keyes, 1995). Algunos de éstos han destacado la composición multifactorial del bienestar subjetivo. De ahí se sigue obviamente que cualquier constructo de salud mental que incluya pertinencia al bienestar será también multidimensional en alguno de sus niveles de posible análisis. Como dimensiones del bienestar suelen señalarse las de afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción global en la vida (Andrews y Withey, 1976), rasgos todos ellos que han servido igualmente para caracterizar a la felicidad (Argyle, Martin y Crossland, 1989).

Se postula, pues, el bienestar como primer indicador y dimensión principal pertinente a la salud mental; y no, o no por fuerza, como elemento por sí mismo constitutivo o integrante de ella. Se afirma que no resulta posible definir la salud mental sin alguna referencia al bienestar personal o a una felicidad que incluye cierto grado de calidad y frecuencia de experiencias vitales satisfactorias. Estas, a su vez, dependen mucho de condiciones materiales externas, muy variadas según las circunstancias de cada cual. Pero asimismo -y aquí está lo relevante- dependen en alguna medida de acciones propias del sujeto en unas relaciones de dependencia que -luego se verá-constituyen la clave de una recta comprensión de lo que es salud mental.

Que la salud mental entraña alguna relación -de naturaleza todavía por precisar- con la satisfacción personal o bienestar subjetivo parece fuera de duda. Desde luego, dejando aparte la excepción de circunstancias adversas extremas, difícilmente podría hablarse de salud mental en una persona del todo desgraciada e incapaz de hacer algo por salir de su desdicha. ¿Hay alguna otra dimensión comparable a la de bienestar, equiparable en su mismo nivel? Un candidato plausible a ello es la adaptación a la realidad y a sus cambios, a su acontecer.

La adaptación puede y suele ser contemplada como función comportamental general, como aspecto y atributo interno de la conducta, gracias al cual las personas tratan de sobrevivir y de vivir mejor. En ese punto de vista, en el teorema de que la conducta es adaptativa hay acuerdo entre teóricos tan distantes como Skinner y Piaget. Este adhiere a una noción, antes propuesta por Claparède, de inteligencia como "capacidad de adaptarse a situaciones nuevas" (Piaget, 1967), noción que invita a concebir también la salud mental como capacidad de adaptación aunque en otro orden. El conductismo por su parte maneja una noción adaptativa del refuerzo: se seleccionan y consolidan aquellas conductas que colocan a los organismos en las mejores condiciones de vivir y sobrevivir en el medio (Skinner, 1953, caps. 5 y 27). Era de esperar, por tanto, que la cualidad adaptativa del comportamiento haya pasado a ser un tópico temático de primer rango en relación principalmente con eventos estresantes o desafiantes de la vida (Fierro, 1997; Lazarus, 1991; Stewart, 1982).

La adaptación de que se habla 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).

Aunque consustancial a la Psicología, la cualidad adaptativa de la conducta -y el grado en que la función de adaptación se cumple eficazmente- no es de fácil operacionalización 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 análisis 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. A efectos prácticos puede tomarse, pues, a la adaptación social como el mejor indicador de la adaptación a la realidad, al entorno: a la postre la realidad más significativa en derredor es precisamente la sociedad, las demás personas; y no es casual que una de las expresiones más difundidas para hablar de lo psicopatológico sea como conducta "inadaptada".

Sobre la base de las consideraciones precedentes un grupo de estudiosos de la Universidad de Málaga, bajo el nombre de Grupo Eudemon, lleva algunos años investigando dentro del marco de un modelo bidimensional de salud mental (Fierro, Jiménez y Berrocal, 1998). Las dos dimensiones o ejes postulados son bienestar personal y adaptación social. El modelo presume poder describir la salud (comporta)mental en relación con el bienestar subjetivo de la persona y con una adaptación que se evalúa en las relaciones sociales.

Para la evaluación de esas dimensiones se han construido sendas Escalas de autoinforme: EBP, Escala de Bienestar Personal y EAS, Escala de Adaptación social, que constan de 33 y 34 ítems, respectivamente, con un formato de respuesta sí/no. La confección de las Escalas ha obedecido a un esquema del continuo salud / trastorno mental como espacio bidimensional con los dos ejes referidos. En ese esquema se conjuga 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 misma; en la adaptación social, la vertiente manifiesta, directamente observable por los demás y en cambio no tan fácil de escrutar por el propio individuo. En ella toman mayor peso los criterios y valores sociales. El modelo asume que esos dos ejes son necesarios y suficientes para dar cuenta de la bipolaridad salud / trastorno en el ámbito del comportamiento (Fierro, Jiménez y Berrocal, 1998).

En el marco del modelo referido, conducta psicopatológica es la socialmente inadaptada y/o la que conduce a largo plazo a insatisfacción, malestar o sufrimiento personal. Los varios trastornos psicopatológicos pueden ser representados y dispuestos en un espacio bidimensional cuyas coordenadas las definen los citados ejes de bienestar y adaptación. Por contraste, y en el polo opuesto, 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 definición de esa naturaleza, con dos miembros, da cuenta desde luego de las formas más completas sea de indudable y rebosante 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, según sucede en la conducta psicópata antisocial y en determinados casos de adicción (véase al respecto el cuadro esquemático de Fierro y Cardenal, 1996, pág. 69).

La investigación en ambas dimensiones (bienestar personal y adaptación social), que se presumen constitutivas de la salud (comporta)mental o pertinentes a ella, indicadoras de ella, ha encontrado que los valores de los sujetos en las correspondientes Escalas, EBP y EAS, correlacionan en grado elevado, significativo y negativo (coeficientes de correlación de Pearson alrededor de .50 y signo negativo) con numerosas variables de predisposición o vulnerabilidad a trastornos psicopatológicos: ánimo depresivo, neuroticismo, ansiedad rasgo; y que en grado no tan intenso (correlación en torno a .25 ó .30) pero todavía

significativo, se asocian a factores generales y básicos de la personalidad, tales como los “cinco grandes” (Fierro, Jiménez y Berrocal, 1998). Esta clara compenetración, bien comprobada igualmente por otros estudiosos en los últimos quince años (desde el estudio de Emmons y Diener, 1985, hasta los más recientes de Costa y Widiger, 1993, Duijsens y Diekstra, 1996, y Marshall y otros, 1994), entre dimensiones de salud (comporta)mental y dimensiones de personalidad otorga suficiente fundamento para hablar de “personalidad sana” o “saludable” (Jourard y Landsman, 1967) y no sólo de salud o ausencia de trastorno.

4. 2. Autocuidado para una experiencia satisfactoria de la vida

Los resultados de estudios del Grupo Eudemon en el marco del modelo bidimensional han aportado evidencia de que el componente o indicador más sólido, con mejor perfil de correlaciones con variables clínicas pertinentes, es el bienestar personal y no, no en igual grado, la adaptación social. Esta presenta sistemáticamente correlaciones más bajas que el bienestar, también cuando se computan las respectivas correlaciones parciales (Fierro, Jimenez y Berrocal, 1998). A todo eso se añade que el análisis de la estructura factorial y psicométrica de las Escalas elaboradas para medir una y otra dimensión sugiere la existencia de un solo factor bipolar subyacente a ambas (Rivas y otros, 1998). Ante tales resultados, al menos en un orden heurístico, de guía para la futura investigación, está justificado pasar de la hipótesis bidimensional a la de una sola dimensión, y conjeturar que el bienestar o satisfacción personal es la dimensión básica relevante para la salud (comporta)mental.

Con esa hipótesis no se está diciendo que personalidad sana o saludable sea la persona feliz. 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 no directamente constitutiva de la salud psicológica, pero sí indicativa de ella, pertinente a ella. Por otra parte, ese bienestar -o felicidad, o satisfacción en la vida- depende de circunstancias externas tanto o más 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 vivencia positiva. 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 ser feliz, 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 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.

Este concepto de salud mental 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. Pero no deriva forzosamente de ella; mejor dicho, no deriva de ella sola. Únicamente emerge y parece imponerse tal concepto si junto con la evidencia empírica sobre bienestar y felicidad se contemplan la tradición y los modelos clínicos de trastorno / salud mental comentados al comienzo: las concepciones psicológicas -del psicoanálisis al conductismo- que, pese a su discrepancia en casi todo lo demás, han contemplado la oposición de trastorno y salud mental en relación con malestar y bienestar, con una experiencia de vida insatisfactoria o, al contrario, gozosa; la noción en el sistema DSM -y en modelos alternativos o críticos, pero afines- del trastorno como disfunción auto -perjudicial. Completan el cuadro todavía, como apoyo indirecto al mismo modelo, las propuestas terapéuticas y de

intervención que colocan el énfasis en el autocontrol o autorregulación, primero, como un medio o resorte en orden a las metas de la intervención, pero también como una meta en sí y por sí valiosa (Goldfried y Merbaum, 1973; Kanfer, 1986 / 1993; Meichenbaum y Goodman, 1971). Y todo se redondea si con Bandura (1976, 1982) se postula que la autoeficacia constituye el mecanismo mediador común a todo proceso logrado de cambio, cualesquiera hayan sido la teoría y las técnicas psicológicas adoptadas.

Cuando se ponen juntas todas las piezas del puzzle resulta plausible la propuesta conceptual de que salud (comporta)mental es potencial de bienestar y "bien-ser", disposición activa y acaso, en sentido estricto, capacidad en orden a procurarse unas vivencias positivas, 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.

No es posible despejar aquí la cuestión de si el potencial de ser feliz es solamente tendencia, disposición personal, o es capacidad en sentido estricto, al modo de la inteligencia o de las aptitudes primarias. Pero sí hay que sostener que esa capacidad o disposición es investigable y es también mensurable. Lo es ni más ni menos que la inteligencia en cualquiera de sus variedades (sea inteligencia "general", o "social" o "emocional"), las cuales se conceptúan precisamente como capacidades y no como ejecución, como potencia activa (en sentido aristotélico) y no como acto. A muchos de los tests de inteligencia se les ha reprochado ser pruebas de ejecución y no de capacidad o potencial. A los instrumentos encaminados a evaluar salud / trastorno mental, incluidos, claro está, los del Grupo Eudemon, cabe dirigirles igual reproche: miden, si acaso, bienestar o adaptación social o ajuste a la realidad (y quizás, además, bienestar declarado por los sujetos, aunque acaso ilusorio, como resaltan Shedler, Mayman y Manis, 1997), pero no, en absoluto, potencial, disposición activa o capacidad para ello. Ha de reconocerse, pues, la inexistencia por el momento de instrumentos para medir esa capacidad y la dificultad tecnológica de elaborarlos. Es dificultad no menor que la de elaborar pruebas de potencial de aprendizaje o de inteligencia libre de influencias culturales y educativas.

El concepto propuesto de salud mental como potencial de bienestar autogestionado es unidimensional. Pero aun así es compatible con la idea hoy prevaleciente de que son varios los criterios que disciernen la salud y el trastorno. Lo es porque sin duda, y de todos modos, la mayor o menor capacidad de autocuidado ha de ser evaluada y operacionalizada mediante diferentes indicadores: afecto positivo, ausencia de afecto negativo, adaptación social, buena comunicación con otras personas, y otros índices de ese orden. Lo único que se postula entonces en el orden de los indicadores es que el más fiable de ellos, aunque no único, será el bienestar duradero de la persona, al menos mientras se halla en condiciones que no sean de extrema adversidad.

Por lo demás, ni siquiera resulta esencial a esta propuesta el molde conceptual de una capacidad o disposición a la postre sólo observable de manera indirecta. Puede muy bien ser trasladada a otros moldes, en particular, a un lenguaje conductista de observables directos. En este lenguaje, salud / trastorno (comporta)mental valdrá como denominación abreviada de un conjunto de estilos interactivos predominantes, habituales: de aquel patrón más o menos estable de comportamiento que contribuya a procurarle al individuo una experiencia global satisfactoria de la vida o, por el contrario, insatisfactoria.

El concepto así acuñado es, en suma, de difícil mas no imposible operacionalización psicométrica; y, desde luego, es de posible (y fiable, no engañosa) comprobación en la práctica clínica. El tratamiento o la intervención psicológica a veces ha de ocuparse en eliminar, aliviar o reducir un sufrimiento psíquico en absoluto clasificable como trastorno psicopatológico o en ayudar al sujeto en un problema psicológico, en una situación de crisis o conflicto. Son situaciones, éstas, que pueden requerir ayuda del psicólogo, mas no por ello son pertinentes para la presente discusión, que se restringe a alteraciones, a trastornos en

sentido propio. Contemplados en rigor los trastornos -y no los meros conflictos, crisis o problemas-, el rasgo sobresaliente común a todos ellos es la incapacidad actual del sujeto de salir por sí mismo, por sus propios medios, de la indeseable situación en que se encuentra, incapacidad de gestionar no para otros sino para sí mismo una experiencia satisfactoria. El extremo de esa incapacidad es la imposibilidad personal de salir de un círculo vicioso de conducta. En ese extremo se generan y autoperpetúan secuencias cíclicas de conducta muy nocivas (Fierro, 1988), en las cuales, pese a la presencia de reforzadores inmediatos (de otro modo no persistiría esa conducta), la persona se está causando daño grave a sí misma de modo duradero y profundo.

5. Conclusión

La noción de salud (comporta)mental no es una impostura seudocientífica que se limite a consagrar valores y prejuicios sociales. Es, sin embargo, una noción no “libre de valores” y es además una “construcción”, si bien imprescindible en Psicología. Aquí se ha argumentado en favor de conceptualizarla como capacidad o potencial de cuidado de sí mismo en orden a una experiencia apetecible de la vida, términos todos ellos comportamentales y susceptibles por tanto de validación y puesta a prueba en una ciencia del comportamiento.

La propuesta de una noción así tiene valor pragmático. Contribuye a identificar la finalidad esencial de cualquier terapia psicológica: restaurar esa capacidad en el sujeto, o mejor, y en enfoque aún más positivo, incrementar el potencial de gestión en la autoprotección de vivencias satisfactorias en todas las personas. Pero ante todo es conceptualmente sólida, coherente, y por eso digna de consideración teórica. Recoge bien los elementos predominantes en conceptos clínicos tradicionales; y se ajusta asimismo a hallazgos empíricos sobre dimensiones o factores incluidos o connotados en el eje salud / trastorno mental.

El estatuto epistémico de la propuesta es el de un concepto descriptivo, una definición, y no de una hipótesis explicativa. Enuncia qué ha de entenderse por salud (comporta)mental y no cuáles son los determinantes de ella o, respectivamente, del trastorno o desorden psicopatológico. Es concepto, además, con valor heurístico. No sólo se hace cargo de análisis, evidencias y conocimientos ya adquiridos hasta el día de hoy en la investigación, clasificación y teorización psicopatológica. Al propio tiempo orienta para la prosecución de esas actividades científicas. En esa prosecución cabe mencionar tres líneas de tareas sucesivas.

La primera de ellas, la más simple, es de puesta a prueba. Consiste en someter a contraste conceptual, mediante ilustraciones y comprobaciones diagnósticas, de clasificación, si la hipótesis conceptual de referencia sobre salud / trastorno (comporta)mental encaja bien con todos y solos los hechos que se reputan psicopatológicos, cualquiera que sea el nombre con que se los presente: síndromes, cuadros clínicos, alteraciones, conducta desviada, inadaptada o problemática, etcétera. No han de incluirse ahí casos no ya sólo frecuentes, sino inherentes a la condición humana, de “psicopatología de la vida cotidiana” o de “problemas psicológicos” (¿quién no los tiene?). El concepto que se preconiza saldrá consolidado o, al contrario, debilitado según que en él puedan, o no, identificarse y reconocerse los patrones propiamente psicopatológicos de conducta y sólo ellos, mientras quedan fuera, claramente diferenciados, otros patrones comportamentales con los que pueden ir a veces mezclados o también confundidos, en particular, comportamientos antisociales o inmorales.

Un segundo quehacer, más complejo y largo, se refiere a la operacionalización del concepto. Es preciso plasmarlo en instrumentos de investigación y de medida que permitan generar hallazgos empíricos fiables y relacionables con otros conocimientos, integrables en el corpus creciente de evidencias no sólo psicopatológicas sino también de una psicología de la salud (comporta)mental.

Vendrá en fin una última tarea, no necesariamente más difícil o compleja que la anterior, pero sí coronación suya, como siempre lo es la teoría. Es la tarea de la construcción teórica completa de las

dimensiones o factores implicados -cada cual en su orden- en el constructo difuso bipolar cuyos antagonistas son el trastorno y la salud (comporta)mental. La construcción ha de ser empírica para dar lugar a una teoría en sentido riguroso y no a una mera fabulación o fantasía. Varias alternativas son imaginables en principio: a) un solo eje o factor básico; b) varios factores en pie de igualdad; c) una organización jerárquica donde a una dimensión singular supraordenada -la de (in)capacidad de autocuidado- se le subordinan otras dimensiones que la componen, tales como bienestar personal y adaptación social. Esta última alternativa es congruente con los datos empíricos -por otro lado bastante incompletos- y los análisis teóricos -tampoco muy desarrollados- actualmente a nuestra disposición; y previsiblemente aparecerá como la más coherente con las evidencias que se irán acumulando y que hoy por hoy aún se echan de menos. Entretanto tiene sin duda un valor heurístico: indica por dónde merece la pena investigar.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (1994). Introducción. DSM-IV: Diagnostic and statistical Manual of mental disorders. Washington, DC: APA.

Andrews, F. M. y Withey, S.R. (1976). Social indicators of well-being: american's perception of life quality. Nueva York: Plenum Press.

Argyle, M., Martin, M. y Crossland, J. (1989). Happiness as a function of personality and social encounters. En: J. Forgas y J.M. Innes (Eds.), Recent advances in social Psychology: an international perspective. North Holland: Elsevier.

Argyle, M. (1987). The Psychology of happiness. Londres: Methuen.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84; 191-215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37; 122-147.

Belloch, A., Santín, B. y Ramos, F. (1995). Conceptos y modelos en Psicopatología. En: A. Belloch, B. Santín y F. Ramos, (Eds.), Manual de Psicopatología, vol 1º. Madrid: McGraw-Hill.

Bradburn, N. M. (1969). The structure of psychological wellbeing. Chicago: Aldine.

Costa, P. T. y Widiger, T.A. (Eds.) (1993). Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington: American Psychological Association.

Devereux, G. (1970 / 1971). Essais d'ethnopsychiatrie générale/ Ensayos de Etnopsiquiatría general. Paris / Barcelona:

Gallimard / Barral.

Durkheim, E. (1895 / 1978). *Les règles de la méthode sociologique* / *Las reglas del método sociológico*. París / Madrid: P.U.F. / Morata.

Emmons, R. A. y Diener, E. (1985). Personality correlates of subjective wellbeing. *Personality and social Psychology Bulletin*, 11(1), 89-97.

Eysenck, H. J. (1967 / 1970). *The biological basis of personality* / *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Springfield, Illinois / Barcelona: Charles C. Thomas / Fontanella.

Fierro, A. (1981). *La personalidad del subnormal*. Salamanca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Salamanca.

Fierro, A. (1984). Dimensiones de la personalidad sana. *Revista de Psiquiatría y Psicología médica*, 6, 373-391.

Fierro, A. (1988). El modelo de ciclos de acción en psicopatología y en intervención terapéutica. En : A. Fierro (Ed.), *Psicología clínica. Cuestiones actuales*. Madrid: Pirámide.

Fierro, A. (1996). El ámbito de personalidad en psicología. En: A. Fierro (Ed.), *Manual de Psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. En: M.I. Hombrados (Comp.), *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro.

Fierro, A. y Cardenal, V. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de Psicología general y aplicada*, 49(1), 65-82.

Fierro, A. J., Jiménez, J.A. y Berrocal, C. (1998). Bienestar personal y adaptación social en la estructura de la personalidad. *Congreso de Evaluación Psicológica*, Benalmádena, 1-3 mayo.

Freud, S. (1968). *Técnica psicoanalítica* (artículos de 1904 a 1920). *Obras completas*, vol. II. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1968: original de 1936). *Análisis terminable e interminable*. En: *Obras completas*, vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva.

Fromm, E. (1947 / 1957). *Man for himself* / *Ética y psico-*

- análisis. Nueva York / Méjico: Rinehart / Fondo de Cultura Económica.
- Goldfried, M. R. y Merbaum, M. (Eds.) (1973). Behavior change through self-control. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Gradillas, V. (1998). Psicopatología descriptiva. Madrid: Pirámide.
- Jahoda, M. (1955). Toward a social psychology of mental health. En: A.M. Rose (Ed.), Mental health and mental disorder. Nueva York: Norton.
- Jourard, S. M. y Landsman, T. (1987). Healthy personality / La personalidad saludable. Méjico: MacMillan / Trillas.
- Kanfer, F.H. (1986 / 1993). Métodos de autogestión. En: Kanfer, F.H. y Goldstein, A.P. (Eds.) Helping people change / Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Nueva York / Bilbao: Pergamon / Desclée de Brouwer.
- Lacan, J. (1966 / 1972). Ecrits / Escritos. París / Buenos Aires: Seuil / Siglo XXI.
- Lazarus, R. S. (1991). Emotion and adaptation. Nueva York: Oxford University Press.
- Lu, L. y Shih, J.B. (1997). Personality and happiness: is mental health a mediator? Personality and individual differences, 22(2), 249-256.
- Maher, B. A. (1979). Principios de Psicopatología. Méjico: McGraw-Hill.
- Marshall, G. N., Wortman, C.B., Vickers, R.R. y Kusulas, J.W., Hervig, L.K. (1994). The five-factor model of personality as a framework for personality health research. Journal of Personality and social Psychology, 67(2), 278-286.
- Meichenbaum, P. H. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. Journal of abnormal Psychology, 77, 115-128.
- Moles, A. A. (1967 / 1978). Sociodynamique de la culture / Sociodinámica de la cultura. París / Buenos Aires: Mouton / Paidós.
- Murphy, J. M. (1976). Psychiatric labeling in cross-cultural perspective. Science, 191, 1019-1028,

- Page, J. D. (1971 / 1982). *Psychopathology / Manual de Psicopatología*. Chicago / Barcelona: Aldine / Paidós.
- Piaget, J. (1967 / 1969). *Biologie et connaissance / Biología y conocimiento*. París / Madrid: Gallimard / Siglo XXI.
- Popper, K. (1974). *Conocimiento objetivo*. Madrid: Tecnos.
- Rector, N. A. y Roger, D. (1996). Cognitive style and wellbeing: a prospective examination. *Personality and individual differences*, 21(5), 663-674.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Rivas, T. F., Fierro, A., Jiménez, J.A. y Berrocal, C. (1998). Estudio de la estructura unidimensional de las Escalas de Bienestar personal y adaptación social. Congreso de Evaluación Psicológica, Benalmádena, 1-3 mayo.
- Rosch, E. (1978). Natural categories. *Cognitive Psychology*, 4, 328-350.
- Scheff, T. (1966). *Being mentally ill: a sociological theory*. Chicago: Aldine.
- Scott, W. A. (1958). Research definitions of mental health and mental illness. *Psychological Bulletin*, 29-45.
- Shedler, J. M., Mayman, M. y Manis, M. (1993). The 'illusion' of mental health. *American Psychologist*, 48(11), 1117-1131.
- Skinner, B. F. (1953 / 1969). *Science and human behavior / Ciencia y conducta humana*. Nueva York / Barcelona: The MacMillan Company / Fontanella.
- Skinner, B. F. (1959 / 1975). *Cumulative record / Registro acumulativo*. Nueva York / Barcelona: Appleton-Century-Crofts / Fontanella.
- Stewart, A. J. (1982). The course of individual adaptation to life changes. *Journal of personality and social Psychology*, 42, 6, 1100-1113.
- Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness*. Nueva York: Hoeber.
- Ullmann, L.P. y Krasner, L. (1965). *Case studies in behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Vázquez, C. (1990). El concepto de conducta anormal. En: F.

Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: Interamericana.

Wakefield, J. C. (1992a). Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99, 232-247.

Wakefield, J. C. (1992b). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.