

PERFECCIONISMO Y ANANCASTICISMO: CONOCER PARA TRATAR

Perfeccionismo y Anancasticismo son términos semejantes utilizados en psicopatología, uno y otro, por sectores profesionales diferentes. Lo anancástico encaja mejor en el ámbito de la Psiquiatría mientras que el perfeccionismo resulta más familiar en el mundo de los psicólogos.

Es de reciente aparición en el mundo editorial un libro sobre el tema: “El síndrome del perfeccionista: El anancástico. Cómo superar un problema tan común y devastador”, de Manuel Álvarez Romero y Domingo García-Villamizar. Editorial Almuzara. 2007.

Se trata de un excelente libro de autoayuda, incluido en la “Biblioteca de desarrollo personal”, centrado en el conocimiento, la identificación y el tratamiento del síndrome perfeccionista, habitualmente asociado a una personalidad obsesiva o anancástica de base, desde la perspectiva cognitivo-conductual.

Los autores revisan los antecedentes bibliográficos actualmente existentes sobre el perfeccionismo, y lo describen en sus tres dimensiones básicas: el orientado hacia uno mismo, el orientado a los demás y el prescrito socialmente. Asimismo refieren las características diferenciales del perfeccionismo positivo, adaptativo o sano, y el negativo, patológico o desadaptativo, así como sus principales manifestaciones clínicas. De especial interés son los contenidos sobre la dinámica psicopatológica del perfeccionista que reproducimos por su interés, con permiso de los autores:

La dinámica psicopatológica del perfeccionista

En este apartado analizamos con cierto detalle el origen del perfeccionismo y la dinámica del mismo a lo largo del ciclo vital.

a) ¿Cómo se aprende a ser un perfeccionista?

Con independencia de los factores genéticos que puedan determinar el desarrollo del perfeccionismo, diversas líneas de investigación procuraron desvelar en los últimos años el camino del perfeccionismo desde una perspectiva psicológica.

Para ciertos autores, el perfeccionismo se aprende en la temprana infancia, mediante el reconocimiento y el elogio que reciben los niños por parte de sus allegados por hacer bien

las cosas. Es decir, en las familias perfeccionistas, los niños aprenden que el beneplácito de los padres sólo llega cuando el niño es perfecto, bien sea por sus cualidades, bien sea por lo que hace.

Otra vía de aprendizaje del perfeccionismo es a través de la imitación. Muchos perfeccionistas aprendieron a serlo ya desde niños al pretender ser tan perfectos como sus padres.

En otros casos el perfeccionismo surge como reacción a un ambiente familiar empobrecido y caótico, donde es muy probable que se hayan dado situaciones de pobreza, abuso físico y psicológico, desapego afectivo, etc. Algunos niños reaccionan a esta situación adoptando una forma de vida perfeccionista que le aleja de esa situación de adversidad.

Otra posible vía de aprendizaje del perfeccionismo es a través de la ansiedad condicionada. Algunos perfeccionistas refieren que sus padres eran muy ansiosos y centraban toda su atención educativa en los errores y en las consecuencias negativas que de los errores se pudieran derivar. Estos padres generalmente expresaban su preocupación en torno a la imperfección y sobreprotegían al niño de esos errores, recordándole lo vergonzoso que sería tener tropiezos en el futuro. Así estos niños paulatinamente sienten la necesidad de evitar las amenazas asociadas con los errores anticipados.

Pero también se puede llegar a ser un perfeccionista a través de la presión ambiental, la cultura, los compañeros, los profesores, el trabajo o la actividad que uno realiza. Pensemos, por ejemplo, en la influencia que ejercen los medios de comunicación en la necesidad de una imagen perfecta del cuerpo, a través de los anuncios, los modelos de publicidad, etc. A veces, la influencia de un profesor perfeccionista puede motivar un estilo de aprendizaje nocivo que induce a ciertos alumnos a un aprendizaje perfeccionista.

En última instancia, los factores inherentes a la persona también pueden motivar un comportamiento perfeccionista. En principio cabría suponer que el perfeccionismo puede ser una respuesta personal a un cierto sentimiento de inferioridad. Quien se siente inferior trata de compensar o enmascarar su complejo con un comportamiento extraordinario, proclive al perfeccionismo. A veces se observa esta actitud en personas que sufren alguna minusvalía física, por ejemplo, la personas con ceguera.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que en el aprendizaje del perfeccionismo influyen ciertas variables de personalidad. Así por ejemplo, los niños que muestran una actitud abierta a los demás es más probable que sientan con más fuerza la presión de los padres y de la propia sociedad para alcanzar altas cuotas de logro que aquellos otros niños que muestran una actitud más cerrada u opaca a esas exigencias. Es muy posible también que

el perfeccionismo arraigue con más facilidad en aquellos niños que estuvieron expuestos a unos modelos educativos que perseguían la excelencia académica.

En este breve repaso no podemos dejar fuera de foco la posible influencia del temperamento. Aunque esta variable ha sido muy poco estudiada, algunas investigaciones observaron como los adultos perfeccionistas muestran un perfil de temperamento caracterizado por la evitación del peligro y una baja tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas. En general, desde una perspectiva clínica, los perfeccionistas se caracterizan por sentimientos de temor y desasosiego por posibles amenazas futuras, miedo al fracaso, preocupación en torno a los posibles errores, intolerancia con las críticas, necesidad de reconocimiento social y tenacidad en la lucha por el éxito. Este perfil temperamental parece que determina la gran sensibilidad que muestran los perfeccionistas a los premios y a los castigos, tal como analizaremos más adelante.

b) El rechazo del perfeccionismo.

Tal como describimos en el párrafo anterior, muchas personas llegaron a ser unos perfeccionistas como una forma de escape a la presión social a la que estaban sometidos. Pero, paradójicamente, otros individuos, a pesar de sufrir una presión semejante, sin embargo, no cedieron al perfeccionismo. ¿Cuál es la explicación psicológica que se puede avanzar para dar cuenta de esta aparente paradoja?

Hace ya más de dos décadas que los psicólogos crearon el término reactancia para referirse a la resistencia que muestra los seres humanos hacia todo aquello que les hace perder su libertad. En otras palabras, cuando una persona se siente acorralada por un sistema, unas normas, unas costumbres, etc, que le asfixian y no le dejan vivir en libertad, reacciona contra las mismas adoptando un comportamiento contrario el determinado por el sistema o la norma. Por ello, es muy probable que haya niños que rechacen ser unos perfeccionistas como sus padres les exigen y adoptan un comportamiento antiperfeccionista. Otros niños no se hacen perfeccionistas porque creen que no pueden alcanzar los objetivos fijados por sus padres perfeccionistas y surge en ellos un gran deseo de ser distintos de sus progenitores, adoptando un comportamiento opuesto al exigido por los suyos, tal como se aprecia en muchos adolescentes.

Los psicólogos reconocen que hay dos períodos clave en el aprendizaje o en el rechazo del perfeccionismo. La primera etapa es la niñez, periodo durante el cual se formalizan los principales hábitos del comportamiento. La segunda etapa es la adolescencia, donde se experimenta una mayor madurez psicológica y el chico/chica es más consciente de si mismo

y del entorno. Esta fase de la adolescencia es particularmente fértil para el desarrollo del perfeccionismo socialmente prescrito.

Asimismo nos parece de notable importancia la presencia y relación del perfeccionismo en los trastornos psicósomáticos: fibromialgia, fatiga crónica y otras enfermedades que también deseamos trasladar a los lectores:

Trastornos psicósomáticos.

Constituyen los Trastornos Psicósomáticos uno de los campos más visitados por el Perfeccionista a la hora de enfermar. Y sucede cuando caen en la enfermedad psicósomática para sumergirse en ella, como en un océano, casi de por vida y con gravedad o simplemente cuando atraviesan arroyuelos o charcos morbosos que no alcanzan apenas a tener entidad digna de preocupación.

El paciente anancástico sufre, y mucho, sobre todo, a largo plazo. Es más, su sufrimiento tiene como base fundamental la conflictividad, el reto, la frustración, el enfado. Y bien es sabido que estos modelos de dolor generan un elevado nivel de ansiedad y angustia que acaban desgastando y rompiendo el equilibrio estable en el sistema emocional del sujeto.

La ansiedad puede generarse en razón de acontecimientos que se viven, bien de manera relacional, o bien íntima y personalmente. En ambos casos el sistema límbico o emocional se desborda en actividad, pierde el control funcional y da lugar a desbordamientos que afectarán:

- *A la corteza cerebral, originando síntomas cognitivos, o sea, relacionados con la inteligencia y el pensamiento. Son los casos de despersonalización, sentirse raro, fuera de sí o sin control. Y también los pequeños cuadros deliroides ocasionales.*
- *Al control de los impulsos, abocando en el ámbito de la obsesividad o las fobias con todo un cortejo de posibilidades. Es éste, el deficiente control de los impulsos -comida, bebida, moderación, robar, hablar, etc.- un espectro patológico al que se llega por diversos caminos. Uno de ellos –ciertamente, no el más frecuente- es éste que nos ocupa.*
- *Al cuerpo. Lo más frecuente es que sea el cuerpo el afectado, que sean las manifestaciones somáticas las más ostensibles. Es la hora del idioma del cuerpo porque los afectos y emociones no están adecuadamente desarrollados o si lo están se encuentran bloqueados y esa fuerza vital que necesita válvulas para descomprimir la presión*

generada en el vivir, salta por las grietas de la expresión somática que manifiesta así la “queja” de la persona que sufre. La cuestión es que, estas personas al “hablar” un idioma equivocado e inadecuado no resultan entendidas en su reclamación y por lo tanto no queda adecuadamente satisfecha su demanda. ¿Y qué ocurre? Pues que, de ordinario “grita más”, se acentúa el empeño sin que por eso mejoren las entendederas. Eso sí, las molestias corporales son cada vez mayores y el proceso se convierte -por persistente- en crónico. (2)

Fibromialgia

*Éste es el amplísimo campo de los llamados Trastornos Somatomorfos que tanto énfasis ha alcanzado hoy en día con la tan conocida **Fibromialgia**. Es este proceso la “vedette” de las enfermedades psicosomáticas actuales. Tanto centra el debate que en cada congreso que se precie - y quepa – aparece siendo negada en su existencia o por el contrario resultando frecuentísima y motivo de admiración y lástima por parte de pacientes, asociaciones de afectados, galenos y jueces en los tribunales de invalidez.*

*Pero ¿qué es la **Fibromialgia**? Una entidad clínica integrada por cansancio, bajo tono vital, dolores músculo-esqueléticos y rigidez muscular. ¿Es nueva? ¿Puede ser diagnosticada? ¿Tiene cura? Pues pensamos, junto con la mayoría de los entendidos, que pacientes así siempre han existido, siendo catalogados de reumatismos psicógenos, depresiones con dolores musculares, etc.*

Para la fibromialgia no cabe el diagnóstico objetivo, no existe ninguna prueba objetiva que la determine y reconozca, por lo que hay que basar dicho diagnóstico - incluso para la invalidez absoluta y permanente- en las quejas y síntomas subjetivos del paciente. Se han estudiado infinidad de sustancias biológicas sospechosas de estar alteradas en los pacientes fibromiálgicos, pero no se han logrado conclusiones claras tras publicarse miles de trabajos científicos.

En cuanto a su curación, pienso que muchos de mis pacientes fibromiálgicos me han llegado a decir: “Dr. Vd. no me ha curado la fibromialgia, como era mi pretensión, pero me ha enseñado a vivir con ella”. Es lo que sucede con la mayor parte de las enfermedades que no se curan, se compensa la situación, se aprenden pautas adaptativas y se trabaja eficazmente la prevención de la descompensación. Lo

comprenderemos mejor al pensar en la diabetes, el hipotiroidismo, la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia.

De todos es sabido el eficaz pero insuficiente efecto terapéutico, que en esta enfermedad tienen los analgésicos, los antirreumáticos, los antidepresivos, los relajantes musculares, los ansiolíticos, los antiobsesivos, la fisioterapia, la hidroterapia, la relajación, el ejercicio moderado y adecuado, la psicoterapia, etc. ¿Por qué?. Pues porque desde todos estos frentes o ámbitos se llega a alcanzar parte de la razón patológica del proceso. Volveremos sobre el tema unas páginas más adelante.

Síndrome de Fatiga Crónica

Otra enfermedad psicósomática del mismo corte que la Fibromialgia es el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) en el que se instaura un enorme cansancio, ansiedad, debilidad muscular, febrícula, cefaleas, etc. La incapacidad se acentúa en la medida en que no se realizan ejercicios y se atrofian aún más nuevas capacidades. (3)

Otras enfermedades

Igualmente son enfermedades psicósomáticas, incluibles en este apartado al que con tanta frecuencia llega el anancástico, el Colon Irritable, la Dispepsia gástrica, la Aerofagia, el Hipo, muchas Dermatitis, el Asma, la Tos compulsiva, las Contracturas musculares, las Jaquecas, las Cefaleas de tensión, etc.

Y para terminar este apartado hablaremos de la dificultad que para el reconocimiento y la expresión emocional tienen muchos pacientes psicósomáticos. Es lo que se vino a llamar, por la Escuela Psicósomática Francesa de Pierre Marty, Alexitimia y Pensamiento Operatorio. Hay buenos libros para ampliar estos campos.

Queda claro que en el abordaje terapéutico de estos procesos, es preciso enseñar a reconocer y descubrir los propios sentimientos y afectos. Y también a manejarlos, producirlos y expresarlos. Este aprendizaje en el desarrollo del sistema emocional dará lugar a una “gimnasia psicológica” que enriquece enormemente a quien la practica. Podríamos así afirmar que la ocupación en estos menesteres terapéuticos puede resultar un medio eficazmente gratificador para quien lo practica, bien sea aprendiendo o enseñando. Como dice el refrán también aquí, “no hay mal que por bien no venga”.

Igualmente es excelente el contenido del capítulo VIII sobre evaluación y tratamiento psicológico del perfeccionismo, en el que resalta el Cuestionario Sevilla para la autovaloración de la Personalidad Anancástica, que puede ser corregido por el propio interesado.

El Cuestionario Sevilla

Con el fin de mitigar en lo posible la ausencia de instrumentos adaptados al español, ofrecemos a continuación una versión del Cuestionario Sevilla, surgido en el ámbito de la clínica y cuyo autor es el Dr. Manuel Álvarez Romero. Costa de 25 ítems y se responde en unos minutos. Se aconseja a los perfeccionistas que no inviertan demasiado tiempo en la elaboración de las respuestas porque de acuerdo a nuestra experiencia la cumplimentación del cuestionario se podría prolongar varias horas matizando cada una de las afirmaciones. Este cuestionario está siendo objeto de validación psicométrica en el ámbito clínico.

CUESTIONARIO SEVILLA

Describe con pocas palabras como se dan estos aspectos en su conducta y cómo los vive habitualmente.

1.-	Perfeccionismo, detallismo, minuciosidad.	
2.-	Hiperresponsabilidad.	
3.-	Elevada valoración del orden, la limpieza, la puntualidad, etc. Estimación alta de la normativa (o sea, de los modos establecidos de hacer las cosas).	
4.-	Imaginación exagerada, muy suelta. Facilidad para la asociación de ideas de modo espontáneo.	
5.-	Tendencia a la rigidez. Dificultad para la flexibilidad ante los cambios que se producen respecto a lo previsto.	
6.-	Sentido de la justicia muy marcado. Le afectan mucho las injusticias propias o ajenas.	
7.-	Radicalidad al enjuiciar la propia tarea, como buena o mala, en razón de la calidad lograda o del tiempo empleado, tendiendo a excluir las calificaciones intermedias (regular, mediano, casi bien, etc.).	

8.-	Tendencia a prever y a “amarrar” los aspectos de un plan futuro. Dificultad para vivir la imprevisión o la indeterminación de los planes.	
9.-	Gran capacidad de análisis ante una situación concreta, considerando muchas posibles salidas o propuestas.	
10.-	Pluralidad de opciones ante una situación o problema sin saber cual dejar porque ninguna es óptima pero tampoco es desechable.	
11.-	Exigencia grande consigo mismo/a y con los demás.	
12.-	Dificultad para delegar por el convencimiento de que no harán las cosas con suficiente corrección.	
13.-	Sobrevaloración de la opinión que los demás puedan tener respecto a la propia conducta.	
14.-	Falta de espontaneidad y naturalidad en la propia actuación con tendencia a hacer lo que esperan de uno/a.	
15.-	Teniendo seguridad intelectual (es decir, sabiendo que lo que se hace está bien o mal) hay falta de seguridad afectiva (o sea, necesidad de que los demás comprendan y aprueben la propia actuación, por eso se tiende a dar explicaciones de la propia conducta).	
16.-	Autorreproche frecuente: “Debo dar más”. En fase depresiva se suele decir: “soy una inutilidad”, “no valgo para nada”.	
17.-	Escasa expresión de los propios sentimientos. Tendencia a ser serio y formal.	
18.-	Exagerada valoración de la eficacia y del trabajo con detrimento del disfrute por lo que se hace y por lo que se ha hecho.	
19.-	Descuido de las relaciones interpersonales y las amistades en razón de que siempre hay algo más importante que hacer.	
20.-	Con frecuencia, un estímulo concreto (teléfono, timbre, llamada, ...), suele provocar en mi mente una respuesta concreta y segura, pero después compruebo que se trataba de otra cosa o que venía a indicar un significado diferente, (no era para mí, no era lo que esperaba, ...). Es decir, tiendo a anticipar las respuestas interiores. ¿Me ocurre?	

21.-	Tengo ideas fijas y reiterativas de difícil dominio o control.	
22.-	Subjetivismo marcado. Tendencia a la adhesión al propio punto de vista (que percibo como claro e indiscutible) de tal manera que tiendo a pensar que si los demás discrepan es porque les faltan datos, experiencia, entendimiento del problema, etc. si no, opinarían como yo.	
23.-	Tendencia a resaltar más lo negativo y por hacer que lo positivo y ya hecho, tanto en mis tareas como en las ajenas.	
24.-	Tendencia a conservar cosas por si resultan útiles alguna vez. Cuesta desechar papeles, objetos, etc.	

Total puntos:

Una vez cumplimentado relea las respuestas y valore la intensidad de la respuesta de 0 a 3 puntos en el recuadro de la derecha.

0=Nada

2=Bastante

1=Un poco

3=Mucho

Si responde afirmativamente a la mayoría de estas preguntas, es muy posible que Ud. Se encuentre en riesgo de sufrir un trastorno perfeccionista, de lo que le convendría consultar lo antes posible.

En conclusión, a lo aquí expresado, la evaluación clínica del perfeccionismo está dando sus primeros pasos. Por lo que se refiere al ámbito hispánico todavía no disponemos de ningún instrumento debidamente validado que pueda ser aplicado en la práctica clínica o en la investigación. No obstante, hemos propuesto tres instrumentos de diagnóstico que gozan de gran aceptación internacional, distribuidos en función de los dos ámbitos conceptuales del perfeccionismo: su “naturaleza unidimensional vs. multidimensional”. No obstante, son necesarias nuevas investigaciones para adaptar estos instrumentos a la idiosincrasia de la cultura española y adaptar estos recursos a las necesidades propias de nuestro ámbito.

En el último capítulo los autores hacen un Elogio de la Perfección, distinta del perfeccionismo, como búsqueda del aprendizaje y de la excelencia personal, orientada a

“una vida buena”, a través del desarrollo de la responsabilidad y de la búsqueda de un sentido positivo a la propia vida.

Finalmente deseamos felicitar a nuestros compañeros Manuel Álvarez Romero y Domingo García-Villamizar por el logro de un trabajo editorial que auna asequibilidad, profundidad y novedad.

Enrique Berrocal Valencia (*)
José Carlos Mingote Adán (**)

(*) Médico Internista. Hospital de la Cruz Roja. Madrid

(**) Psiquiatra. Programa integral de atención al Médico enfermo. Madrid