

Interacción entre el perfeccionismo y las condiciones de dolor crónico.

Barrios, Valentina y Miracco, Mariana.

Cita:

Barrios, Valentina y Miracco, Mariana (2025). *Interacción entre el perfeccionismo y las condiciones de dolor crónico. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/609>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/wyQ>

INTERACCIÓN ENTRE EL PERFECCIONISMO Y LAS CONDICIONES DE DOLOR CRÓNICO

Barrios, Valentina; Miracco, Mariana

Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El dolor se entiende como una experiencia subjetiva influida por factores biológicos, psicológicos y sociales (Raja et al., 2020). El perfeccionismo desadaptativo, por su parte, ha sido identificado como un factor de vulnerabilidad transdiagnóstico asociado al desarrollo y mantenimiento de diversos trastornos psicológicos (Egan et al., 2016; Luyten et al., 2013). En el contexto del dolor crónico, este tipo de perfeccionismo no solo puede funcionar como un factor predisponente (Hil, 2019), sino también influir en los procesos de afrontamiento y recuperación de quienes padecen estas condiciones (Molnar et al., 2016). El presente trabajo tiene como objetivo examinar la relación entre el perfeccionismo y el dolor crónico, considerando su papel como factor de vulnerabilidad y mantenimiento en dichas condiciones. Para ello, se realizó una revisión de literatura científica publicada en los últimos diez años, utilizando bases de datos especializadas. Los resultados sugieren que el perfeccionismo, en combinación con otras variables, puede contribuir significativamente a la cronificación del dolor, lo que lo convierte en un factor psicológico importante a considerar en la evaluación y tratamiento de estos pacientes.

Palabras clave

Dolor crónico - Perfeccionismo - Perfeccionismo clínico - Personalidad

ABSTRACT

INTERACTION BETWEEN PERFECTIONISM AND CHRONIC PAIN CONDITIONS

Pain is understood as a subjective experience influenced by biological, psychological, and social factors (Raja et al., 2020). Maladaptive perfectionism has been identified as a transdiagnostic vulnerability factor associated with the development and maintenance of various psychological disorders (Egan et al., 2016; Luyten et al., 2013). In the context of chronic pain, this form of perfectionism may not only act as a predisposing factor (Hil, 2019), but also affect coping and recovery processes in individuals experiencing these conditions (Molnar et al., 2016). This work aims to examine the relationship between perfectionism and chronic pain, focusing on its role as a vulnerability and maintenance factor in such conditions. A literature review was conducted using scientific articles published over the past ten years, sourced from specialized databases. Findings suggest that perfectionism, in interaction with other variables, may

significantly contribute to the persistence of chronic pain. Therefore, it should be considered a relevant psychological factor in the assessment and treatment of affected individuals.

Keywords

Chronic pain - Perfectionism - Clinical perfectionism - Personality

DIFERENCIA ENTRE DOLOR AGUDO Y DOLOR CRÓNICO (DC)

El dolor es una experiencia adaptativa que acompaña a una lesión o herida y que con descanso y cuidados apropiados, la herida sana, el dolor se va y el sujeto vuelve a su anterior nivel de funcionamiento. Sin embargo, en algunos casos, el dolor persiste por encima (o más allá) del punto en el cual es considerado una experiencia adaptativa. Si la experiencia del dolor persiste por más de 3 meses, es clasificado como DC.

La mayoría de las heridas se curan dentro de los 2 o 3 meses. Más allá de ese tiempo, es probable que ese dolor original se haya convertido en una respuesta aprendida del cerebro y del sistema nervioso. La parte del cerebro que activa esta respuesta de dolor aprendida está conectada con el miedo, la memoria y las emociones. Una vez aprendido, la señal dolorosa puede ser activada por gatillos:

- Basados en la actividad física (miedo a realizar determinado movimiento).
- O psicosociales: situación estresante o emoción desafiante.

Más allá de qué lo causa, el dolor impacta en cada aspecto de la vida de una persona y hay relaciones dinámicas y recíprocas entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan y contribuyen a la experiencia del dolor.

DEFINICIÓN DE LA IASP

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por su sigla en inglés) define al dolor como una experiencia sensorial o emocional asociada, o similar a la asociada, con un daño tisular real o potencial, o descripto en términos de ese daño (Raja et al., 2020). Se destaca en esta definición el hecho de que el dolor y la nocicepción -el proceso neuronal mediante el cual se codifican y procesan los estímulos potencialmente dañinos contra los tejidos- son fenómenos diferentes. Es decir, la experiencia del dolor no puede ser reducida a la actividad de las

vías sensoriales. En este sentido, el dolor es considerado una experiencia subjetiva en la cual inciden factores psicológicos, biológicos y sociales.

Durante siglos se consideró que el dolor era una respuesta directa a un daño tisular. Desde esa lógica, cuanto más severa fuese la herida, mayor dolor habría de causar. Pero el dolor y el daño tisular no siempre van de la mano.

EL DOLOR CRÓNICO ES HETEROGRÉNEO

Resulta importante destacar que los tratamientos psicológicos actuales raramente diferencian los tipos de dolor crónico (DC). Asumir que “el dolor es dolor” es una perspectiva común, lo cual lleva a los profesionales tratantes a usar el mismo abordaje con todos los pacientes con dolor (Lumley et al., 2019). Desde una perspectiva alternativa, el DC puede ser diferenciado por mecanismos etiológicos, los cuales varían en el grado de involucración del sistema nervioso central (SNC) y del sistema somatosensorial periférico (Clauw, 2015; Kosek et al., 2016):

- El **dolor nociceptivo**, en donde hay un daño real o potencial del tejido no neural y que se debe a la activación de nociceptores, entendiendo a estos últimos como los receptores que responden a los estímulos nocivos (“los receptores del dolor”). Puede estar causado por una herida, una inflamación, la privación de oxígeno u otra anomalía estructural. Ejemplos de condiciones con este tipo de dolor serían la artritis reumatoidea y la osteoartritis.
- El **dolor neuropático** es el resultado del daño o disfunción en el sistema somatosensorial. La neuropatía diabética y el dolor de ciática, que está claramente derivado de la compresión de un nervio, serían ejemplos de condiciones que forman parte de esta última clasificación.
- Por último, el **dolor por sensibilización central**, basado en el SNC, es predominante en la fibromialgia, el síndrome de intestino irritable, el dolor pélvico, el dolor temporomandibular, las migrañas, y muchos pacientes con distintas presentaciones de dolor musculoesquelético, particularmente el dolor lumbar y el dolor de cuello.

El «dolor nocoplástico» es aquel dolor que surge de la nocicepción alterada a pesar de que no hay evidencia clara de daño tisular real o potencial que cause la activación de nociceptores periféricos o evidencia de enfermedad o lesión del sistema somatosensorial que cause dolor. Este término está diseñado para contrastar con el dolor neuropático. Así, se usa para describir el dolor que ocurre en un sistema nervioso somatosensorial que funciona normal, para diferenciar el mal funcionamiento o anormal que se observa en el dolor neuropático.

Aunque los procesos psicológicos están indudablemente involucrados en todos los tipos de dolor, y algunos pacientes tienen tanto dolor por sensibilización central como nociceptivo,

es importante determinar el grado de dolor por sensibilización central que un paciente tiene, porque los factores psicológicos parecen tener un papel más importante en la etiología y en el mantenimiento del dolor por sensibilización central que en otros tipos de dolor (Clauw, 2015; Yunus, 2008).

EL PERFECCIONISMO COMO UN FACTOR DE VULNERABILIDAD Y DE MANTENIMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

Si bien el perfeccionismo no es el único factor que contribuye al dolor crónico, y tampoco está involucrado en todas las condiciones dolorosas, puede ser un factor psicológico relevante. En el contexto del dolor crónico, es importante considerar que el perfeccionismo no sólo podría ser un factor de vulnerabilidad o predisponente (Hil., 2019), sino que además es un factor que interfiere la adaptación a la enfermedad. Si bien el perfeccionismo puede estar involucrado en la etiología del dolor crónico, resulta central su papel en los procesos de recuperación y afrontamiento en sujetos que tienen DC.

La comprensión de los factores y procesos que impactan en cómo los sujetos con dolor crónico responden a los desafíos y a los estresores relacionados a su condición puede tener implicancias en la adaptación y manejo de su patología dolorosa. En este punto, las investigaciones han demostrado que las actitudes perfeccionistas están involucradas en el dolor crónico ya que la fatiga y la consecuente disminución del funcionamiento diario pueden afectar el logro de metas en las personas (v.gr., Hamilton et al., 2004), lo cual podría exacerbar los problemas de salud en pacientes con enfermedades crónicas, como los síntomas físicos y las conductas que ayudan a promover la salud.. En los pacientes con dolor crónico es frecuente encontrar una elevada autocritica reflejada en elevadas expectativas con respecto a sus habilidades de afrontamiento sobre el dolor. Esta elevada autocritica sobre su experiencia dolorosa, a su vez, puede aumentar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos (Lerman et al., 2012).

Asimismo, existe evidencia que apoya la relación entre el perfeccionismo y la catastrofización del dolor en los pacientes con cuadros dolorosos (Randall et al., 2018). Desde las teorías motivacionales del dolor, ciertas creencias como la catastrofización del dolor (sobrevaloración de las consecuencias o de los aspectos negativos de la experiencia dolorosa) son un componente cognitivo que entra en conflicto con metas valoradas por los pacientes (Van Damme et al., 2012).

A su vez, se sabe que existen factores cognitivos y conductuales que se asocian al comienzo del dolor crónico y a su curso, tales como la catastrofización, la kinesifobia (i.e., el miedo a realizar movimientos que puedan provocar dolor o que puedan empeorar una lesión previa) y las “tendencias a la acción” ligadas a la sobrevaloración de la productividad (v.gr., una tendencia cognitiva y conductual hacia la acción directa conduciendo a

períodos de hiperactividad) (Kori et al., 1990, como se citó en Luque-Suarez et al., 2018; Severeijns et al., 2011; Van Houdenhove et al., 2006).

El miedo y la ansiedad por el dolor así como una elevada activación de emociones de valencia negativa están asociados a mayor severidad de dolor y peor adaptación. A su vez, las investigaciones sugieren una relación bidireccional entre el dolor y los factores emocionales, ya que no sólo son una respuesta al dolor sino que también tambillan, mantienen y aumentan la percepción dolorosa (Linton & Shaw, 2011; Lumley et al., 2011). Se ha encontrado que la elevada autocritica en pacientes perfeccionistas es un factor que impide el progreso terapéutico y que interfiere con la calidad de la relación terapéutica en los comienzos del tratamiento (Egan et al., 2016). Por el contrario, la participación activa y constructiva del paciente en la alianza terapéutica reduce el perfeccionismo autocritico, lo cual conduce a una mejoría de los síntomas en pacientes con depresión (Blatt et al., 2010). Congruentemente con estos hallazgos, Kempke y cols. (2013) encontraron que los pacientes con dolor crónico que presentan perfeccionismo autocritico tienden a tener conductas que interfieren la respuesta al tratamiento, como los niveles desadaptativos de “persistencia” (v.gr., tendencia a perseverar excesivamente en actividades a pesar del dolor y la fatiga) y las “tendencias a la acción”. Este tipo de perfeccionismo predijo en este último estudio de forma negativa los resultados en el tratamiento en términos de severidad del dolor en los pacientes que realizaban un tratamiento cognitivo-conductual breve y psicoeducativo. Los investigadores sugieren que los pacientes perfeccionistas con dolor crónico necesitarían tratamientos más intensivos y adaptados a las características de su personalidad.

Evidencia en apoyo de la relación entre perfeccionismo y los síndromes de sensibilización central

En el dolor por sensibilización central, la activación del “sistema de peligro y alarma” del sistema nervioso puede cumplir un papel relevante. Aquél sería un sistema que genera dolor en respuesta a la presencia de una amenaza o daño tisular (Lumley, 2019; Butler & Moseley, 2010). Lo interesante es que las amenazas psicológicas que están vinculadas con los conflictos o experiencias adversas de la vida están estrechamente relacionados con este sistema, y tales amenazas pueden gatillar la señal de peligro del dolor en la ausencia de una lesión física real (Gracely & Schweinhardt, 2015; Tabor et al., 2017). Una vez que se genera la experiencia del dolor, éste puede ser fácilmente aprendido por condicionamiento y reforzado por respuestas motivadas por el miedo que, a su vez, activan aún más la señal de peligro, lo cual conduce al dolor por sensibilización central (Lumley et al., 2019).

Una característica frecuente en las pacientes con fibromialgia (FM) es que pueden ser muy exigentes respecto de lograr las metas que se proponen. Este síndrome es más prevalente en

mujeres que en hombres, por ende en algunos estudios se habla en femenino. Gutiérrez et al. (2022) realizaron un estudio con el objetivo de explorar cuál es el rol mediador de la catastrofización del dolor y la fusión cognitiva entre el perfeccionismo desadaptativo y la ansiedad en 230 mujeres con FM. Encontraron que los primeros dos procesos psicológicos mencionados contribuyen al perfeccionismo desadaptativo y a la ansiedad en esta población. Los autores interpretaron estos resultados desde las teorías motivacionales del dolor, considerando la catastrofización como una consecuencia del conflicto entre el dolor y metas personales relevantes. A su vez, encontraron que la fusión cognitiva, como factor de mantenimiento de las creencias catastróficas, contribuyó a mayores niveles de ansiedad causados por el conflicto con las metas valoradas. También se ha encontrado que las mujeres con fibromialgia tienden a describirse a sí mismas como personas activas que se fijan estándares elevados, viviendo una vida ocupada por las tareas domésticas, el trabajo y la familia (Grape et al., 2017). Las tareas que estas pacientes se proponen están vinculadas a sus valores y en general van acompañadas con la expectativa de que se tienen que cumplir, siendo centrales para su autoconcepto (Velasco-Furlong et al., 2020).

Avishai y Zerach (2021) realizaron un estudio transversal con el objetivo de explorar las asociaciones entre los síntomas somáticos relacionados a la FM y dos rasgos de la personalidad: el perfeccionismo socialmente prescrito (PSP) y la sensibilidad a la ansiedad (SA). El primero refiere a una necesidad percibida de lograr metas y expectativas que se presumen como impuestas por parte de los demás, caracterizado por la creencia de que los demás albergan estándares sumamente elevados, juzgándolos de forma estricta y esperando que sean perfectos. En tanto, el segundo rasgo refiere al miedo hacia las conductas, pensamientos y sentimientos asociados a los síntomas y sensaciones corporales debido a la creencia de que tendrán consecuencias dañinas. Lo que encontraron fue que estos dos rasgos eran predictores positivos significativos de la severidad de los síntomas somáticos en los sujetos con FM, con lo cual sugieren que ante niveles elevados de PSP se podría esperar una mayor severidad de los síntomas somáticos.

Por otra parte, se ha encontrado que los estudiantes con dolor crónico presentan un peor funcionamiento psicológico, social y académico, así como una peor calidad de vida en comparación con los estudiantes que no tienen dolor crónico (Serbic et al., 2021). Los dolores de cabeza son comunes en los estudiantes universitarios, y existe evidencia de que refieren niveles más significativos de estrés y mayores niveles de perfeccionismo. A su vez, la cantidad de problemas cotidianos percibidos informados han demostrado ser un predictor significativo de la intensidad, la duración y la frecuencia de este tipo de dolor, lo cual sugiere que la valoración que realizan sobre los inconvenientes cotidianos puede tener un impacto en la percepción del dolor (Bottos & Dewey, 2004). La terapia cognitiva basada en

mindfulness es eficaz para el tratamiento del perfeccionismo y la rumiación en pacientes con migrañas. Los cambios en las reacciones cognitivas al dolor, así como el cambio en las expectativas y creencias, es uno de los principales mecanismos de atenuación de los dolores de cabeza en esta terapia (Shabani & Saadati, 2019).

En pacientes con síndrome de fatiga crónica el perfeccionismo desadaptativo puede estar asociado de manera prospectiva a mayores niveles de fatiga y de dolor diario, lo cual conduce a ciclos de picos y valles de actividad y un aumento de la sintomatología depresiva, influyendo negativamente en la respuesta al tratamiento (Kempke et al., 2013). También puede estar vinculado a una menor aceptación del diagnóstico, lo cual conduce a un deterioro del estado físico y de la adaptación social y laboral. Por el contrario, una mayor aceptación del diagnóstico, una menor preocupación ante la posibilidad de cometer errores conduciría a una menor fatiga y una mejoría en el área laboral y social, así como en el estado físico (Brooks et al., 2011).

Las experiencias adversas de la vida y los conflictos psicológicos son importantes en los pacientes con DCP. Si bien el dolor crónico genera estrés, la evidencia ha demostrado que las experiencias estresantes de la vida, las experiencias infantiles adversas y el trauma a su vez predisponen a, precipitan, y/o perpetúan el dolor, especialmente cuando hablamos del dolor por sensibilización central (Generaal et al., 2015; Nicol et al., 2016; Varinen et al., 2017). A su vez, la influencia de los conflictos psicosociales como, por ejemplo, aquellos vinculados con el perfeccionismo, el temor a ser asertivo y el rechazo social, son conflictos que también contribuyen al dolor por sensibilización central (Kross et al., 2011; Luyten et al., 2013). Los procesos emocionales provenientes de las adversidades de la vida parecen sensibilizar las vías neuronales que transmiten el dolor (Lane et al., 2009; Yunus et al., 2007).

CONCLUSIONES

Diversos estudios han demostrado que el perfeccionismo puede tener un papel importante en la predisposición, el mantenimiento y la exacerbación del dolor crónico. También puede influir en la interpretación que los pacientes tienen sobre su dolor, así como en el afrontamiento de la condición dolorosa, impactando de este modo en la percepción de la misma.

En el contexto del dolor crónico primario, el término “crónico” sugiere que el dolor dura mucho tiempo y quizás para toda la vida. Esto puede predisponer a los pacientes a tener expectativas negativas con respecto a su recuperación, influyendo de forma negativa en la percepción del dolor (Blasini et al., 2017; Büchel et al., 2014; Pagnoni & Porro, 2014). Sin embargo, tal como plantea Lumley (2019), la posibilidad de revertir el dolor por medio del cambio psicológico aplica mayormente al dolor por sensibilización central o dolor crónico primario, porque –en ausencia de un daño tisular persistente– el aprendizaje

adaptativo permite desconectar el mecanismo de peligro y alarma, y reducir las emociones y las cogniciones generadas por la activación del dolor. Es así que el mencionado autor propone que se realicen tratamientos para dolor crónico primario que incluyan una psicoeducación con una perspectiva basada en las neurociencias y el procesamiento emocional como importantes procesos de cambio, así como la posibilidad de tratar –en lugar de decirle a los pacientes que vamos a “manejar” y “aceptar”– estas condiciones (Lumley, 2019).

En este sentido, resulta importante evaluar el perfeccionismo desadaptativo para favorecer al diseño de tratamientos acorde a cada paciente particular. Se enfatiza la importancia de abordar las creencias, conductas y actitudes perfeccionistas ya que pueden tener un efecto en la amplificación de la experiencia dolorosa. Tratar estos aspectos puede ayudar a que los pacientes interpreten las señales dolorosas que vienen del cuerpo de una forma apropiada. A su vez, aumentar las expectativas de autoeficacia para tratar su dolor puede ayudar a reducir los sentimientos de temor y desesperanza, y de este modo promover las conductas adaptativas de afrontamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., & Antony, M. M. (2016). *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*. Guilford Publications.
- Hill, P. (2019). Chronic pain: a consequence of dysregulated protective action. *British Journal of Pain*, 13(1). 13-21. 10.1177/2049463718799784
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3). 250. <https://doi.org/10.1037/a0032360>
- Molnar, D. S., Sirois, F. M., & Methot-Jones, T. (2016). Trying to be perfect in an imperfect world: Examining the role of perfectionism in the context of chronic illness. *Perfectionism, health, and well-being*, 69-99.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., & Gibson, S. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 23. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939