



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Programa de Maestría en Psicología

**EVALUACIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA
REDUCIR EL PERFECCIONISMO DESADAPTATIVO EN ESTUDIANTES DE
MÚSICA**

PRESENTA

Lic. Andrea Michelle Aceves Hernández

*Para obtener el título de
Maestra en Psicología*

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Roberto Oropeza Tena

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTORIAL

Dra. Sarahí Alanís Navarro

Dr. Erwin Rogelio Villuendas González

Mtra. Angélica Aragón Rodríguez

Mtra. Olga López Pérez

Morelia, Michoacán, enero de 2024.

Dedicatorias

A mi madre, quien me ha apoyado en mis decisiones en la travesía de la vida, cultivando en mí la aspiración del aprendizaje continuo. Sin su dedicación a mi formación y educación, no estaría en el lugar en el que me encuentro en este momento. Este proyecto no fue fácil, pero al ver a mi madre a mi lado, las dificultades se hacen pequeñas, y siento que puedo enfrentarlas.

A mi padre, presente cada día en mi profesión y en mi misión de contribuir al bienestar mental de los demás. Gracias por ser mi ejemplo de exigencia y responsabilidad en cada cosa que hago.

A mi pareja, Ervey, por creer en mí y motivarme a perseguir mis aspiraciones. Tu apoyo incondicional en los días cansados y tu abrazo de paciencia, ha hecho que este camino se sienta más ligero. Agradezco tu amor y guía; contigo he aprendido que los errores son oportunidades para crecer.

A mi hermano, mi compañero de vida durante muchos años. Gracias por compartir tus gustos, ahora mis pasatiempos favoritos que me permiten descansar antes de seguir adelante. Te aprecio profundamente.

A los músicos que participaron en este proyecto, gracias por permitirme acompañarlos en el proceso y explorar sus miedos e ideas de fracaso. Sin ustedes este proyecto final no sería posible. Juntos descubrimos que los límites, a menudo, son autoimpuestos. Superamos obstáculos y adaptamos nuestras metas a lo que resultaba más funcional, aprendiendo que el proceso es tan valioso como el resultado.

Agradecimientos

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que han sido fundamentales en el desarrollo de mi investigación y la culminación de mi maestría.

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnología (Conahcyt) por el sustento económico otorgado durante el periodo de la realización de maestría.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por brindarme la oportunidad de ingresar al posgrado y darme las herramientas para formarme como investigadora.

Al Dr. Roberto Oropeza Tena, mi director de tesis, por su paciencia y sus valiosos aprendizajes. Me siento afortunada de haber caminado a su lado, y gracias a su presencia empática y humana, he crecido como psicóloga, investigadora y estudiante.

A mis compañeros de seminario, quienes semana a semana me brindaron su escucha, atención, comentarios y conocimientos. Cada uno de ustedes ha dejado su huella en este trabajo y ha contribuido significativamente a su desarrollo.

A mis revisores, Dra. Sarahí Alanís. Dr. Erwin Villuendas, Mtra, Angélica Aragón y Mtra. Olga Pérez, por brindarme su tiempo, sus comentarios y cuestionamientos me ayudaron a mejorar mi tesis. Su amigable personalidad me ayudo a creer que esto podía ser posible. La Mtra. Angélica me brindó cada mensaje y llamada que fuera posible, sus conocimientos sobre el tema fueron indispensables para la elaboración de mi proyecto. Gracias por ser una luz cuando había oscuridad.

A todos los mencionados y a aquellos que, de alguna manera, contribuyeron a este logro:
¡Gracias!

Tabla de Contenido

[Tabla de Siglas](#).....6

[Tablas y figuras](#).....7

[Resumen](#).....8

[Abstract](#).....9

[Introducción](#).....10

[Capítulo 1: Perfeccionismo](#).....12

 1.1 [Aproximación conceptual](#)

 1.2 [Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo](#)

 1.3 [Ciclo y mantenimiento del PD.](#)

 1.4 [Aspectos negativos asociados al PD.](#)

 1.5 [Trastornos asociados](#)

 1.6 [Perfeccionismo en músicos](#)

 1.6.1 [Ansiedad escénica en músicos](#)

 1.6.2 [Perfeccionismo en la educación musical](#)

 1.7 [Intervenciones de perfeccionismo](#)

[Capítulo 2: Terapia de Aceptación y Compromiso, un recurso para disminuir el perfeccionismo desadaptativo](#).....24

 2.1 [ACT: sus bases](#)

 2.1.1 [Teoría del marco relacional](#)

 2.1.2 [Enfoque contextualista funcional](#)

 2.2 [Fases de la terapia de Aceptación y Compromiso](#)

 2.3 [Flexibilidad psicológica y autocompasión, su importancia en el trabajo de perfeccionismo](#)

 2.4 [Actitud terapéutica y herramientas fundamentales de la ACT en el trabajo del PD](#)

[Planteamiento del problema](#).....31

[Justificación](#)

[Preguntas de Investigación \(general y específicas\)](#)

[Objetivo](#)

[Objetivo general](#)

[Objetivos específicos](#)

[Hipótesis de investigación](#)

[Descripción de variables](#)

[Método](#).....35

[Diseño](#)

[Participantes](#)

[Instrumentos](#)

[Procedimiento](#)

[1er Fase. Diseño de la intervención](#)

[Pilotaje](#)

[Cambios realizados a la intervención](#)

[Estructura de las sesiones](#)

[Características del tratamiento](#)

[2da Fase. Aplicación y evaluación de la intervención](#)

[Análisis de Datos](#)

[Cuestiones éticas](#)

[Resultados](#).....44

[Grupo experimental](#)

[Participante 1](#)

[Participante 2](#)

[Participante 3](#)

[Participante 4](#)

[Puntuaciones generales del grupo experimental](#)

[Grupo control](#)

[Comparación de grupo, control y experimental](#)

[Discusión](#).....63

[Limitaciones y sugerencias](#)

[Conclusión](#)

[Referencias](#).....67

[Apéndices](#).....73

Tabla de Siglas

Siglas	Significado
AAC	Cuestionario de Aceptación y Acción
ACT	Terapia de Aceptación y Compromiso
APS-R	Almost Perfect Scale
APS-R-MX	Escala Casi Perfecta
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
BDI II	Inventario de Depresión de Beck
CCC	Cambio Clínico Objetivo
GC	Grupo Control
GE	Grupo Experimental
MPA	Ansiedad de Ejecución Musical
MPS-F	Escala Multidimensional del Perfeccionismo
P1	Participante 1
P2	Participante 2
P3	Participante 3
P4	Participante 4
PE	Perfeccionismo Desadaptativo
PFAI	Escala de Evaluación del Error en el Rendimiento
SCF	Perfeccionismo Autocrítico
TCC	Terapia Cognitivo Conductual

Tablas y Figuras

Tablas	
Tabla 1	Modelos de relación de estímulos.....25
Tabla 2	Fases del proceso terapéutico en ACT.....29
Tabla 3	Diseño experimental del Estudio.....34
Tabla 4	Características sociodemográficas de los participantes.....35
Tabla 5	Puntuaciones de PD de los participantes del pilotaje por fases y CCO.....37
Tabla 6	Puntuaciones generales de las variables negativas del pilotaje.....38
Tabla 7	Cambios realizados a la intervención a partir del pilotaje.....39
Tabla 8	Valores personales de la P1 del GE.....45
Tabla 9	Puntuación de valores personales de la P1 del GE.....46
Tabla 10	Valores personales del P2 del GE.....49
Tabla 11	Puntuación de valores personales del P2 del GE.....49
Tabla 12	Valores personales del P3 del GE.....53
Tabla 13	Puntuación de valores personales del P3 del GE.....53
Tabla 14	Valores personales del P4 del GE.....56
Tabla 15	Puntuación de valores personales del P4 del GE.....56
Tabla 16	Puntuaciones de PD y CCO del GE59
Tabla 17	Puntajes generales de las variables negativas de los participantes del GE.....60
Tabla 18	Puntuaciones de PD y CCO del GC.....61
Tabla 19	Puntajes generales de las variables negativas de los participantes del GC.....61
Figuras	
Figura 1	Modelo Cognitivo Conductual del Perfeccionismo Clínico.....15
Figura 2	CCO por fases de las variables negativas del pilotaje.....38
Figura 3	Procedimiento de la intervención.....42
Figura 4	Puntuaciones por fases de las escalas aplicadas a la P1 del GE.....45
Figura 5	Tiro al blanco de la P1 del GE.....46
Figura 6	Pensamientos y sentimientos perfeccionistas en la P1del GE.....47
Figura 7	Puntuaciones por fases de las escalas aplicadas al P2 del GE.....49
Figura 8	Tiro al blanco del P2 del GE.....50
Figura 9	Pensamientos y sentimientos perfeccionistas en el P2.....51
Figura 10	Puntuaciones por fases de las escalas aplicadas al P3 del GE.....52
Figura 11	Tiro al blanco del P3 del GE.....53
Figura 12	Pensamientos y sentimientos perfeccionistas en el P3 del GE.....55
Figura 13	Puntuaciones por fases de las escalas aplicadas al P4 del GE.....56
Figura 14	Tiro al blanco del P4 del GE.....57
Figura 15	Pensamientos y sentimientos perfeccionistas en el P4 del GE.....58
Figura 16	Representación de puntuaciones de PD por fases del GE.....59
Figura 17	CCO por fases de las variables negativas del GE.....60
Figura 18	Representación de puntuaciones de PD por fases del GC.....,61
Figura 19	CCO por fases de las variables negativas del GC.....62
Figura 20	Promedio de CCO del GE y GC.....62

Resumen

La intensa evaluación del público y la autoevaluación constante durante las horas de práctica en solitario exponen a los estudiantes de música al perfeccionismo desadaptativo, un constructo compartido que intensifica el estrés al experimentar fallas mínimas como fracasos. Este constructo se asocia con altas metas y autoexigencia, contribuyendo a elevadas tasas de deserción en la carrera de música. Este estudio abordó la efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para reducir el perfeccionismo desadaptativo en estudiantes de música, dividido en dos fases. La Fase 1 se dedicó al diseño de la intervención, sometiéndola a evaluación y pilotaje antes de finalizar con un tratamiento ACT de 8 sesiones individuales semanales de aproximadamente 70 minutos de duración. La Fase 2 se enfocó en la aplicación y evaluación de la intervención, utilizando un diseño AB con seguimiento a un mes. Se analizó el cambio clínico de Cardiel, evaluando perfeccionismo desadaptativo, depresión, ansiedad, miedo al fracaso y evitación experiencial. Los resultados de la Fase 2 fueron significativos al comparar el cambio clínico objetivo entre el grupo control y experimental en todas las variables. La reducción del perfeccionismo desadaptativo fue del 20%, ansiedad (83%), evitación experiencial (8%), depresión (33%) y miedo al fracaso (19%). Estos resultados se mantuvieron significativos en el seguimiento del grupo experimental. Estos hallazgos representan un paso inicial hacia el desarrollo de herramientas efectivas para mejorar la salud mental de los estudiantes de música, destacando la relevancia de la ACT en la reducción del perfeccionismo desadaptativo y sus efectos asociados.

Palabras clave: Perfeccionismo, Terapia de Aceptación y Compromiso, estudiantes de música, flexibilidad psicológica, evitación experiencial.

Abstract

Music students are exposed to constant evaluation by the public and self-assessment during solitary practice hours, leading to a shared construct among many: maladaptive perfectionism. In this type of perfectionism, minimal failures are experienced as major setbacks, causing high levels of stress. Additionally, the goals set are lofty, and self-demand is exceedingly high. The dropout rates in music education are elevated, as maladaptive perfectionism is linked to experiential avoidance, a strategy involving the avoidance of thoughts or symptoms causing distress, often resulting in the abandonment of significant pursuits. This study aimed to assess the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in reducing maladaptive perfectionism in music students and was divided into two phases. Phase 1 was dedicated to intervention design, undergoing peer review and pilot testing before concluding with an ACT-based treatment consisting of 8 individual sessions lasting approximately 70 minutes each per week. Phase 2 focused on intervention application and evaluation, utilizing an AB design with a one-month follow-up, analyzing Cardiel's clinical change. Evaluated variables included maladaptive perfectionism, depression, anxiety, fear of failure, and experiential avoidance. Phase 2 results were significant when comparing objective clinical change between the control and experimental groups across all variables. The reduction in maladaptive perfectionism was 20%, anxiety (83%), experiential avoidance (8%), depression (33%), and fear of failure (19%). These significant results were maintained in the follow-up for the experimental group. As an initial exploration, these findings offer a tool to enhance mental health in music students.

Key words: Perfectionism, Acceptance and Commitment Therapy, music students, psychological flexibility, experiential avoidance.

Introducción

“Me percibo como un músico con mucho potencial, pero con miedo a hacer cosas en general, considero que el simple hecho de ponerme en escena es abrumador. Al mismo tiempo siento enojo al ver cómo otros músicos lo hacen mal, pero tienen la energía de hacerlo, sé que yo podría hacerlo mejor”- Estudiante de música

La música desempeña un papel fundamental en la cultura y en la vida cotidiana de las personas. Desde la composición hasta la interpretación, los músicos son los artífices de esta experiencia sonora. Sin embargo, detrás de la ejecución de la melodía y la armonía, los músicos a menudo enfrentan desafíos internos.

En este contexto, surge un constructo que comparten muchos músicos: el perfeccionismo. De hecho, a medida que los músicos mejoran sus habilidades y se esfuerzan por alcanzar niveles altos, algunos pueden verse inmersos en el perfeccionismo desadaptativo (PD), el cual genera una severa autoevaluación constante y autoexigencia elevada. Una de las circunstancias que explica el PD en músicos es la gran cantidad de horas que le dedican a la práctica, la interpretación y la composición, así como la constante evaluación por parte del público. Aunado a esto, se ha evidenciado que la presencia del PD conlleva también altos niveles de ansiedad y depresión.

Existe una estrategia de afrontamiento utilizada por los individuos con PD, conocida como evitación experiencial. Esta estrategia implica evitar los sentimientos y pensamientos negativos, tales como “no es suficientemente bueno lo que hago” o “soy un fracaso”. Esto provoca que el individuo se aleje de sus metas y valores valiosos, no sólo esto refuerza la autocrítica, sino que también refuerza la posibilidad de desarrollar trastornos mentales, ya que, el individuo se considera insuficiente (Piemontesi et al., 2012).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), la cual ha destacado en estudios enfocados en disminuir el PD (Aragón, 2022; Ong et al., 2019). Esto debido a su enfoque centrado en fomentar la aceptación psicológica, una estrategia opuesta a la evitación experiencial y su trabajo dirigido a aumentar la autocompasión. Así se ha evidenciado que, a través de la ACT, los individuos perfeccionistas pueden aprender a armarse de valor y experimentar los eventos privados incómodos, como el miedo y la tristeza,

sin valorarlos negativamente, lo que les brinda libertad de comprometerse con sus objetivos de forma significativa.

Es entonces que, este trabajo de investigación tuvo como objetivo evaluar, en cuatro estudiantes universitarios de música, la eficacia de la ACT para reducir el PD, y sus aspectos negativos asociados (ansiedad, depresión, miedo al fracaso y evitación experiencial). Esto se realizó a través de una serie de medidas pre y post intervención, así como de seguimiento a un mes. Se realizaron en un grupo experimental conformado por cuatro estudiantes de música con PD y en tres estudiantes de música que se encontraban en espera del tratamiento.

En los capítulos teóricos, se aborda brevemente el concepto de perfeccionismo y sus dos vertientes (adaptativa y desadaptativa). También se identifican estudios que corroboran la presencia del PD en músicos, así como sus consecuencias adversas. Por último, se identifican las fases y herramientas de la ACT.

Este estudio representa una búsqueda de soluciones para los músicos que enfrentan los desafíos del PD, con la esperanza de que los resultados de esta investigación favorezcan el inicio de una nueva perspectiva hacia la salud mental en el ámbito musical.

Capítulo 1. Perfeccionismo

Para comprender la presencia del PD en un individuo es necesario conocer la definición de perfeccionismo. Este capítulo se presenta información sobre las diversas teorías y perspectivas del perfeccionismo, las características de sus dos vertientes, los factores que contribuyen al mantenimiento del PD, así como algunos trastornos relacionados y sus aspectos negativos asociados. Esto permitirá una comprensión más profunda de cómo se manifiesta el PD y además, conocer cuáles son las consecuencias adversas.

Aproximación Conceptual

Hollender (1965) se considera el primer referente en evidenciar el perfeccionismo en un cuadro clínico. Lo definió como la exigencia que el individuo se impone a sí mismo, con respecto a una situación que él considera que requiere un mayor esfuerzo. Durante esa época el perfeccionismo solía ser una variable vinculada, por sus características, al trastorno obsesivo-compulsivo y a los trastornos alimentarios, por lo que sus estudios tuvieron un seguimiento pausado y algo disperso.

En 1970 nació una teoría que observaba al perfeccionismo como un constructo de dos vertientes, perfeccionismo normal y perfeccionismo patológico. Los primeros desarrollos sobre esta teoría fueron aportados por Hamachek (1978), quien diferenciaba el perfeccionismo normal del patológico por la búsqueda sana de logros y el esfuerzo para alcanzarlos, además de la satisfacción personal. En cambio, el perfeccionismo patológico se relacionaba con metas y objetivos extremadamente elevados y un temor excesivo al fracaso, teniendo como característica disfuncional la dificultad para sentir placer y satisfacción de los logros obtenidos (Slade & Owens, 1998).

Otros autores de la época como Frost et al. (1990) definieron el perfeccionismo como la presencia de estándares altos de desempeño, evaluaciones críticas y preocupación por cometer errores. A lo largo de los años, se han postulado diversas perspectivas del perfeccionismo como un constructo multidimensional. Una de estas teorías considera factores centrados en lo interpersonal, es decir, en las creencias de otros sobre el desempeño del individuo perfeccionista. También existe un factor intrapersonal que incluye elementos como la preocupación y la fijación de altos estándares por parte del individuo (Frost et al., 1990).

Otra teoría que aborda este enfoque multidimensional fue propuesta por Hewitt et al. (1990). En esta teoría se detallan tres tipos de perfeccionismo: el orientado hacia uno mismo, que se refiere a lo que el individuo se autoimpone; el orientado hacia los demás, que se relaciona con los estándares y exigencias dirigidos hacia otras personas; y el prescrito socialmente que implica creencias y metas impuestas por el entorno, en busca de aceptación y aprobación (Malpesa et al., 2013).

Por otra parte, Stoeber & Janssen (2011) definen el perfeccionismo como una disposición de la personalidad, caracterizada por la imposición de estándares extremadamente altos para el rendimiento y tendencias de autoevaluación excesivamente críticas con relación al comportamiento.

En estudios más recientes, el perfeccionismo se ha categorizado en perfeccionismo adaptativo y desadaptativo (Egan et al., 2016). De tal manera, la diferencia fundamental entre el perfeccionismo adaptativo y desadaptativo radica en los estándares establecidos por el individuo y su flexibilidad al evaluar su propio desempeño. Esta distinción retoma la teoría de Hamachek, quien hace referencia a estándares alcanzables, en su forma adaptativa, donde el individuo es capaz de reconocer sus logros; y a estándares excesivamente altos, en su forma desadaptativa, donde prevalece una autoevaluación crítica.

Como es evidente, el perfeccionismo no ha sido evaluado desde una única perspectiva. Es así que, puede desempeñar un papel fundamental en el crecimiento personal, fomentando la imposición de metas y la búsqueda constante de mejora. Sin embargo, también puede convertirse en una limitante, si el individuo es incapaz de reconocer sus propios logros; y si su entorno promueve la idea de que nunca es suficiente para sentirse satisfecho con uno mismo. De hecho, los perfeccionistas desadaptativos experimentan angustia con cada acción realizada y también con las que dejan de hacer.

Perfeccionismo Adaptativo y Desadaptativo

Como se mencionó previamente, la principal distinción entre el perfeccionismo normal o adaptativo y neurótico o desadaptativo se basa en la teoría Hamachek. La diferencia fundamental entre ambos radica en la capacidad del perfeccionista normal o adaptativo para aceptar pequeños fallos en su desempeño. En cambio, los perfeccionistas desadaptativos están constantemente preocupados por los errores, incluso los que podrían considerarse

insignificantes. Como resultado, tienden a esforzarse más por evitar el fracaso que por lograr el éxito en sí mismo (Frost et al., 1990).

El perfeccionismo adaptativo tiene estándares elevados que, a pesar de ser desafiantes, son considerados alcanzables. Además, el reconocimiento de los logros permite que las personas con este tipo de perfeccionismo encuentren satisfacción en lo que hacen y estén dispuestas a aceptar los fracasos como oportunidades de aprendizaje (Lo y Abbott, 2013).

Por su parte, el PD se caracteriza por una autoevaluación excesiva que depende exclusivamente del cumplimiento de estándares extremadamente elevados, lo que conlleva a una discrepancia negativa entre los estándares impuestos y la capacidad de alcanzarlos (Bagnoli et al., 2017). Además, este tipo de perfeccionismo, está fuertemente asociado con la psicopatología y es comúnmente observado en el ámbito clínico (Egan et al., 2011).

Ciclo y mantenimiento del perfeccionismo desadaptativo

El modelo cognitivo-conductual del perfeccionismo, propuesto por Shafran (2002), nos orienta a comprender lo que mantiene el PD. Este modelo coloca el foco del problema en la autoevaluación excesivamente centrada en el esfuerzo y los logros. Shafran señala que las personas perfeccionistas se esfuerzan constantemente por alcanzar estándares autoimpuestos, incluso a pesar de los efectos negativos que esto pueda tener. Además, su autoestima se basa en la medida en que creen que están alcanzando sus estándares, lo que a su vez impulsa todos los demás factores que mantienen el PD (Egan et al., 2011).

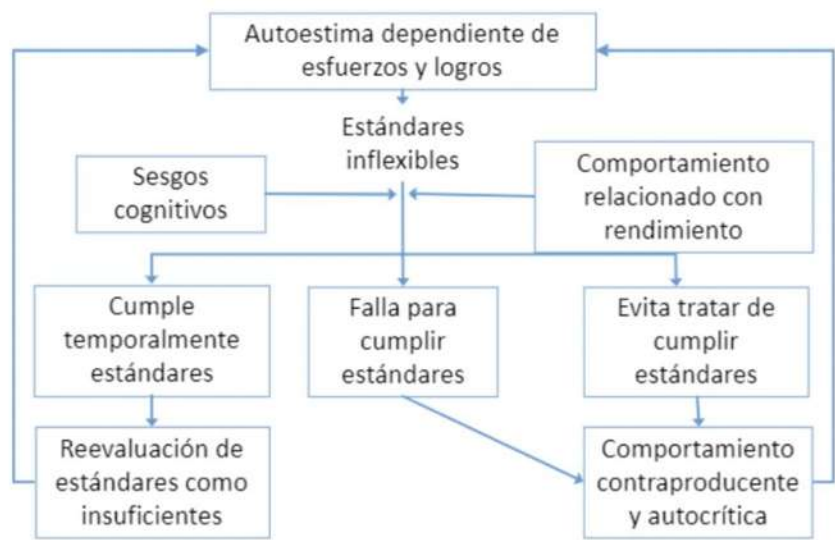
Uno de los factores involucrados son los sesgos cognitivos. Esto significa que la persona tiende a evaluar constantemente el grado del cumplimiento de sus estándares de manera rígida, pensando en términos de todo o nada, bueno o malo. Esto lleva al perfeccionista a tres posibles acciones:

1. Cumplir temporalmente con los estándares, y posteriormente a ello reevaluarlos y percibir que no son suficientes.
2. No cumplir con los estándares desde el principio.
3. Evitar cumplir con los estándares por completo.

Estas acciones generan una autocrítica elevada y afectan la autoestima y la percepción de uno mismo. Este ciclo puede repetirse una y otra vez, lo que resulta en una autoestima que depende en gran medida de los esfuerzos y los logros (Figura 1).

Figura 1

Modelo Cognitivo Conductual del Perfeccionismo Clínico



Nota. Tomada de la traducción de Aragón, 2022 del Modelo Cognitivo Conductual del Perfeccionismo Clínico de Shafran, 2002.

Aspectos negativos y trastornos asociados al perfeccionismo desadaptativo

Los problemas psicológicos que se han relacionado con el perfeccionismo, tales como la depresión, la ansiedad y ciertos trastornos alimenticios, parecen estar más vinculados con la evaluación crítica y al establecimiento de estándares significativamente elevados. Ahora bien esto último, no es necesariamente patológico en sí mismo. Numerosos estudios se han dedicado a analizar los aspectos negativos relacionados con el perfeccionismo. Entre los resultados se han observado correlaciones positivas con variables como el miedo al fracaso, la ansiedad y la depresión.

Hernández (2017) llevó a cabo un estudio con el propósito de investigar la relación entre el perfeccionismo, el miedo al fracaso y la sintomatología depresiva en un grupo de 246 participantes, compuesto por 105 hombres y 141 mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 8 y 81 años. En el estudio se emplearon tres instrumentos de medición: la Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS-F), la Escala de Evaluación del Error en el Rendimiento (PFAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Los resultados del estudio revelaron una correlación estadísticamente significativa y positiva entre las tres variables analizadas.

Por su parte, Álvarez et al. (2021) llevaron a cabo un estudio para explorar la relación entre la ansiedad escolar y el perfeccionismo en estudiantes ecuatorianos. En este estudio, se utilizaron pruebas como el Inventario de Ansiedad Escolar y la Escala para el Trastorno de

Estrés Postraumático. Los resultados del análisis de datos revelaron que los estudiantes con niveles altos de ansiedad mostraron significativamente niveles más altos de perfeccionismo.

Pitoni y Rovella (2013) realizaron una investigación que examinó la correlación entre la ansiedad y el perfeccionismo con relación a la evaluación académica universitaria. Este estudio se llevó a cabo con una muestra de 65 estudiantes de psicología a quienes se les aplicaron las escalas MPS – F y la Escala de Ansiedad ante Exámenes. Los resultados revelaron una fuerte correlación entre la ansiedad y el perfeccionismo en el contexto académico.

A partir de estos hallazgos, se plantea la posibilidad de que, al llevar a cabo una intervención para reducir el perfeccionismo desadaptativo, también se logró una disminución en sus efectos negativos asociados, lo que a su vez contribuiría a mejorar la calidad de vida de las personas que experimentan perfeccionismo desadaptativo.

Trastornos asociados.

El perfeccionismo no solo se ha correlacionado con algunos aspectos negativos, también se ha considerado tanto como un factor de mantenimiento como una posible causa de algunos trastornos psicológicos. Por esta razón, se le considera un proceso transdiagnóstico, lo que significa que está presente en varios trastornos (Egan et al., 2012)

El perfeccionismo se ha relacionado con trastornos de ansiedad y trastornos obsesivo-compulsivos. La ansiedad, en particular, muestra una estrecha asociación con el perfeccionismo, lo que se ha observado en varios trastornos de ansiedad, como el de ansiedad social, el trastorno de pánico, las fobias específicas, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno dismórfico corporal y la fatiga crónica (Shafran et al., 2014).

De manera similar, varios estudios que investigan los trastornos alimenticios han sugerido una relación entre niveles elevados de perfeccionismo y la preocupación por el peso (Bardone et al., 2006). Es así que, el perfeccionismo clínico se identifica como un factor central relacionado a la patología de estos trastornos alimenticios (Fairburn et al., 2003).

Por otro lado, los clínicos han destacado la importancia del perfeccionismo en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, especialmente en el trastorno depresivo mayor. Además, se ha demostrado que también desempeña un papel relevante en el trastorno bipolar (Shafran et al., 2014).

Perfeccionismo en Músicos

Es relevante observar cómo a lo largo de la historia de la música, numerosos músicos de renombre han experimentado los aspectos perjudiciales del perfeccionismo en su vida profesional y personal. Uno de los ejemplos notables es Franz Liszt, un virtuoso pianista y destacado compositor del siglo XIX. Liszt sufrió repetidos episodios de estrés, particularmente durante sus actuaciones en público, lo que en ocasiones lo llevaba a interrumpir sus presentaciones en vivo debido a la presión autoimpuesta para alcanzar niveles excepcionales de ejecución musical.

Otro ilustre músico afectado por el perfeccionismo fue Robert Schumann, un influyente compositor y pianista de la misma época. Schumann luchó contra la depresión y experimentó una autoevaluación extremadamente crítica con respecto a su destreza pianística. Esta autocrítica implacable contribuyó a una lesión tendinosa persistente que finalmente lo forzó a retirarse de su carrera como pianista, dejando una huella perdurable en su bienestar emocional y físico. Así mismo, Serguéi Rajmáninov, director de orquesta, pianista y compositor de renombre internacional, también experimentó episodios de depresión significativa a lo largo de su vida. Uno de los momentos más difíciles de su carrera se produjo después de que su primera sinfonía fue recibida con abucheos por parte del público y la crítica. Este revés en su carrera musical tuvo un profundo impacto en su confianza y salud emocional.

Estos ejemplos históricos subrayan cómo el perfeccionismo puede influir de manera sustancial en la salud mental y el desempeño de músicos, incluso en individuos ampliamente reconocidos como maestros en su campo (García, 2020). Esta interacción entre el perfeccionismo y la salud mental en músicos ilustra la importancia de abordar y comprender este fenómeno en el contexto de la música y las artes en general.

La literatura existente, aunque limitada con relación al perfeccionismo en el contexto musical, proporciona una evidencia significativa de su vínculo con la práctica musical. Este vínculo se fundamenta en el reconocimiento de que el dominio de las habilidades requeridas para tocar un instrumento musical implica años de dedicación y esfuerzo continuo. Este proceso de desarrollo musical puede dar lugar a niveles elevados de perfeccionismo y ansiedad escénica (Patson y Osborne, 2015).

Ansiedad Escénica en Músicos

La ansiedad ante la interpretación musical puede conceptualizarse como “la aprensión ante la posibilidad de cometer un error y no rendir a la altura de lo esperado” (Zarza, 2016). Esta ansiedad puede manifestarse de manera fisiológica, psicológica o conductual, impactando en la experiencia y disfrute del músico al ejecutar la música (Patson & Osborne, 2015). Al respecto, el estudio de Taborsky (2007) reveló que los músicos universitarios enfrentaban niveles más elevados de ansiedad escénica cuando se encontraban frente a un jurado, es decir, cuando estaban siendo evaluados. En este contexto, las expectativas eran más elevadas y la presión experimentada por los músicos se intensificaba.

La ansiedad escénica puede manifestarse en distintos niveles, desde una leve sensación de nerviosismo hasta grados más intensos. Para algunos músicos, esta ansiedad puede ser manejable y simplemente representar un leve malestar antes de una presentación. Sin embargo, para otros, la ansiedad escénica puede llegar a paralizarlos en el escenario o incluso llevarlos a evitar situaciones de exposición pública. Es importante destacar que compartir la música con el público es parte fundamental y gratificante del trabajo de un músico que ha practicado arduamente en sus ensayos individuales.

Kenny et al. (2004) señalaron que el 25% de los músicos de orquesta experimentaban ansiedad escénica, un 13% sufría de ansiedad aguda y un 17% presentaba síntomas de depresión. Aunque la ansiedad escénica no se considera un factor de riesgo en sí mismo, puede contribuir a la vulnerabilidad del músico, especialmente en entornos altamente competitivos dentro del ámbito musical, lo que aumenta la probabilidad de experimentar depresión u otros problemas de salud mental.

Patson & Osborne (2016) encontraron una correlación positiva entre la ansiedad escénica y el perfeccionismo, también esta relación era positiva con la preocupación de cometer errores y la ansiedad escénica. Lo anterior destaca la importancia de abordar estas dimensiones y la intervención en la salud mental de los músicos.

Perfeccionismo en la Educación Musical

Los estudiantes de música a menudo experimentan factores estresantes adicionales que pueden intensificar su perfeccionismo. Estos factores incluyen la autocrítica excesiva, la sensación de responsabilidad personal abrumadora y el aislamiento social, todo ello como resultado de las extensas horas de estudio y práctica requeridas para alcanzar la excelencia en su disciplina. Además, los estudiantes de música se enfrentan a un desafío emocional

adicional debido a la exposición constante a evaluaciones y críticas por parte de sus profesores y compañeros durante las clases y los ensayos (Sternbach, 2008).

En el ámbito académico, los músicos que experimentan problemas de perfeccionismo tienden a mostrar una preocupación excesiva por alcanzar niveles extremadamente altos de rendimiento y por evitar el fracaso en sus carreras artísticas. Además, suelen posponer situaciones que involucran evaluaciones o actuaciones, lo que puede dificultar su progreso y desarrollo (Zarza et al., 2016).

La investigación de Grey (2017) sobre perfeccionismo en estudiantes de música involucró a 31 estudiantes universitarios de música, nueve estudiantes de posgrado y un estudiante de doctorado. Se recopilaron algunas variables, como estrés, perfeccionismo y ansiedad escénica. Además de preguntas cerradas, se incluyeron preguntas abiertas sobre experiencias personales con el estrés musical y estrategias de afrontamiento. Los resultados revelaron que los estudiantes enfrentan presiones significativas de sus compañeros y profesores en su desarrollo musical. A pesar de dedicar un promedio de ocho horas semanales a la práctica de sus instrumentos, los estudiantes expresaron discrepancias entre las horas deseadas y las reales. Las puntuaciones promedio fueron 33.7 para el estrés, 159.15 para la ansiedad escénica y 144.08 para el perfeccionismo. Los participantes describieron la necesidad de perfección constante y sus efectos negativos, evidenciando la alta presión y preocupación por el rendimiento durante las actuaciones.

Los estudiantes de música consideran que esforzarse por la perfección es una característica positiva que les puede ayudar a alcanzar sus logros. Para ellos el perfeccionismo desempeña un papel importante en la motivación, los estudiantes de música experimentan niveles más elevados de perfeccionismo, sobre todo en un entorno competitivo (Grey, 2017). Esto inicialmente genera frustración y finalmente ansiedad, al no alcanzar sus estándares excesivamente altos autoimpuestos (Patson, 2013). Una de las circunstancias que identifica el perfeccionismo en músicos son los exigentes horarios académicos y de práctica en solitario, las altas presiones asociadas con el ambiente musical competitivo y la exposición constante ante un jurado.

En conclusión, el perfeccionismo en la educación musical emerge como una faceta compleja y multifacética que afecta profundamente a los estudiantes de música. Este constructo, dividido en su forma adaptativa y desadaptativa, se manifiesta de manera

prominente debido a las intensas demandas académicas y artísticas del ámbito musical. Los estudiantes, motivados por la búsqueda de la excelencia, a menudo enfrentan niveles elevados de autoexigencia y autocrítica, alimentando la ansiedad y la preocupación por el rendimiento.

Aunque la investigación específica sobre el perfeccionismo en músicos aún es limitada, la relación entre el perfeccionismo y la música se fundamenta en las demandas únicas y los estresores asociados con la formación y el desempeño musical. Estos factores pueden contribuir a niveles más altos de perfeccionismo y ansiedad escénica en los músicos, destacando la importancia de comprender y abordar esta dinámica en el ámbito musical.

La escasa evidencia científica sobre intervenciones específicas para reducir el perfeccionismo desadaptativo en músicos podría deberse a la limitada investigación en esta área; esto se observó al revisar la literatura sobre el tema en buscadores como B.A.S.E., World Wide Science, INDIEXE, REMERI, EBSCO host y Google Académico, utilizando palabras como “intervención”, “perfeccionismo” y “músicos”, en inglés y español.

Dado el impacto del perfeccionismo en la salud mental de los músicos, es esencial desarrollar más investigación en el área e intervenciones dirigidas a esta intersección entre perfeccionismo y música. Estos estudios pueden contribuir a la creación de entornos más saludables y equilibrados para los artistas musicales, permitiéndoles, no solo perseguir la excelencia artística, sino también disfrutar plenamente de su expresión musical.

Intervenciones de perfeccionismo

Entre los estudios sobre perfeccionismo, se han llevado a cabo intervenciones que incorporan psicoeducación. Por ejemplo, en la investigación de Aranna et al. (2017), se realizó una intervención psicoeducativa con el objetivo de reducir el perfeccionismo en estudiantes universitarios de Buenos Aires. La intervención consistió en cinco sesiones grupales semanales con la participación de 17 estudiantes. Se realizaron mediciones del perfeccionismo desadaptativo y del malestar psicológico (ansiedad y depresión) antes y después de la intervención. Se observó un efecto significativo y sustancial en todas las variables al comparar las mediciones previas y posteriores a la intervención, lo que indicó una reducción significativa en el perfeccionismo desadaptativo.

El mindfulness es otra herramienta que se ha utilizado para abordar el perfeccionismo. Wimberley et al. (2016) examinaron la eficacia de una intervención de biblioterapia basada

en mindfulness para reducir el perfeccionismo y la angustia. El estudio involucró a 63 participantes, quienes fueron asignados aleatoriamente a la intervención o al grupo control. Se realizaron mediciones de perfeccionismo, estrés percibido, afecto negativo y atención plena antes y después de la intervención. Se observaron resultados positivos en la reducción del afecto negativo y el aumento de la atención plena a lo largo del tiempo

Además, se ha explorado el tratamiento del perfeccionismo a través de intervenciones psicodinámicas. Hewitt et al. (2015) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de obtener resultados clínicamente significativos en la reducción del perfeccionismo mediante un tratamiento psicodinámico/interpersonal. El estudio incluyó una muestra de 71 individuos con rasgos de perfeccionismo, quienes fueron evaluados utilizando medidas de rasgos de perfeccionismo, como la MPS-F. También se evaluaron la auto-presentación perfeccionista y los pensamientos perfeccionistas automáticos utilizando la Escala de Autopresentación Perfeccionista (PSPS) y el Inventario de Cogniciones del Perfeccionismo (PCI). Se recopilaron medidas de angustia, incluyendo la depresión, la ansiedad y los problemas interpersonales, mediante los inventarios de Beck (BDI y BAI) y el Inventario de Problemas Interpersonales (IIP), tanto antes del tratamiento, después del tratamiento y en un seguimiento de cuatro meses. Se incluyó un grupo control compuesto por 18 individuos, y la terapia consistió en 11 sesiones a lo largo de 11 semanas, con una sesión semanal. En sus resultados se encontraron disminuciones clínicamente significativas en todos los componentes del perfeccionismo y las puntuaciones posteriores al tratamiento. La mayoría de las variables mostraron diferencias significativas entre la condición de tratamiento y la condición de control (grupo en lista de espera).

Lowyck et al. (2017) también realizó un estudio desde el enfoque psicodinámico con 111 pacientes con trastorno de la personalidad, donde se midió el perfeccionismo autocrítico (SCP) como una variable alta en este tipo de trastornos. El tratamiento consistió en 24 semanas. En los resultados se encontró una disminución significativa en el SCP a las 12 y 24 semanas.

Hay diversas intervenciones basadas en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) que han mostrado ser efectivas en el tratamiento del perfeccionismo. Estas intervenciones incluyen la terapia individual (Kawamura et al., 2001; Egan & Hine, 2008; Ferguson & Rodway, 1994; Hirsch & Hayward; Glover et al., 2007), terapia grupal (Arana et al., 2017;

Handley et al., 2015; Steele et al., 2013; Tchanturia et al., 2016) y terapias en línea (Hewitt et al., 2015; Radhu et al., 2012). Estas intervenciones han abordado no solo el perfeccionismo en sí mismo, sino también los aspectos negativos asociados, como la depresión, la ansiedad y el estrés. En muchos casos, se han logrado cambios estadísticamente y clínicamente significativos, lo que resalta la eficacia de las terapias cognitivo conductuales en el tratamiento del perfeccionismo y sus efectos adversos.

El metaanálisis realizado por Samantha et al. (2015) destacó que la TCC puede reducir significativamente aspectos del perfeccionismo, pero enfatizó la necesidad de investigaciones más efectivas en este campo. Por otro lado, Suh et al. (2019) ampliaron la investigación y encontraron que las intervenciones destinadas a reducir el perfeccionismo y sus síntomas asociados, como la depresión y la ansiedad, resultaron efectivas en general. Sin embargo, no se observó una distinción clara en la promoción del perfeccionismo adaptativo y la reducción del desadaptativo. Estos hallazgos subrayan la importancia de continuar investigando en busca de enfoques terapéuticos más precisos para abordar el perfeccionismo en sus diversas manifestaciones.

Otro enfoque utilizado es la ACT, la cual ha demostrado ser efectiva en el tratamiento del perfeccionismo, al trabajar en la identificación y alineación de los valores personales, así como en el fomento de la flexibilidad psicológica (Flaxman & Bond, 2010). Por ejemplo, Ong et al. (2019) llevaron a cabo un estudio con 53 estudiantes universitarios divididos en dos grupos: uno que recibió intervención en ACT y otro en lista de espera. Se evaluaron aspectos como el perfeccionismo, los síntomas de distrés, los valores personales, la evitación experiencial y la autocompasión. La intervención consistió en 10 sesiones con evaluaciones previas, posteriores y de seguimiento a un mes. Los resultados revelaron una disminución significativa en el perfeccionismo clínico en comparación con el grupo en lista de espera, además de mejoras en el bienestar, el funcionamiento, la angustia y los procesos de cambio. Es importante señalar que el estudio presentó limitaciones, como un tamaño de muestra reducido y una tasa de abandono del 35.7%. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos respaldan la efectividad de ACT en el abordaje del perfeccionismo.

Asimismo, Juncos et al. (2018) también llevaron a cabo un estudio piloto desde el enfoque de la ACT en estudiantes de canto. El objetivo principal de esta investigación fue tratar de reducir la ansiedad de ejecución musical (MPA), esta variable está positivamente

relacionada con el PD. En el estudio participaron 7 estudiantes, quienes recibieron un total de 12 sesiones. Para evaluar los efectos de la terapia, se utilizaron diversas medidas, incluyendo la Philadelphia Mindfulness Scale para medir la capacidad de atención, el Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) para evaluar la evitación experiencial, el Believability and Anxious feelings and Thoughts para medir la fusión cognitiva, el Valued Living Questionnaire para evaluar la consistencia de los valores personales y el Anxiety Control Questionnaire para medir la ansiedad. Las evaluaciones se realizaron antes, después y en seguimientos a uno y tres meses. Los resultados del estudio mostraron una disminución significativa en el pensamiento y el comportamiento evitativo, un aumento en la flexibilidad psicológica y una mayor orientación hacia los valores personales. Además, se observaron mejoras en los logros académicos de los participantes.

Aragón (2022) llevó a cabo una investigación que constó de dos fases. En la segunda fase, se desarrolló una intervención basada en la ACT dirigida a estudiantes con PD. La intervención se llevó a cabo en un total de 10 sesiones y se utilizó un diseño de estudio AB con seguimientos realizados al primer y sexto mes posterior a la intervención. Durante el estudio, se evaluaron diversas variables, que incluyeron el PD mediante la escala APS-R-MX diseñada por la autora, la Evitación Experiencial a través de la escala AAQ-II, la Ansiedad medida con la escala BAI, la Depresión evaluada mediante la escala BDI, la ideación suicida utilizando el Inventario Mexicano de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida (IMADIS), los Valores Personales registrados mediante el autorregistro de Tiro al Blanco y la Autoestima evaluada con la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados del estudio mostraron cambios significativos en estas variables, y los cambios se mantuvieron en el seguimiento.

La evidencia empírica respalda el uso de la ACT como una herramienta efectiva para reducir el PD en estudiantes universitarios y abordar la ansiedad escénica en músicos. Dado que el PD está vinculado con niveles elevados de autocrítica e inflexibilidad psicológica, la ACT proporciona herramientas que trabajan para contrarrestar estos factores y estrategias de afrontamiento, al tiempo que disminuyen la evitación experiencial y fomentan la autocompasión en el individuo.

Capítulo 2. Terapia de Aceptación y Compromiso, un recurso para disminuir el perfeccionismo desadaptativo.

La ACT forma parte de la tercera generación de la TCC. Las terapias de tercera generación se caracterizan por su sólida base en resultados, procesos y principios. Están orientadas hacia el cambio contextual y experiencial, enfocándose en la función más que en la forma de los comportamientos. Buscan construir repertorios flexibles y efectivos, en lugar de eliminar o modificar conductas y tienen apertura a otras tradiciones terapéuticas.

La ACT tiene como base los marcos relacionales y el enfoque contextual-funcional, el cual hace alusión al lenguaje fusionado con el pensamiento y la capacidad de aprender por medio de las referencias que obtenemos del contexto. En este capítulo, se presentan las bases teóricas de la ACT y se justifica su elección como el enfoque terapéutico para abordar y reducir el PD en el contexto de esta investigación.

La ACT: sus bases.

A pesar de ser una terapia de conducta, la ACT contiene características no convencionales de la TCC, ya que postula la necesidad de abandonar los esfuerzos por alejarse de las sensaciones, pensamientos o sentimientos aversivos, a diferencia de el enfoque de la TCC en la eliminación de conductas (Barraca, 2007).

El acrónimo ACT resume los objetivos de la terapia, que se describen en inglés, cómo: A de Accept (Aceptar), C de Choose (Elegir) y T de Take Action (Actuar), por lo que la terapia se orienta a promover la flexibilidad psicológica del cliente para aceptar los eventos privados incómodos, elegir una dirección valorada y tomar medidas a pesar de las dudas o dificultades (Mairal, 2007).

Para comprender la ACT resulta fundamental comprender la Teoría del Marco Relacional y el Enfoque Contextualista-Funcional, ya que ambos conforman la estructura de esta terapia (Barraca, 2007).

Teoría del Marco Relacional

De manera concisa, esta teoría sostiene que el núcleo del lenguaje y la cognición humana reside en la capacidad de aprender a relacionar eventos bajo un control contextual arbitrario ("arbitrarias" en este contexto significa "por capricho o convención social"). Es decir, si un objeto se parece a otro, o es más grande que otro, el individuo es capaz de aprender esa

relación y luego mostrarla con nuevos objetos que están formalmente relacionados de la misma manera (Hayes, 1999).

Los seres humanos son capaces de abstraer las características de una relación y utilizarlas en diferentes contextos. De este modo, el aprendizaje relacional se transferirá a eventos que no están necesariamente relacionados formalmente, sino que se relacionan sobre la base de esas claves arbitrarias.

Los marcos de relación, como se mencionó anteriormente, pueden establecerse de diferentes maneras. Una de ellas es a través de un vínculo mutuo o bidireccional, lo que significa que si A está relacionado con B, entonces B también está relacionado con A. Otra forma es mediante un vínculo combinatorio, donde si A está relacionado con B y B está relacionado con C, entonces A y C también están relacionados. También se puede lograr a través de la transferencia o transformación de funciones, lo que significa que si A es más difícil que B y B es más difícil que C, entonces se entiende que A es más difícil que C, incluso si A y C no están directamente relacionados. Estos conceptos son fundamentales para comprender la teoría del marco relacional en la ACT.

A esta forma de relacionar eventos y cosas se le denomina, enmarque relacional o marco relacional, en la Tabla 1 podemos observar modos de relacionar estímulos.

Tabla 1
Modos de relacionar estímulos

Marco Relacional	Ejemplo de claves relacionales
Coordinación	Lo mismo que
Oposición	Lo opuesto de
Distinción	Diferente a
Comparación	Mejor/peor, largo/corto
Espacial	Arriba/abajo
Jerarquía	X es parte de Y
Temporal	Antes/después
Causal	Si-entonces
Deíctico	Yo/aquí/ahora vs. tú/allí/entonces

Nota: esta figura hace referencia al lenguaje que está detrás de la creación de un enmarque relacional. Representación tomada del “Curso Online en ACT” (Paez et al., 2021).

Enfoque Contextualista-Funcional

En el contexto clínico de la ACT, se enfatiza la importancia de considerar el contexto y la historia de un evento para comprenderlo adecuadamente. Esto significa que, al evaluar el comportamiento humano, es esencial mirar el evento en su totalidad y ser consciente de cómo el contexto influye en la naturaleza y función de dicho evento. En la ACT, se adopta una

postura pragmática y se busca una explicación precisa de las metas y objetivos del individuo (Hayes et al., 1999).

Flexibilidad psicológica y autocompasión, su importancia en el trabajo del perfeccionismo

En la ACT se utilizan diversas herramientas que son especialmente relevantes para abordar el perfeccionismo. Es esencial destacar que esta terapia aborda diversas patologías a través de un concepto clave llamado "evitación experiencial".

La evitación experiencial se refiere a una forma de regulación emocional en la que las personas evitan entrar en contacto con eventos privados que les causan malestar, como pensamientos, sensaciones, emociones y recuerdos. En lugar de enfrentarlos, intentan alterar la forma o la frecuencia de estos eventos y las condiciones que los generan. A corto plazo, esto puede parecer efectivo al reducir o eliminar temporalmente el malestar. Sin embargo, si se convierte en un patrón crónico, puede llevar a limitaciones en la vida personal y prolongar el malestar en el tiempo (Paez et al., 2021).

Con relación al perfeccionismo, es importante señalar que algunos de los comportamientos característicos de esta tendencia incluyen la procrastinación, la finalización prematura de tareas y el aislamiento social. Estos comportamientos suelen estar impulsados por el miedo al fracaso y la preocupación constante de decepcionarse a sí mismo y a los demás (Flett & Hewitt, 2002; Shafran & Mansel, 2001). Para abordar estos patrones, se recurre a una herramienta llamada flexibilidad psicológica, que ayuda a las personas a responder de manera más efectiva a sus eventos privados, permitiéndoles participar en actividades significativas y reducir la evitación experiencial (Ong et al., 2019).

La flexibilidad psicológica es especialmente relevante en el contexto del perfeccionismo, que tiende a caracterizarse por la rigidez, especialmente en relación con estándares extremadamente altos. Al trabajar en mejorar la flexibilidad psicológica, las personas pueden aprender a aceptar sus sentimientos de preocupación de una manera más saludable, lo que les permite enfrentar sus tareas y desafíos con una perspectiva más equilibrada y constructiva (Ong et al., 2019). La evidencia empírica apoya esto también en condiciones relacionadas con el perfeccionismo clínico, como la ansiedad y la depresión (Twohig et al., 2015).

La autocompasión es otro concepto fundamental en la ACT, y la evidencia sugiere que puede utilizarse para aumentar la flexibilidad psicológica (Ong et al., 2019; Yadavaia et al., 2014). Se ha demostrado que la autocompasión está negativamente relacionada con patrones de autoevaluación poco útiles y estrategias de afrontamiento evasivas (Neff, 2003). Este enfoque en la autocompasión es crucial para abordar el perfeccionismo desadaptativo, ya que se ha descubierto que la autocrítica, su opuesto, es un factor que contribuye a mantener el perfeccionismo desadaptativo (De Rosa et al., 2012). Esto sugiere que la autocrítica perpetúa los resultados negativos del perfeccionismo.

Un estudio llevado a cabo por Ong et al. (2019) se concluyó que cuanto mayor es la autocompasión, menor es la preocupación por los errores, lo que se traduce en una mejor calidad de vida para las personas con perfeccionismo desadaptativo. Esta investigación respalda la idea de que fomentar la autocompasión puede ser una estrategia efectiva para abordar los patrones perfeccionistas poco saludables y promover una mayor flexibilidad psicológica en aquellos que luchan con el perfeccionismo desadaptativo.

Actitud terapéutica y herramientas fundamentales de la ACT en el trabajo del PD

El trabajo de la ACT para el PD se basa en la adaptación del manual para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en ACT, ya que el PD se encuentra relacionado positivamente con el TOC. Se ha comprobado que a mayor sintomatología de TOC mayor niveles de PD y algunas dimensiones del perfeccionismo, se asocian con algunos subtipos de TOC (Rodríguez et al., 2014). A pesar de esto, Crosby (2013) menciona que hay algunas cuestiones específicas en las cuales hay que prestar atención.

1. **Identificación de objetivos de tratamiento.** En la adaptación del tratamiento del PD es fundamental reconocer la importancia de abordar tanto los objetivos conductuales como los objetivos psicológicos privados. Esto se debe a que algunos individuos con PD pueden mostrar un funcionamiento conductual adecuado, pero experimentar un malestar psicológico significativo, como ansiedad, autocrítica o rumiación, entre otros síntomas. Aunque las conductas pueden no experimentar cambios drásticos como resultado del tratamiento, existe el potencial de mejorar el bienestar psicológico general. Por lo tanto, es esencial identificar este bienestar psicológico como un objetivo clave a trabajar en la intervención del PD.

2. ***El funcionalismo como herramienta clave.*** El enfoque funcionalista se presenta como una herramienta de gran utilidad para el tratamiento del PD. Comprender la naturaleza funcional del problema puede facilitar que el individuo tome conciencia de su situación y, adopte medidas para llevar a cabo un cambio. Si el tratamiento es efectivo, es posible observar una mayor flexibilidad, tanto en el comportamiento, como en el ámbito psicológico del individuo perfeccionista. Esto se manifiesta en su disposición a experimentar errores o fracasos, incluso si sus estándares o expectativas personales siguen siendo elevados.
3. ***La importancia de un enfoque experimental.*** Las personas con PD suelen ser muy intelectuales. Este rasgo se traduce en un constante cuestionamiento, dudas persistentes y una evaluación continua de sí mismos y su entorno. También suelen adherirse de manera inflexible a reglas y sistemas de pensamiento verbal. Estas características pueden obstaculizar la capacidad de estas personas para participar en experiencias de aprendizaje, incluyendo el proceso de tratamiento. Por lo tanto, un enfoque efectivo en ACT para abordar el PD se centra en el aprendizaje experiencial y en la defusión cognitiva. En este contexto, se enfatiza la importancia de conectarse con las experiencias reales, ya que la rigidez verbal puede representar una barrera significativa para el proceso terapéutico.
4. ***Consciencia del individuo perfeccionista.*** Ser conscientes al momento de que el individuo perfeccionista comienza a practicar las sugerencias del tratamiento, si tiene estándares poco razonables para la experiencia del tratamiento. Si se identifica esto, se tendrá que practicar las habilidades que se están proporcionando en otro contexto, de una forma flexible, para no reforzar el PD.

Fases de la Terapia de Aceptación y Compromiso

El ACT contiene varias etapas, no todas son obligatorias, ni tampoco excluyentes entre sí, ni siguen una secuencia determinada. Sin embargo, se recomienda un orden para el individuo con alta funcionalidad, como los estudiantes (Harris, 2009). La secuencia es la siguiente:

1. Valores y acciones comprometidas.
2. Defusión y aceptación.
3. Contacto con el momento presente.
4. Yo como contexto.

Al iniciar el tratamiento con los valores es más sencillo la toma de consciencia del momento presente, se obtiene una línea más clara de la dirección y fuerza para el cambio (Hayes, 2004). También se propone una estructura general para las sesiones: ejercicio de atención plena, revisión de la sesión anterior, intervención principal y tarea.

De manera breve se desglosa en la Tabla 2 las fases de la ACT, se describe en qué consiste cada fase, así como cada una de sus metas.

Tabla 2
Fases del proceso terapéutico

Fase	Descripción	Meta
1. Desesperanza Creativa	En esta fase se cuestiona la lógica social que impone la evitación de los síntomas como la única vía razonable, se procura que el paciente abandone esta lucha y sea consciente que por ese camino no va a llegar a ningún sitio, se abren oportunidades alternas de actuar.	La fase termina cuando el paciente reconoce y se da cuenta de que muchas ocasiones hace lo mismo, cuando retoma la postura anterior o afirma que está confundido y parece abierto a otras alternativas.
2. El control como problema, no como solución	Se trata de hacer más consciente al paciente, de los esfuerzos de control, dirigidos a evitar o intentar cambiar los eventos privados. Sin embargo, eso es inútil y puede llegar a convertirse en el problema mismo.	La fase termina cuando hay una ocurrencia espontánea de consentimiento en situaciones que antes se ejercía el control y cuando el cliente espontáneamente cuenta uno o dos ejemplos de sentir de forma distinta, que está experimentando sentimientos con menos convicción.
3. Conseguir la aceptación por medio de la desliteralización	En esta fase se procura ayudar al paciente a aceptar las experiencias gracias a alterar el contexto de los procesos de pensamiento, se trata de evitar el estar fusionando lo que se piensa, deshacer el exceso de literalización.	La fase termina cuando las reacciones privadas condicionadas son vistas como menos comprometedoras. El paciente se pone como observador y no se fusiona con los pensamientos.
4. Descubrir el <<Yo>> como aliado	Se le enseña que su <<yo>> es su aliado, no su enemigo. Es un lugar seguro desde donde puede contemplar los problemas.	La fase termina cuando el cliente afirma que mira los eventos privados, en vez de estar preso en ellos, es más capaz de reírse de su seriedad.
5. El trabajo con los valores	En esta fase se trata de hacer ver al paciente el sentido de volver a vivir una vida digna hacia una dirección. Se procura identificar una dirección vital valorada y unas metas y acciones que la impliquen.	La fase termina cuando el paciente ha conseguido el compromiso y tiene la intención de actuar. Los valores, las acciones y las barreras están claras.
6. Aceptación y compromiso	En la última fase ayudamos a llevar a cabo la acción previamente aceptada. Comenzamos exposiciones y otras técnicas conductuales necesarias. Los obstáculos son una parte esperable y no deben hacer abandonar el proceso.	A pesar de haber recorrido todas las fases, el proceso no termina en un momento dado; la actitud de aceptación y compromiso es permanente en la vida. Lo aprendido debe servir para siempre.

Nota. La tabla anterior hace referencia al manual de tratamiento de ACT (Hayes, et al., 1999) descrito por Mayral, J. B. (2007) en “La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo”, Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales, 65(127), 761-781.

Por último, en el ACT se utilizan comúnmente tres métodos: las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales, con esto se busca que se rompa la literalización, es decir, la fusión de los pensamientos o el lenguaje con la realidad (Aragón, 2021).

Planteamiento del Problema

Justificación

La música desempeña un papel significativo en nuestra cultura y vida cotidiana, siendo una expresión artística presente en la mayoría de las personas. Su creación y ejecución son posibles gracias a los músicos, quienes contribuyen de manera fundamental a la producción musical. Según los datos recientes del censo, en nuestro país existen aproximadamente 118,000 personas que han elegido la música como su profesión. De estos músicos, el 90% son ejecutantes, el 8% se dedican al canto y el 2% son compositores (INEGI, 2021). Estas cifras reflejan la diversidad de roles que desempeñan los músicos en la sociedad y su importancia en la industria musical.

Estudios han demostrado que las demandas y desafíos diarios que enfrentan los músicos pueden llevar a niveles significativos de insatisfacción y, en algunos casos, incluso al abandono de sus carreras musicales (García, 2020). En el ámbito educativo de la música, uno de los problemas más destacados es la tasa de deserción, que se identifica como una causa principal de los bajos índices de titulación en las escuelas de música (De Vries et al., 2011). Esta deserción puede estar relacionada con las presiones y exigencias que enfrentan los estudiantes de música en su proceso de formación.

Aunado a esto, el llegar a ser un estudiante de música superior, requiere de una preparación previa extensa. Se desarrollan competencias en gran parte relacionadas con la interpretación musical pública. Esta exposición ante el público de los estudiantes de música muchas veces ocasiona ansiedad de ejecución musical o ansiedad escénica (Rodríguez-Mora, 2020). Este fenómeno conduce a que los estudiantes sean altamente sensibles a las comparaciones, tanto con sus pares como con sus propios estándares, lo que se refleja en su autoevaluación crítica de la calidad de sus actuaciones musicales.

Algunos estudios muestran que, una alta proporción de estudiantes universitarios de música, por lo menos el 91.7%, han experimentado ansiedad escénica en algún momento de sus carreras (Zarza, 2016). Además, hay investigaciones que muestran que el perfeccionismo tiene una relación directa con la ansiedad escénica (Ballester, 2015; Kenny et al., 2004).

En un estudio realizado por Zarza et al. (2016) se encontró una relación significativa entre el perfeccionismo y el rendimiento académico de estudiantes de Licenciatura en Música. Esto sugiere que el perfeccionismo puede considerarse un factor de vulnerabilidad

psicológica en estudiantes de música. Estos hallazgos subrayan la complejidad de la percepción de la calidad y el desempeño artístico en el ámbito musical. Existe una fuerte presión implícita para dudar constantemente de la propia calidad y la ejecución de su instrumento en los estudiantes de música, ya que se promueve la idea de que toda obra siempre puede mejorarse, dificultando alcanzar un estado de plenitud respecto a su trabajo.

Dado que el PD se ha destacado por su estrecha relación con la etiología y el mantenimiento de trastornos depresivos, de ansiedad y trastornos alimentarios (Shafran & Mansell, 2001), surge la necesidad de desarrollar intervenciones dirigidas a estudiantes de música que aborden el PD. Estas intervenciones deben proporcionar herramientas efectivas para reducir los niveles de ansiedad, depresión y miedo al fracaso, al tiempo que previenen la aparición de trastornos psicológicos y conductas desadaptativas en esta población.

Estudios previos han comprobado la eficacia del uso de ACT en la disminución del PD en estudiantes universitarios (Crosby et al., 2013), ya que se orienta a promover la flexibilidad psicológica mediante la aceptación de eventos privados incómodos, como la toma de acciones a pesar de las dudas o dificultades, es decir, el malestar es visto como algo normal en la vida (Hayes et al., 2014).

El objetivo principal de la investigación fue evaluar la eficacia de la ACT, para reducir los niveles de PD, depresión, ansiedad y miedo al fracaso en cuatro estudiantes universitarios de música. La intervención pretende contribuir a mejorar la salud mental del músico en preparación, vulnerable a esta variable desadaptativa.

Pregunta de Investigación

¿Es la ACT efectiva para reducir los niveles de PD, depresión, ansiedad y miedo al fracaso en estudiantes universitarios de música?

Objetivos

Objetivo General

Evaluar el cambio clínico objetivo (CCO) derivado de la ACT en los niveles de PD, ansiedad, depresión y miedo al fracaso en los estudiantes de música del grupo experimental (GE).

Objetivos Particulares

- Medir el nivel de PD, miedo al fracaso, depresión y ansiedad antes de la intervención en cuatro estudiantes de música del GE y en tres estudiantes que permanecerán en el grupo control (GC), en espera del tratamiento.

- Desarrollar una intervención basada en la ACT
- Aplicar la ACT para disminuir PD en músicos al GE.
- Comparar las diferencias en el nivel de perfeccionismo, desadaptativo, depresión y ansiedad entre los grupos después de la intervención y en el seguimiento a un mes.

Hipótesis

Hipótesis 1

Existirá un promedio de CCO significativo en las puntuaciones de PD en los usuarios del GE.

Hipótesis 2

Existirá un promedio de CCO significativo en los niveles de ansiedad en los usuarios del GE.

Hipótesis 3

Existirá un promedio de CCO significativo en los niveles de depresión en los usuarios del GE.

Hipótesis 4

Existirá un promedio de CCO significativo en las puntuaciones de miedo al fracaso en los usuarios del GE.

Hipótesis 5

Existirá una diferencia observable en el CCO de los usuarios del GE en comparación con los usuarios del GC.

Definición de Variables

Para esta investigación, el PD se determinó como principal variable dependiente, la ansiedad, la depresión, el miedo al fracaso y la evitación experiencial como principales variables asociadas. Estas variables se evaluaron porque influyen en el PD, por lo que resulta útil considerarlas. Como variable independiente se consideró la ACT. Es así que, continuación resulta necesario explicitar la definición conceptual y operacional de las variables involucradas en esta investigación.

Definición conceptual

PD: es la dependencia excesiva de la autoevaluación en función del logro de altos estándares de rendimiento en al menos un dominio, a pesar de la aparición de consecuencias adversas (Shafran, Cooper y Fairburn, 2002).

Ansiedad: una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo (Miguel-Tobal, 1990).

Depresión: síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes (Hollon y Beck, 1979).

Miedo al fracaso: es la tendencia a centrarse en la evitación de todo lo que suponga un resultado no deseable (Kaye et al., 2008).

Evitación experiencial: es un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones, emociones, pensamientos, recuerdos) e intenta cambiar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Ferro, 2000).

ACT: es un enfoque terapéutico que se enfoca en tres áreas clave: aceptación, compromiso y cambio de comportamiento. La aceptación implica permitir que los pensamientos y sentimientos ocurran sin juzgarlos o luchar contra ellos. El compromiso implica elegir una dirección y tomar medidas que estén en línea con los valores personales.

Método

Diseño

El estudio consistió en un diseño de caso único, con cuatro réplicas y tres mediciones (pre-test, post-test y seguimiento a un mes) en cuatro estudiantes de música que conformaron el GE y tres estudiantes que conformaron el GC. La distribución se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3

Diseño Experimental del Estudio.

Grupo	Pre-test	Tratamiento	Pos-test	Seguimiento 1 mes
GE	O1	X1	O2	O3
GC	O1	En espera	O2	O3

Nota. Esta tabla muestra la distribución de los sujetos en el estudio de caso, así como las evaluaciones que se llevarán a cabo.

Participantes

Se trata de una muestra no probabilística, por conveniencia. El GE estuvo integrado por tres adultos hombres y una mujer; en el GC participaron dos hombres y una mujer. Se difundió por medios digitales y a través de un cartel con información acerca de las características del PD la invitación a participar en el estudio. Los participantes que manifestaron su interés en participar se contactaron de manera directa, se les hizo saber que para su inclusión debían cumplir con los siguientes criterios:

- 1. Cursar la Licenciatura en Música.
- 2. Tener 18 años o más.
- 3. Obtener un puntaje alto en la prueba de APS- R ($\lambda > , 40$).

Los criterios de exclusión manejados fueron:

- 1. Obtener puntaje bajo en la APS-R (el punto de corte es 40), la cual hace referencia en su factor Discrepancia al PD
- 2. No estar de acuerdo con las condiciones del tratamiento.
- 3. No firmar el consentimiento informado.

Los criterios de eliminación fueron:

- 1. No haber completado las pruebas aplicadas al 100%.
- 2. No acudir a todas las sesiones del tratamiento.
- 3. Retirar el consentimiento ya firmado.

A pesar de que los participantes del pilotaje no cumplían con el criterio de inclusión de ser estudiantes de música en ese momento, todos presentaban niveles altos de PD y criterios muy

similares a los requeridos. El participante 1 (P1) había dejado sus estudios de música hacía aproximadamente 4 meses, el participante 2 (p2) había completado recientemente su Licenciatura en Música y Tecnología Artística (MyTA) y la participante 3 (P3) estaba a punto de iniciar la Lic. en MyTA.

Después de realizar el pilotaje y hacer los cambios a la intervención, se aplicó la APS-R a los estudiantes de música interesados. Los participantes que cumplieron con los criterios anteriores se distribuyeron en dos grupos por medio de una aleatorización simple. Los grupos y sus participantes se describen en la Tabla 4.

Tabla 4
Características sociodemográficas de los participantes

Grupo	#	Sexo	Edad	Edo. Civil
GE	P1	Mujer	24	Soltera
	P2	Hombre	23	Soltero
	P3	Hombre	24	Soltero
	P4	Hombre	27	Soltero
GC	P1	Mujer	28	Soltera
	P2	Hombre	27	Soltero
	P3	Hombre	26	Soltero

Instrumentos

Entrevista semiestructurada: mediante esta se recopilaron los datos sociodemográficos, los antecedentes de conductas asociadas al perfeccionismo (rendimiento académico y procrastinación), algunas conductas afectadas por el PD (p. ej. en la exposición ante la evaluación del público, ante sus pares o sus padres, ante la realización de tareas, entre otros) así como la percepción que tiene de sí mismo (ver apéndice 1).

Almost Perfect Scale Revised (APSR-R): creada por Robert Slaney (1996) y validada y adaptada a población argentina por Arana et al. (2009). Consta de 23 reactivos con opción de respuesta tipo Likert (fuertemente en desacuerdo = 1 a fuertemente de acuerdo = 7), con un análisis de consistencia interna (Alpha de Cronbach = .887). En la escala se identifican tres factores:altos estándares (AE), organización (O) y discrepancia (D). A mayor puntaje en D, en comparación con AE, mayor nivel de PD (ver apéndice 2).

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II): creada por Beck (1996) y validada en población mexicana por Jurado et al., (1998). Se compone de 21 reactivos, medidos en una escala tipo Likert (de 0 a 3) con una consistencia interna alta (Alpha de Cronbach = .92). Se identifican 3 factores: actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y

alteración somática. Permite evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes mayores de 13 años (ver apéndice 3).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): creada por Beck (1993) y validada en población mexicana por Ferran, et al., (2020). Se compone de 21 ítems con una escala de cuatro opciones (nada, ligeramente, moderadamente y severamente). Tiene consistencia interna alta (Alpha de Cronbach = .911) y se identifican dos factores: somático y cognitivo (ver apéndice 3).

Inventario de Evaluación de Error de Rendimiento (PFAI): creada por Conroy et al., (2002) y validado al contexto español por Moreno et al., (2011). La versión larga consta de 25 ítems agrupados en cinco factores: miedo de experimentar vergüenza, miedo a la devaluación de uno mismo, miedo de tener un futuro incierto, miedo de perder el importante interés de los demás y el temor de perturbar a otros importantes. Se contesta a través de una escala Likert de 5 puntos (no lo creo nada = 1, lo creo al 100% = 5) (ver apéndice 3).

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II): creada por Hayes et al., (2004), adaptada y validada en población yucateca por Espinosa (2010). Consta de 10 reactivos y 7 diferentes respuestas posibles (desde 1: completamente falso a 7: completamente cierto). Los reactivos 1,6 y 10 se suman a la inversa. La consistencia interna fue media alta (Alpha de Cronbach = .89) (ver apéndice 3).

Valores Personales: esta variable es evaluada con el autorregistro de “Tiro al blanco”, traducido y adaptado por Neria (2020) y de Lundgren et al., (2012). Consiste en una escala tipo Likert que va del 1 al 7. Las áreas evaluadas son trabajo y educación, tiempo libre, crecimiento personal/salud y relaciones personales (ver apéndice 4).

Diario del Perfeccionismo (autorregistro): es un formato que permite monitorear la conducta, los pensamientos y el contexto en el que ocurren (ver Apéndice 5).

Escenario

La intervención se realizó en un consultorio privado, el espacio estaba adaptado con dos sillones, ventilación y luz cálida en la Ciudad de Morelia, Michoacán.

Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo en dos fases, la primera dedicada al diseño de la intervención y la segunda a la aplicación y evaluación de la intervención.

La primera fase constó de tres etapas: en la primera se revisó la bibliografía, en la segunda se llevó a cabo el diseño y el jueceo del tratamiento y en la tercera se realizó el pilotaje (el tratamiento se aplicó a tres participantes, los cambios se muestran en la tabla 6). La segunda fase también se dividió en tres etapas: la primera consistió en el tamizaje, en ésta se seleccionaron a los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y se asignaron a los grupos, mediante una aleatorización simple. En la segunda etapa se realizó la evaluación inicial a los participantes de ambos grupos y la intervención a los participantes del GE; mientras que el GC permaneció en espera. En la tercera etapa se realizó la evaluación post intervención y el seguimiento a un mes, a los participantes de ambos grupos.

1ª Fase. Diseño de la Intervención

El tratamiento fue diseñado con base en las intervenciones dirigidas por Ong et al. (2013) y Aragón (2022) intervenciones orientadas a disminuir el PD en estudiantes y en el manual de tratamiento de ACT (Hayes, et al., 1999). La intervención pasó por una etapa de jueceo y de pilotaje, posteriormente se realizaron cambios y se elaboró una propuesta final del tratamiento. La propuesta se aplicó a los participantes del grupo experimental.

Pilotaje. En general, hubo una disminución en el nivel de PD en los participantes. El cambio se refleja en los puntajes más bajos en la prueba APS-R (Factor de Discrepancia) en la segunda y tercera medición, en comparación con la primera. Los cambios fueron significativos en el P2 y en la P3 después de la intervención y en el seguimiento. Sin embargo, el P1 no experimentó un cambio clínico significativo (ver Tabla 5).

Tabla 5

Puntuaciones de PD de los participantes del pilotaje por fases y CCO.

Escala APS-R-MX (D) ↓	Pre	Post	%Cambio clínico Pre/Post	Seg. 1 mes	% Cambio clínico Pre/Seg
P1	49	45	8.16%	52	-6.1 %
P2	49	16	67.34%*	21	57.14%*
P3	58	35	39.65%*	22	62.06%*

Nota¹: * = CCO significativo. Nota²: ↓ = La flecha indica lo que se esperaba de la puntuación con la intervención, en este caso se espera que la puntuación del PD disminuya.

En las variables negativas asociadas al PD, como la ansiedad, la depresión, el miedo al fracaso y la evitación experiencial, también se observaron cambios. La ansiedad disminuyó en todos los participantes en la toma de datos post intervención, los cambios fueron clínicamente significativos. Sin embargo, en los P1 y P2, el cambio no se mantuvo en el

seguimiento a un mes, mientras que, en la P3, la ansiedad continuó disminuyendo en el seguimiento.

En cuanto a la depresión, sólo disminuyó significativamente en los dos primeros participantes, mientras que en la P3 hubo un aumento en la medida de seguimiento a un mes, en comparación con los datos pre y post intervención, aunque el CCO no fue significativo.

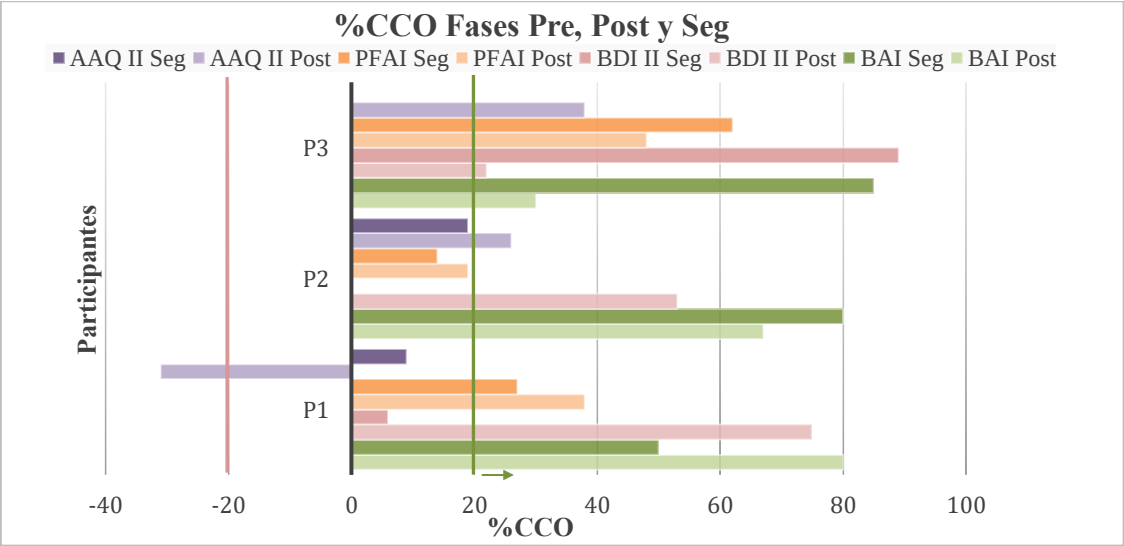
El miedo al fracaso disminuyó significativamente en los tres participantes en las mediciones post intervención y seguimiento. La evitación experiencial solo disminuyó en el P2 y P3. Los resultados del pilotaje en las tres mediciones se registran en la Tabla 6. El porcentaje de CCO se puede observar en la Figura 2.

Tabla 6
Puntajes generales de las variables negativas de los participantes del pilotaje

Escala		P1	P2	P3
BAI ↓ Máx.= 63	Pre	10	12	20
	Post	2	4	14
	Seg. 1	5	11	3
BDI II ↓ Máx.= 70	Pre	16	17	9
	Post	4	8	11
	Seg. 1	15	↑ 18	1
PFAI ↓ Máx.= 205	Pre	56	36	102
	Post	35	29	53
	Seg. 1	41	31	39
AAQ ↓ Máx.= 63	Pre	32	27	45
	Post	↑ 40	20	28
	Seg. 1	29	22	34

Nota:¹la flecha verde a un lado de las escalas indica lo que se esperaba de la puntuación con la intervención, en este caso en todas las escalas se esperaba que disminuyera.
Nota:²la flecha roja indica que hubo un aumento en esa fase.

Figura 2
CCO de las variables negativas asociadas al PD de los participantes del pilotaje



Nota: la línea verde es el referente de un CCO significativo positivo para la investigación, es decir, la puntuación disminuyó y el CCO fue mayor al 20%. La línea roja es un CCO significativo negativo para la investigación ya que la puntuación aumentó.

Cambios Realizados a la Intervención a Partir del Pilotaje

Tabla 7

Cambios realizados a la intervención

Primera propuesta del tratamiento	Propuesta final del tratamiento
Número de sesiones: 9 Duración de las sesiones: 1 hr. y 30 min. Tipo de sesiones: individuales. Periodicidad: semanal. Prueba para medir el PD: Almost Perfect Scale – revisada, reducida y adaptada a población mexicana (Aragón, 2022) Métaphora para el trabajo de la defusión cognitiva: “Jamón, Jamón” Ejercicio para trabajar la autocompasión: “Silla vacía”.	Número de sesiones: 8 Duración de las sesiones: 1 hr y 10 min Tipo de sesiones: individuales. Periodicidad: semanal. Prueba para medir el PD: Almost Perfect Scale – revisada y traducida al español (Aranna et al, 2019) Métaphora para el trabajo de la defusión cognitiva: “Tu comida favorita” Ejercicio para trabajar la autocompasión: “Perro herido”. Ejercicios de atención plena al inicio de cada tópico. Dos acciones a la semana encaminadas a aproximarse a los valores personales. Cuadro de estrategias que no conllevan la evitación experiencial.

Estructura de las Sesiones. La estructura de las sesiones en el tratamiento “ACT para disminuir PD en estudiantes de música” es la siguiente:

1. En los primeros 10 minutos de la sesión, se realiza la bienvenida al participante, se hace un rapport, se verifica su estado de ánimo, se establece la agenda de trabajo y se elabora un puente con la última sesión.
2. En los siguientes 10 minutos se realiza un ejercicio de atención plena.
3. En los siguientes 40 minutos se trabaja con los asuntos de la agenda establecida. El contenido general de esta agenda es revisar el tópico de la sesión y entrenar al usuario en estrategias y habilidades que le ayuden a disminuir su PD y aspectos negativos asociados.
4. En los últimos 10 minutos, se toma evidencia de la sesión, se aclaran dudas y se acuerda el trabajo para la siguiente sesión.

Es importante aclarar que los tiempos pueden ser flexibles y dan la oportunidad de ajustar los tiempos a los objetivos de cada sesión y a las necesidades del paciente. La estructuración apropiada de las sesiones integra un ejercicio de atención plena al inicio, ya que puede ayudar a los perfeccionistas a dejar a un lado el constante enfoque en el razonamiento y centrarse en el momento presente. Esto puede ser beneficioso para facilitar su participación en el tratamiento y promover la flexibilidad psicológica.

Características del Tratamiento

Tópico 1. Evaluación inicial y características del PD.

Objetivos: establecer la relación terapéutica, presentar la estrategia de la atención plena, realizar una evaluación inicial para recopilar datos sociodemográficos, de ansiedad, depresión, miedo al fracaso y evitación experiencial. Así mismo, dar a conocer las características del perfeccionismo (tanto adaptativo como desadaptativo) y conocer estrategias para identificar los pensamientos y conductas causantes del PD.

Técnicas utilizadas: cognitivas (autorregistro) y psicoeducación.

Instrumentos o materiales: escala BAI, BDI, PFAI, AAQ-II, Libro de trabajo ACT para PD.

Tópico 2. Trabajo con los valores.

Objetivos: conocer la importancia de los valores (en el Apéndice 6 se incluye un glosario de términos para mejorar la comprensión de los tópicos), identificar los valores personales del participante, definir dos objetivos y acciones a realizar en la semana e iniciar la conciencia de los eventos privados (emociones y pensamientos).

Técnicas utilizadas: cognitivas (valores personales), experienciales (ejercicio de atención plena y ejercicio de “calcetines de rombos”) y psicoeducación.

Instrumentos o materiales: libro de trabajo ACT para PD.

Tópico 3. Evocar la desesperanza creativa.

Objetivos: evocar la desesperanza creativa, identificar estrategias utilizadas para combatir el PD, aprender el concepto de evitación experiencial y sus complicaciones, definir dos objetivos y acciones a realizar en la semana y dos estrategias sin evitación.

Técnicas utilizadas: cognitivas (pasajeros de autobús), experienciales (ejercicio de atención plena y ejercicio de “cortesía mental”) y psicoeducación.

Instrumentos o materiales: libro de trabajo ACT para PD, dispositivo de audio y video.

Tópico 4. La evitación como problema, no como solución.

Objetivos: reconocer los conflictos que ocasiona la evitación experiencial e identificar estrategias alternas, definir dos objetivos y acciones a realizar en la semana y dos estrategias sin evitación.

Técnicas utilizadas: experienciales (ejercicio de atención plena, ejercicio de la elección de vida y metáfora de “El polígrafo”).

Instrumentos o materiales: libro de trabajo ACT para PD.

Tópico 5. Aprendizajes arbitrarios.

Objetivos: identificar los aprendizajes arbitrarios que se han convertido en normas en el participante y definir dos objetivos y acciones a realizar en la semana y dos estrategias sin evitación.

Técnicas utilizadas: cognitivas (ejercicio de Quiero/Debo y ejercicio de “Deberías”).

Instrumentos o materiales: libro de trabajo ACT para PD.

Tópico 6. La aceptación por medio de la desliteralización.

Objetivos: reconocer el problema de la defusión cognitiva y definir dos objetivos y acciones a realizar en la semana y dos estrategias sin evitación.

Técnicas utilizadas: experienciales (ejercicio de atención plena, ejercicio de “Tu comida favorita” y ejercicio de “pensamientos como voces de personajes”)

Instrumentos o materiales: libro de trabajo ACT para PD.

Tópico 7. Descubrir el Yo como aliado.

Objetivos: evocar la autocompasión, dar a comprender lo que implica la aceptación y definir dos objetivos y acciones a realizar en la semana y dos estrategias sin evitación.

Técnicas utilizadas: experienciales (ejercicio de atención plena, ejercicio de “perro herido y ejercicio de agradecimiento”).

Instrumentos o materiales: libro de trabajo ACT para PD.

Tópico 8. Aceptación y compromiso. Cierre de la intervención.

Objetivos: reiterar la aceptación, repasar estrategias, comprometerse con nuevas acciones y realizar la evaluación post intervención.

Técnicas utilizadas: cognitivas (autorregistro y cuadro de estrategias).

Instrumentos o materiales: escala BAI, BDI, PFAI, AAQ-II, libro de trabajo ACT para PD.

2ª Fase. Aplicación y Evaluación de la Intervención.

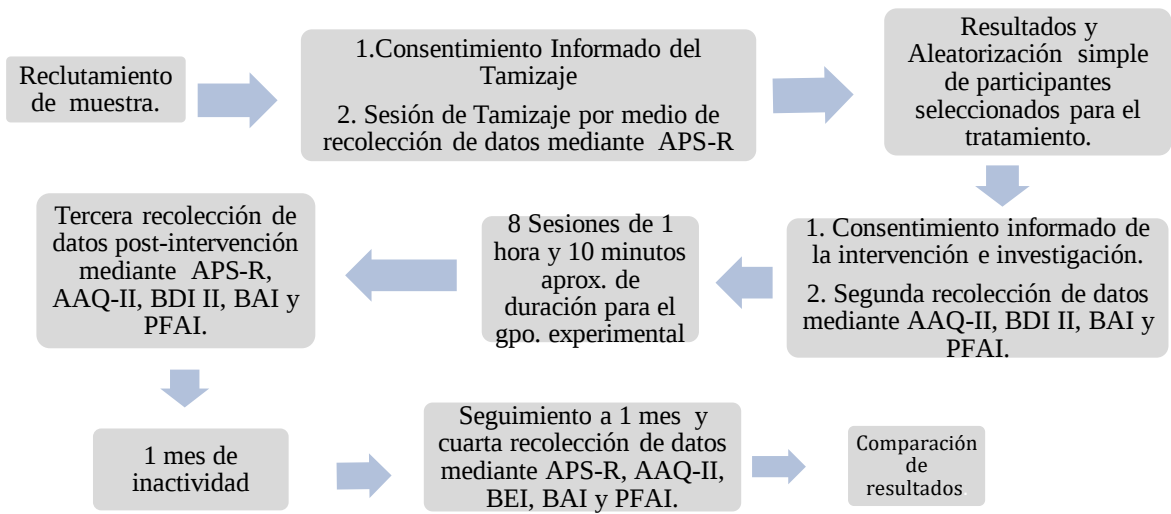
En la primera etapa (tamizaje), se reclutó una muestra inicial de diez participantes, por medio de publicidad visual en redes sociales y grupos de chat de escuelas con Licenciatura en Música en la ciudad de Morelia, Michoacán. Los interesados se comunicaron vía telefónica y se les aplicó de manera presencial la prueba de tamizaje. Al final se identificaron siete estudiantes de música que mostraron altos niveles de PD.

Posteriormente, se realizó la aleatorización simple para dividir la muestra en dos grupos (GE y GC). En la segunda etapa se aplicó a los dos grupos la primera batería de

pruebas, después se aplicó la intervención basada en la ACT para disminuir el PD en estudiantes de música únicamente a los cuatro participantes del GE, mientras los tres participantes del GC se colocaron en lista de espera para recibir la intervención una vez terminada esta investigación. En la tercera etapa se realizó la evaluación post intervención y seguimiento a un mes. En la Figura 3 podemos ver el procedimiento de la intervención.

Figura 3

Procedimiento de la intervención



Nota: Es importante mencionar que el tamizaje y todas las fases de recolección de datos se realizaron a los dos grupos en el mismo lapso.

Análisis de Datos

Dado que el objetivo de la investigación fue analizar el impacto de la intervención comparando datos antes y después de la intervención y en el seguimiento a un mes, se utilizó el análisis del CCO de las puntuaciones de las escalas APS-R-MX (factor de discrepancia), BAI, BDI II, PFAI Y AAQ II, primero en las medidas pre y post intervención y, posteriormente, en las medidas pre y seguimiento a un mes. Esta medida se obtuvo con siguiente fórmula $CCO = \frac{pre-post}{pre} \times 100$. Se consideró que existían mejoras clínicamente significativas cuando el porcentaje obtenido era mayor a un 20% (Cardiel, 1994). Se analizaron las puntuaciones de cada escala en las fases pre, post intervención y en el seguimiento a un mes en ambos grupos, así como los cambios clínicos identificados en los participantes del GE a lo largo de las sesiones. Se comparó visualmente entre los dos grupos el promedio del CCO que obtuvieron los participantes en todas las escalas aplicadas en las tres fases.

Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas en esta investigación se adhieren a los principios éticos establecidos en el Código Ético del Psicólogo (SMP, 2007), la Norma Oficial Mexicana (NOM, 2013) y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA, 2008).

A continuación, se detallan los aspectos éticos considerados en diferentes etapas del estudio:

1. Se proporcionó un consentimiento informado a cada participante (ver apéndice 7), donde se enfatizó la voluntariedad de su participación y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Se especificaron el número de sesiones de la intervención y los detalles del tratamiento. También se explicaron los principios de confidencialidad de los datos y los resultados obtenidos
2. Se garantizó la confidencialidad de los datos de los participantes, de acuerdo con el artículo 52 del Código Ético del Psicólogo (SMP, 2007).
3. La intervención psicológica se diseñó considerando el principio de beneficencia y no maleficencia, con el propósito de mejorar la salud de los participantes.
4. Se destacó la supervisión de personal cualificado, en lo que respecta a los fines de investigación, por lo que se contó con capacitación profesional para la aplicación del tratamiento.
5. Se estableció que la investigación implicó un riesgo mínimo para los participantes y no tenía efectos perjudiciales para su bienestar.
6. Una vez concluida la investigación, se ofrecerá a los participantes del GC la posibilidad de acceder a la ACT para disminuir el PD.

Estas consideraciones éticas aseguran la integridad y el respeto hacia los participantes, así como el cumplimiento de estándares éticos en la investigación psicológica.

Resultados

GE

Participante 1 del GE

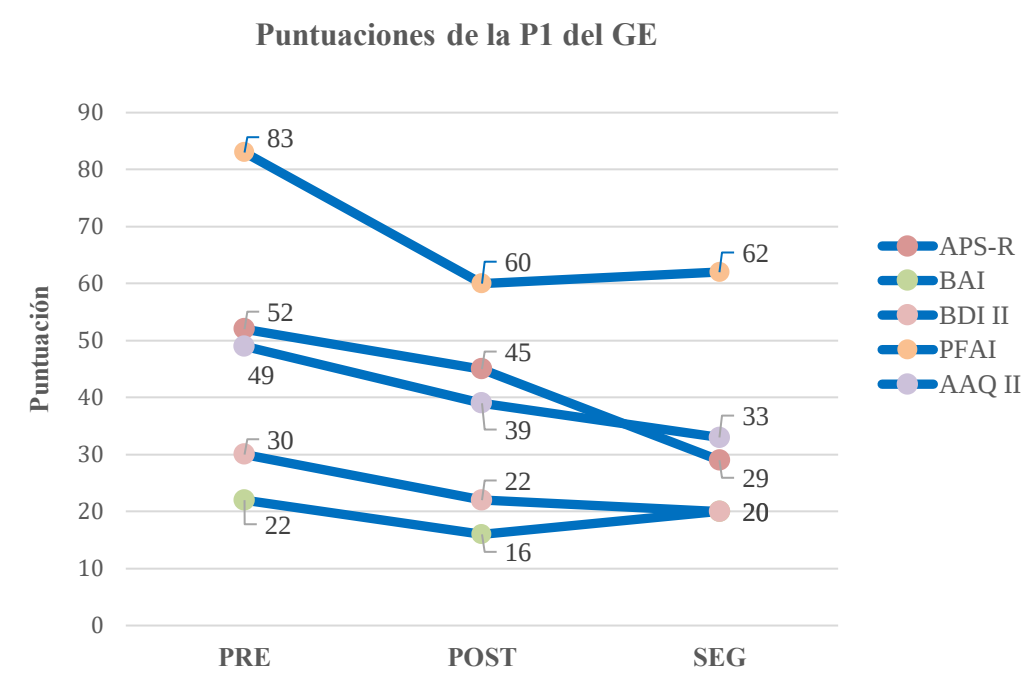
La P1 es una mujer de 24 años. Vive en Morelia, es soltera y sin hijos. Es originaria de la Ciudad de México, se trasladó a Morelia para iniciar la Licenciatura en Música y Tecnología Artística. Actualmente, se encuentra en el sexto semestre de su carrera.

Al inicio de la intervención, la participante se describió a sí misma como un músico con gran potencial, pero también como alguien que lidiaba con el miedo en su vida cotidiana. Uno de los aspectos que la perturbaba era su incapacidad para actuar en público, ya que simplemente ponerse en el escenario le resultaba abrumador. Además, sentía frustración al observar a otros músicos que tenían la confianza y energía para presentarse en público, algo que ella anhelaba y pensaba que podía hacerlo mejor que ellos. El cambio que deseaba lograr con la intervención era transformar esta percepción y aprender a sentirse suficientemente buena, liberándose de la tortura autoimpuesta con relación a sus actuaciones y logros musicales.

La participante era consciente de que muchas personas la admiraban y reconocía que era su propia crítica más severa. Al inicio de la intervención, compartió que su principal conflicto relacionado con el PD radicaba en su incapacidad para alcanzar los estándares extremadamente altos que se imponía a sí misma. Buscaba, a través de la intervención, encontrar una mayor paz mental, sentirse más cómoda y experimentar menos frustración en su vida académica.

Se observó una reducción en todas las medidas de la intervención. Aunque el %CCO en la variable PD, evaluada con la escala APS-R, no alcanzó significancia en la P1, (se registró un 13.6%), otras áreas mostraron cambios notables. La ansiedad experimentó un %CCO del 27.27%, la depresión un %CCO del 26%, y el miedo al fracaso exhibió la disminución más pronunciada con un %CCO del 28% en las mediciones post-intervención. Además, la evitación experiencial también reflejó un %CCO significativo del 20.4%. Estos resultados indican mejoras sustanciales en las áreas objetivas de la intervención. Todas las puntuaciones de la P1 podemos observarlas en la figura 4.

Figura 4
Puntuaciones por fases de las escalas aplicadas a la P1 del grupo experimental



Valores Personales, Acciones y Estrategias de la P1 del GE

Como parte importante de la ACT al principio de la intervención se ayudó a la P1 a identificar sus valores personales. Se hizo la separación en cuatro áreas: trabajo/educación, tiempo libre, crecimiento personal/salud y relaciones personales (Hayes et al., 2003). A partir de esto se generaron acciones concretas formuladas por la participante para acercarse a sus valores personales, es decir, a la vida que desea tener (se fueron realizando semana con semana). En la Tabla 8 podemos observar los valores personales que fueron identificados por la participante. En la Tabla 9 se encuentran los datos de valores personales obtenidos por medio de la escala de Tiro al blanco (figura 5), los cuales representan qué tan cerca se encontraba la participante de la vida que deseaba tener antes de la intervención y cómo se percibía después de la intervención y en el seguimiento.

Tabla 8

Valores personales de la P1 del GE

Trabajo/Educación	Tiempo Libre
1. Involucrada en la música	1. Espacio para compartir tiempo de calidad con mis seres queridos
2. Convivir con mi trabajo	2. Espacio para explorar cosas nuevas
3. Vivir de lo que me gusta	
Crecimiento personal/salud	Relaciones personales
1. Darle importancia a mi cuerpo	1. Tener conexiones profundas
	2. Ser auténtica estando con los demás
	3. Amar sin prejuicios externos

Tabla 9

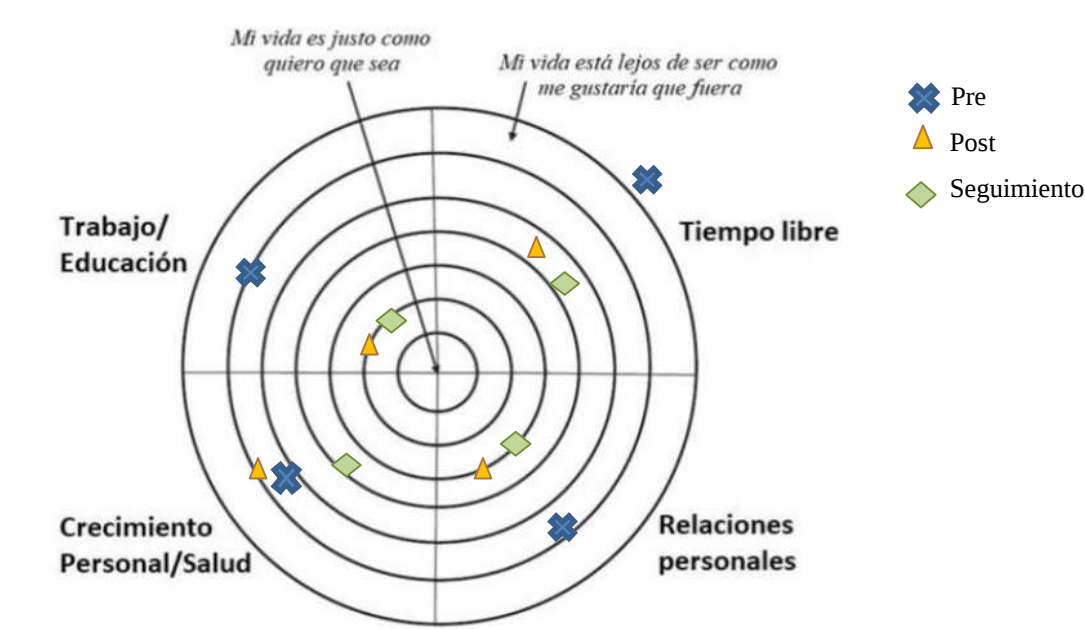
Puntuación de valores personales de la P1 del GE

Área	Pre	Post	Seg
Trabajo y Educación↑	2.5	6.5	6.5
Tiempo Libre ↑	0	3.5	3.5
Crec. Personal/Salud ↑	3.5	2.5	5
Relaciones Personales↑	1.5	5.5	5

Nota: en todas las áreas se esperaba que la puntuación aumentara después de la intervención ya que eso representa que la participante se encuentra más cerca de la vida que desea tener.

Figura 5

Tiro al Blanco de la P1



Nota: Cada figura representa una fase para la recolección de datos de los valores personales de la participante.

El ejercicio del Tiro al Blanco nos proporciona una forma visual de apreciar el cambio que experimentó la participante con relación a sus valores personales. Cuanto más alejada del centro se encuentra la marca, más distante se sentía de la vida que deseaba llevar. Inicialmente, la participante se involucraba en todo lo que se le proponía, a pesar de ser consciente de que no quería hacer algunas de esas cosas. Durante la intervención, se trabajó en la priorización de tareas para identificar aquellas que no eran esenciales ni contribuían a la vida que ella anhelaba, especialmente en el ámbito del trabajo y la educación. Al finalizar la intervención, la participante logró liberarse de un proyecto con el que no se sentía cómoda, lo que le permitió disponer de tiempo para descansar, ya que una consecuencia de su PD era el poco tiempo que dejaba a eso.

Otro aspecto significativo del tratamiento para reducir el PD y sus variables negativas asociadas en la P1 fue la modificación de las estrategias de evitación experiencial que solía

emplear. Inicialmente, le resultaba incómodo escuchar su propia música y presentarla a otros músicos, esto la llevaba a compararse constantemente con ellos, lo que le generaba una gran incomodidad. A lo largo de la intervención se incorporaron nuevas estrategias que fomentaron la aceptación de los sentimientos incómodos y del proceso musical que había llevado hasta ese punto. La participante comenzó a pedir ayuda cuando sentía que no estaba alcanzando sus expectativas en su proyecto musical y, al final de la intervención, empezó a escuchar su música, aunque aún no la considera perfecta, se siente más dispuesta a trabajar en su música a un nivel más profundo.

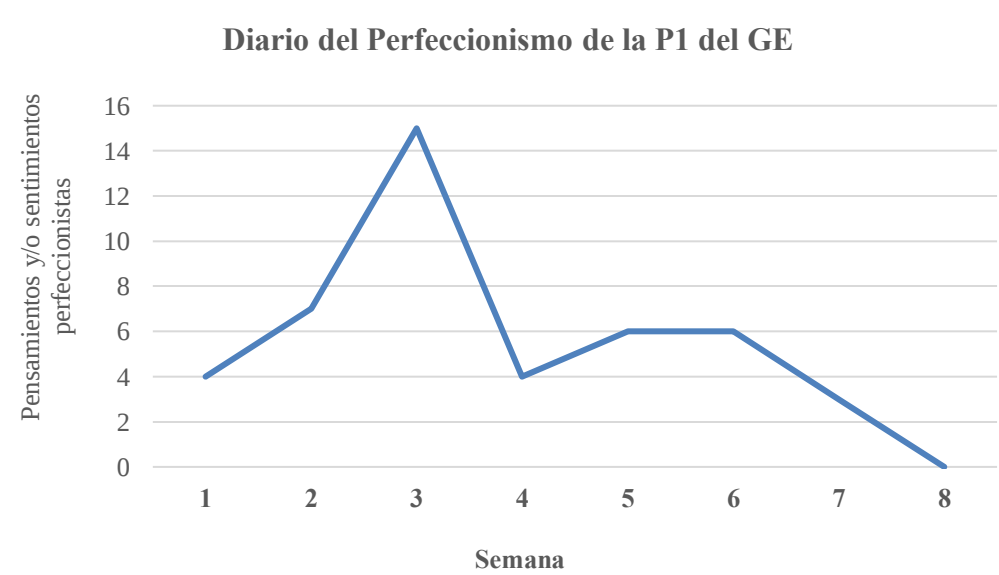
Estas acciones y estrategias nuevas en la P1 reflejaron una mayor cercanía al centro del tiro al blanco, lo que significa que se acercó más a la vida que verdaderamente deseaba llevar en términos de trabajo, bienestar y aceptación de sus propios procesos creativos.

Pensamientos, Sentimientos y Conductas Perfeccionistas de la P1 del GE.

Durante las ocho semanas de la intervención, la P1 utilizó el formato de Diario del Perfeccionismo para registrar las situaciones que desencadenaban pensamientos, sentimientos y conductas perfeccionistas. La figura 6 presenta una gráfica que ilustra la cantidad de situaciones que la participante registró en su Diario del Perfeccionismo semana tras semana. Esta herramienta proporciona una visión sobre cómo disminuyeron las situaciones que le generaban perfeccionismo a lo largo de la intervención.

Figura 6

Pensamientos y sentimientos perfeccionistas a lo largo de la intervención de la P1



P2 del GE

El P2 de la intervención es un hombre de 23 años. Vive en Morelia, es soltero y sin hijos. Es originario de la Ciudad de Oaxaca, se trasladó a Morelia para iniciar la Licenciatura en Música y Tecnología Artística. Actualmente se encuentra en proceso de titulación.

Se describió a sí mismo como un músico en proceso de encontrar las cosas que le gustan y de estar cómodo con lo que hace, consideraba que no era el mejor en técnica musical. Consideraba que sus estándares quizá sólo eran un poco más altos que los de otras personas. Uno de los aspectos en donde ubicaba que su PD le afectaba es cuando componía, sentía que las piezas no tenían un término, siempre podían estar mejor, eso le había llevado a no presentar su proyecto ni culminar su Extended Play (EP). Con la intervención, él deseaba llegar a sentirse satisfecho con lo que hace y acabar sus proyectos.

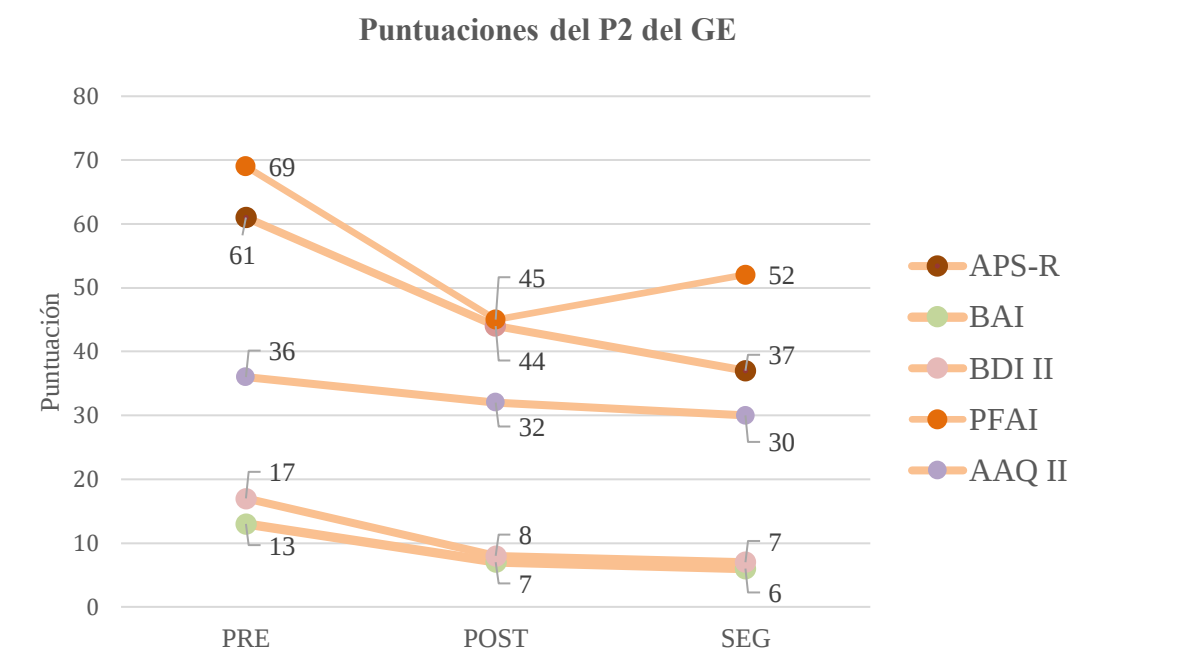
En ocasiones, el participante recibía elogios por su trabajo, como compositor y como músico en sus proyectos, sin embargo, esto le incomodaba, mencionaba que muchas veces no sabía cómo reaccionar y creía que las personas solo lo hacían por cortesía.

PD y Variables Negativas Asociadas del P2 del GE

Se observó una disminución en las medidas de todas las escalas aplicadas después de la intervención. Sin embargo, el porcentaje de CCO en el PD no fue significativo porque se registró un 13.6%. En contraste, en la ansiedad se obtuvo un CCO del 27.27% después de la intervención, mientras que en la depresión se alcanzó un CCO del 26%. El miedo al fracaso mostró la disminución más destacada, con un CCO del 28% en los datos recopilados después de la intervención. Finalmente, la evitación experiencial también experimentó un CCO significativo del 20.4%. Todas las puntuaciones del P2 podemos observarlas en la figura 7.

Figura 7

Puntuaciones por fases de las escalas aplicadas al P2 del GE



Valores Personales, Acciones y Estrategias del P2 del GE

En la Tabla 10 podemos observar los valores personales que fueron identificados por el participante. En la Tabla 11 se encuentran los datos de valores personales obtenidos por medio de la escala de Tiro al blanco (figura 8)

Tabla 10

Valores personales del P2 del GE

Trabajo/Educación	Tiempo Libre
1. Trabajo estable con algo que me haga feliz	1. Viajar/Conocer nuevos lugares
2. Libertad financiera con lo que me gusta	2. Compartir con mis amigos
3. Respetar mi música. Valorar mi trabajo	
Crecimiento personal/salud	Relaciones personales
1. Sentirme bien	1. Honestidad
2. Estar menos rígido con mi cuerpo	2. Aprender a cuidar a los demás

Tabla 11

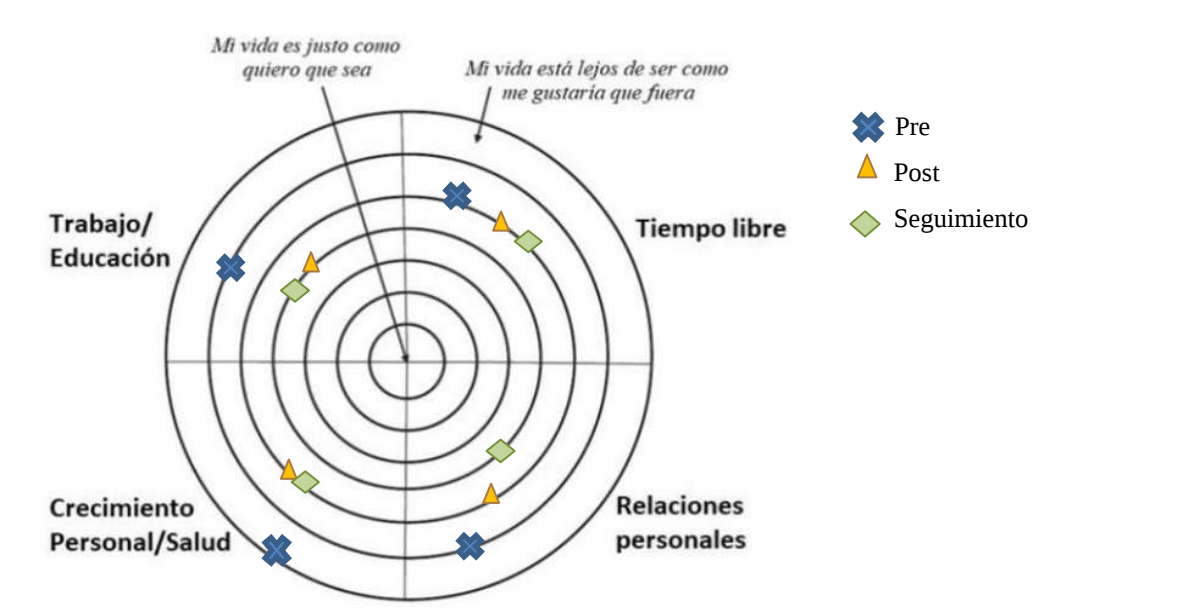
Puntuación de valores personales del P2 del GE

Área	Pre	Post	Seg
Trabajo y Educación ↑	2	4	4
Tiempo Libre ↑	3	3	3
Crec. Personal/Salud ↑	1	3	3
Relaciones Personales ↑	2	3	4

Nota: en todas las áreas se esperaba que la puntuación aumentara después de la intervención ya que eso representa que la participante se encuentra más cerca de la vida que desea tener.

Figura 8

Tiro al Blanco.



Nota: Cada figura representa una fase para la recolección de datos de los valores personales de la participante.

Inicialmente, el participante tenía varios trabajos pendientes, en los que difícilmente lograba trabajar, uno de esos pendientes estaba relacionado con su música, llevaba un largo tiempo intentando terminar su EP y subirlo a algunas plataformas. A lo largo de la intervención se fue trabajando por medio de dos acciones a la semana. Algunas de ellas eran priorizar los trabajos pendientes, identificar algunos pensamientos perfeccionistas que limitaban el proceso de trabajar en su música y en la producción de la música de otros, otorgar tiempos específicos para el trabajo. Así mismo, en el proceso de la intervención se trabajó con la aceptación de sentimientos incómodos a la hora de trabajar con su música. Las estrategias que utilizaba al inicio se relacionaban con la evitación a escuchar su música o seguir trabajando en su proyecto, cuando algo le disgustaba. Así mismo evitaba la exposición ante el público, esto significaba no mostrarles a sus amistades los avances que tenía para evitar críticas.

A lo largo de la intervención, se incorporaron nuevas estrategias que fomentaron la búsqueda de espacios de exposición, escucha de críticas tanto de los demás como de sí mismo. El participante también buscaba sentirse más seguro con su cuerpo al bailar, por lo que, semana con semana, se otorgaba tiempo durante el día para conectar con su cuerpo de manera privada. Al final de la intervención el participante tenía una fecha para presentar su música de forma pública, así mismo se encontraba más desenvuelto con su cuerpo en espacios

de baile. Aún se encontraba trabajando en su EP, pero tenía un gran avance en el tiempo que le dedicaba y lo cómodo que se sentía haciéndolo.

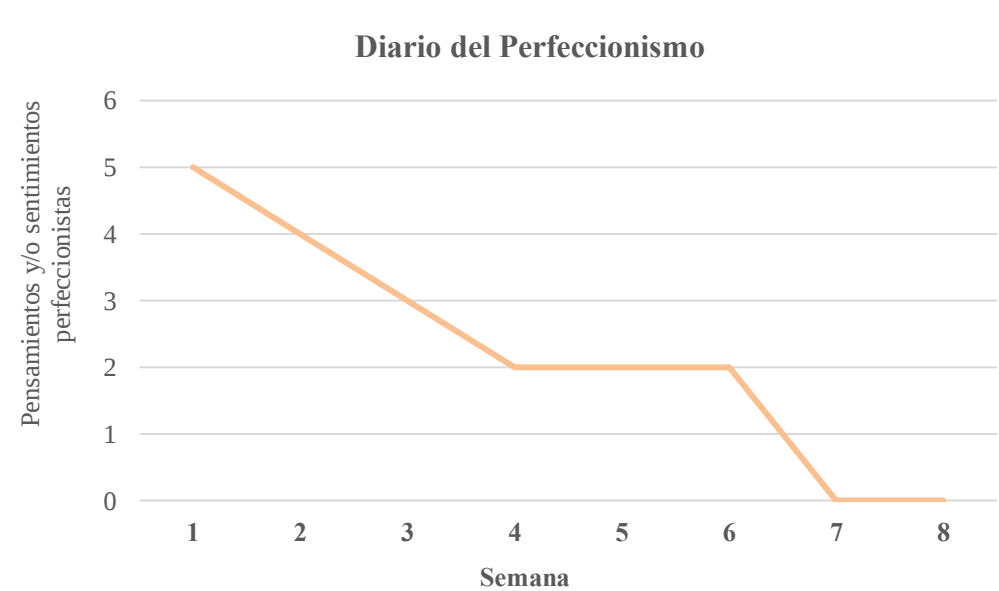
Estas acciones y estrategias nuevas en el P2 explican el reflejo de la cercanía al centro en el Tiro al Blanco en la fase post y seguimiento en áreas como trabajo/educación, crecimiento personal/salud y relaciones personales. Esto significa que se acercó más a la vida que verdaderamente deseaba tener. Lo que refleja esta cercanía es el discurso que el participante tiene sobre su música: la percibe mejorada y tiene la motivación de exponerla.

Pensamientos, Sentimientos y Conductas Perfeccionistas en el P2 del GE

Durante las ocho semanas de la intervención, el P2 utilizó el formato de Diario del Perfeccionismo para registrar las situaciones que desencadenaban pensamientos, sentimientos y conductas perfeccionistas. La figura ocho presenta una gráfica que ilustra la cantidad de situaciones que el participante registró en su Diario del Perfeccionismo semana tras semana. Es importante comentar que el participante no contestó su autorregistro en la semana 5, ni en la semana 7 por lo que esas puntuaciones no pueden tomarse en cuenta. Esta herramienta proporciona una visión de cómo disminuyeron las situaciones que le generaban perfeccionismo a lo largo de la intervención (figura9).

Figura 9

Pensamientos y sentimientos perfeccionistas a lo largo de la intervención en el P2 del GE



P3 del GE

El P3 de la intervención es un hombre de 24 años. Vive en Morelia, es soltero y sin hijos. Es originario de la Ciudad de México, se trasladó a Morelia para iniciar la Licenciatura en

Música y Tecnología Artística. Actualmente, se encuentra en segundo semestre de la carrera. Sus instrumentos son el piano y la trompeta.

Se describió a sí mismo como un estudiante de música, en un futuro espera considerarse como alguien profesional. Consideraba que no reconocía en él el PD, simplemente no se sentía a gusto con lo que hacía. Consideraba que sus estándares eran más altos que los de otras personas y consideraba que en ocasiones era capaz de alcanzarlos. El P3 no compartió demasiado en la entrevista inicial, se encontraba un poco disperso y confundido. Algo que él deseaba cambiar con la intervención era generar herramientas para combatir las cosas que le limitaban a cumplir sus metas tanto personales como musicales.

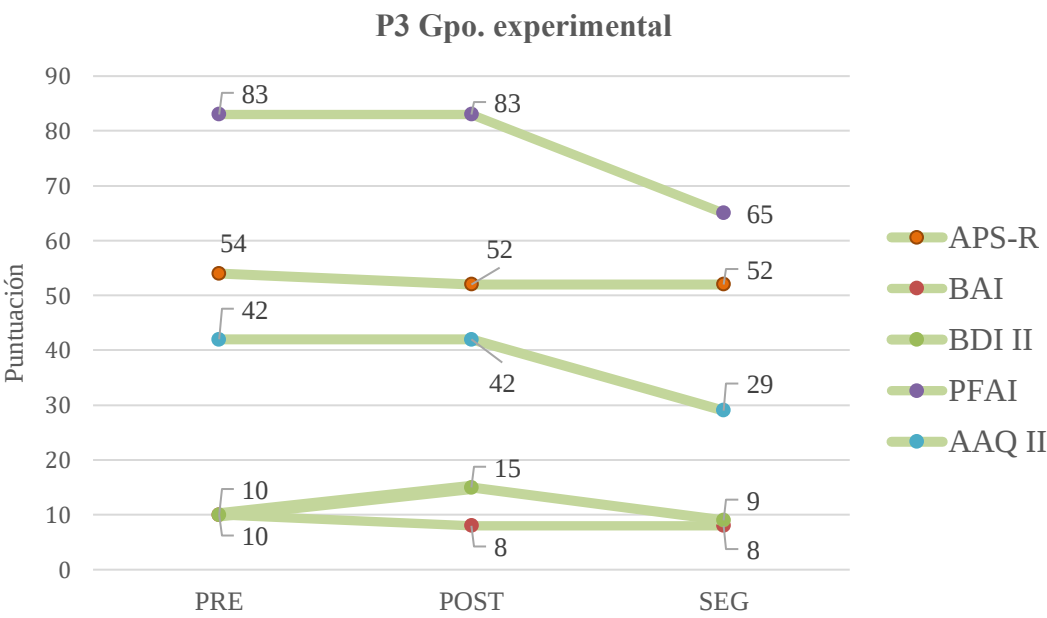
El participante constantemente era invitado a participar en grupos musicales, invitaciones que rechazaba por no sentirse suficiente para el puesto.

PD y Variables Negativas Asociadas al P3 del GE

No se observó una disminución en el miedo al fracaso y la evitación experiencial en el P3 en la fase post intervención, únicamente la ansiedad experimentó un 20% de CCO. Se percibió un aumento de la depresión en un 50% en la fase post intervención, siendo esto un CCO significativo. En contraste, en la fase de seguimiento, el miedo al fracaso y evitación experiencial tuvieron una disminución y un CCO del 22% y 31%, mientras que la depresión disminuyó, con un 10% de CCO. El PD experimentó un CCO del 3.7%, tanto en la fase post intervención como en el seguimiento. Todas las puntuaciones del P3 se pueden observar en la figura 10.

Figura 10

Puntuaciones por fases de las escalas aplicadas al P3 del grupo experimental



Valores Personales, Acciones y Estrategias del P3 del GE

En la Tabla 12 podemos observar los valores personales, identificados por el participante. En la Tabla 13 se encuentran los datos de valores personales obtenidos por medio de la escala de Tiro al blanco (figura 11).

Tabla 12

Valores personales de la participante

Trabajo/Educación	Tiempo Libre
1. Tocar mis creaciones.	1. Descanso.
Crecimiento personal/salud	Relaciones personales
1. Autorreconocimiento.	1. Confianza.

Tabla 13

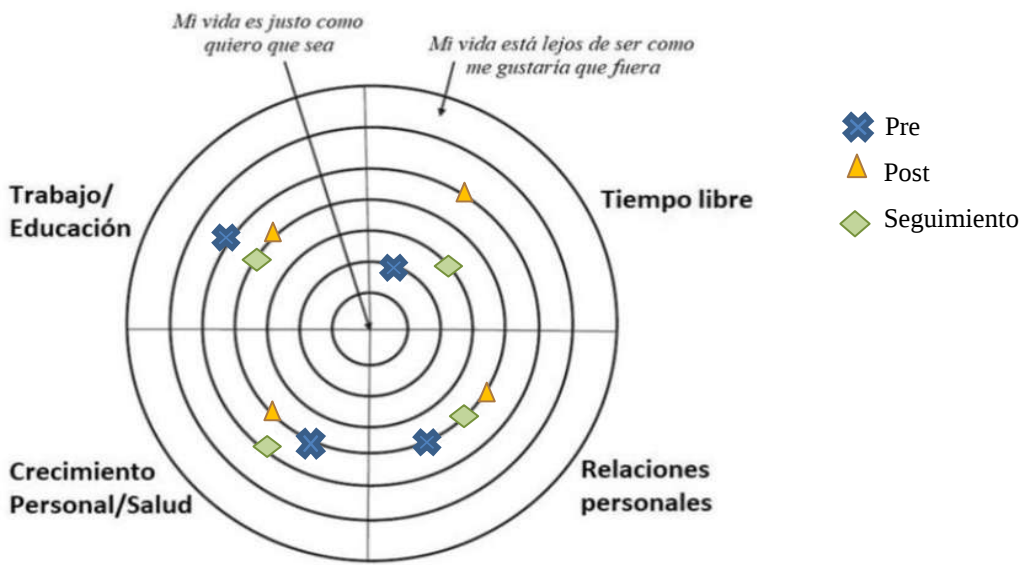
Puntuación de valores personales del P3 del grupo experimental

Área	Pre	Post	Seg
Trabajo y Educación ↑	3	4	4
Tiempo Libre ↑	6	3	5
Crec. Personal/Salud ↑	4	4	5
Relaciones Personales ↑	4	4	5

Nota: en todas las áreas se esperaba que la puntuación aumentara después de la intervención ya que eso representa que la participante se encuentra más cerca de la vida que desea tener.

Figura 11

Tiro al Blanco.



Nota: cada figura representa una fase para la recolección de datos de los valores personales de la participante.

La principal situación que mantenía al participante alejado de sus ganas de tocar sus creaciones era su inseguridad al tocar en público, al inicio de la intervención el P3 rechazaba

las peticiones que recibía para formar parte de algunos ensambles. A lo largo de la intervención se fue trabajando, por medio de acciones semanales, el tocar frente a las personas, primero con familiares y amigos. Posteriormente comenzó a compartir su música por medio de redes sociales. Así mismo, en el proceso de la intervención se trabajó con la aceptación de sentimientos incómodos a la hora de trabajar con su música. Las estrategias que utilizaba al inicio se relacionaban con la evitación, como cambiar el tema cuando recibía elogios de su música, evitaba los eventos en donde debía exponer su música ante un público.

Las estrategias que se incorporaron a lo largo de la intervención fue la cortesía mental. Esta técnica implica responder a los pensamientos intrusivos al momento de la exposición ante el público. Las respuestas se realizan desde la aceptación del pensamiento incómodo y la autocompasión. Al final de la intervención el participante había aceptado un ensamble y asistido a los ensayos, posteriormente en el seguimiento el participante ya colaboraba en tres ensambles.

Estas acciones y estrategias nuevas en el P3 explican el reflejo de la cercanía al centro en el tiro al blanco en la fase post y seguimiento en el área de trabajo/educación.

Pensamientos, Sentimientos y Conductas Perfeccionistas del P3 del GE.

Durante las ocho semanas de la intervención, el P3 utilizó el formato de Diario del Perfeccionismo para registrar las situaciones que desencadenaban pensamientos, sentimientos y conductas perfeccionistas. La figura 11 presenta una gráfica que ilustra la cantidad de situaciones que el participante registró en su Diario del Perfeccionismo semana tras semana. Es importante comentar que el participante no fue constante en su autorregistro, ya que las semanas 3, 5 y 7 no lo contestó, por lo que esas puntuaciones no pueden tomarse en cuenta (figura12).

Figura 12

Pensamientos y sentimientos perfeccionistas a lo largo de la intervención en el P3 del GE



P4 del GE

El P4 de la intervención es un hombre de 27 años. Vive en Morelia, es soltero y sin hijos. Es originario de la ciudad de Chiapas. Se mudó a Morelia cuando comenzó sus estudios en música, hace 10 años. Actualmente estudia la Lic. en música en la escuela de Bellas Artes de Morelia.

Se describió a sí mismo como un músico frustrado, con poco tiempo debido a la escuela y el trabajo. Consideraba que no era el guitarrista que deseaba ser. Consideraba que sus estándares eran más altos que los de otras personas. Uno de los aspectos en donde ubicaba que su PD le afectaba era cuando practicaba, nunca sentía que lo hacía lo suficientemente bien, eso le había llevado a un estado de enojo y tristeza, donde tocar era algo que ya no disfrutaba. Algo que él deseaba cambiar con la intervención era llegar a un punto donde pudiera considerarse un buen guitarrista y así mismo un buen maestro, ya que daba clases a algunos niños. Otro aspecto que quería cambiar era volver a disfrutar su música.

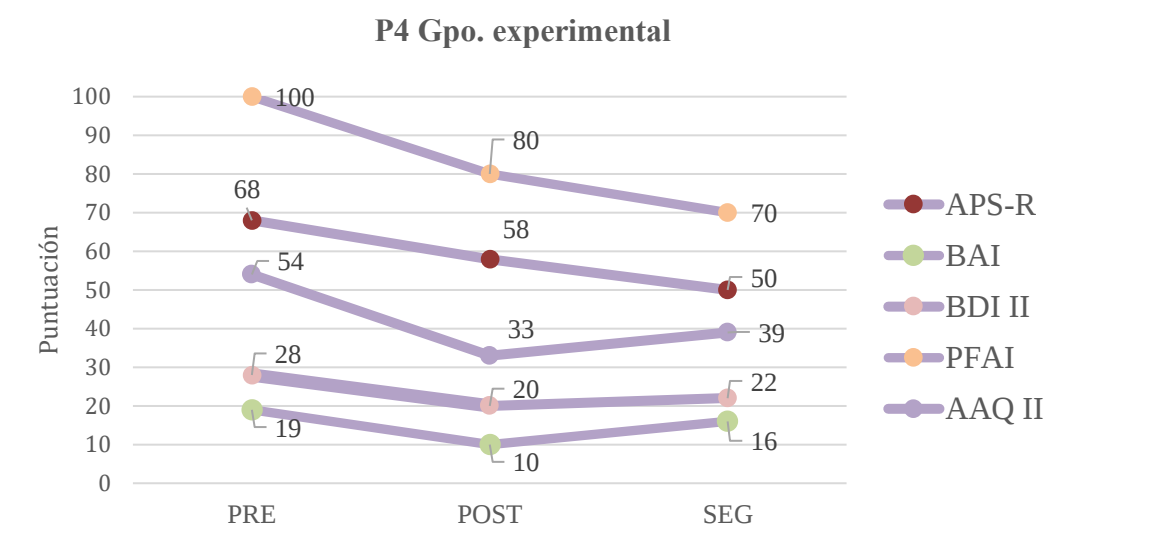
PD y variables negativas asociadas del P4 del GE

Se observó una disminución en el PD del participante en la fase post intervención y seguimiento (el CCO fue del 20%). En la variable de ansiedad se obtuvo un CCO del 47% después de la intervención, mientras que en la variable depresión alcanzó un CCO del 28.5%. El miedo al fracaso mostró una disminución del 20% en los datos recopilados después de la intervención. Finalmente, la evitación experiencial también experimentó un CCO significativo del 38.8%. Esta disminución continuó hasta el seguimiento, únicamente la depresión no mantuvo el CCO significativo, ya que mostró solamente una disminución del

16% en la fase de seguimiento. Todas las puntuaciones del P4 se pueden observar en la figura 13.

Figura 13

Puntuaciones por fases de las escalas aplicadas al P4 del GE



Valores Personales, Acciones y Estrategias

En la Tabla 14 podemos observar los valores personales que fueron identificados por el participante. En la Tabla 15 se encuentran los datos de valores personales obtenidos por medio de la Escala de Tiro al blanco (figura 14).

Tabla 14

Valores Personales de la participante

Trabajo/Educación	Tiempo Libre
1. Trabajar enseñando	1. Tiempo con mi familia (incluyendo mis gatos)
2. Valorar mis esfuerzos	
Crecimiento personal/salud	Relaciones personales
1. Sentirme motivado	1. Honestidad
2. Disfrutar más	2. Aprender a cuidar a los demás

Tabla 15

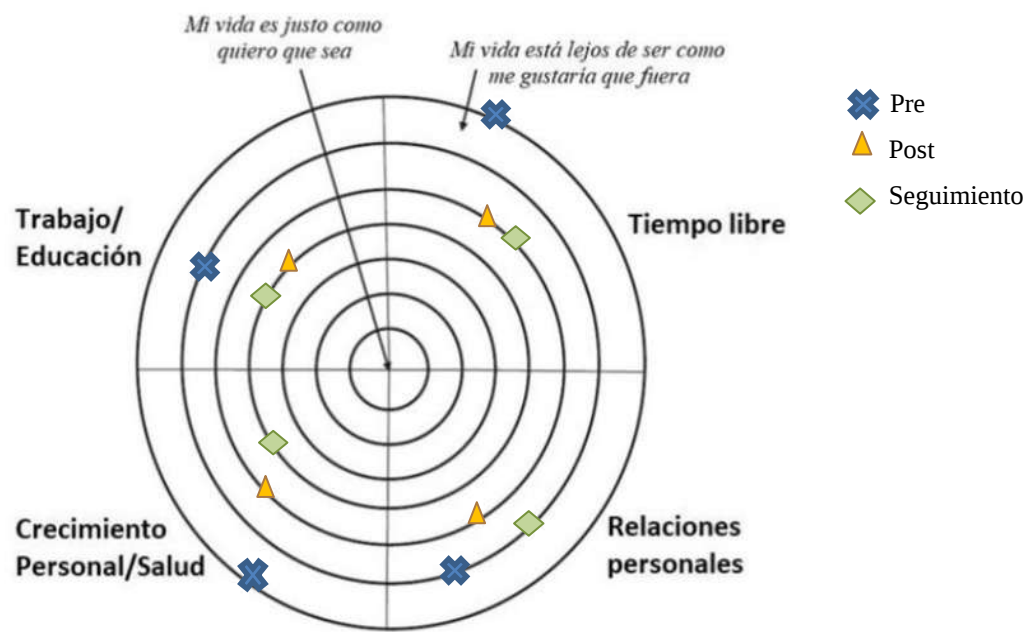
Puntuación de valores personales del P4 del grupo experimental

Área	Pre	Post	Seg
Trabajo y Educación ↑	2	4	5
Tiempo Libre ↑	1	3	3
Crec. Personal/Salud ↑	1	3	2
Relaciones Personales ↑	2	3	4

Nota: en todas las áreas se esperaba que la puntuación aumentara después de la intervención ya que eso representa que la participante se encuentra más cerca de la vida que desea tener.

Figura 14

Tiro al Blanco.



Nota: cada figura representa una fase para la recolección de datos de los valores personales de la participante.

Inicialmente, el P4 no valoraba su trabajo como docente, esto por no sentirse lo suficientemente exitoso ni capaz en lo que hacía. Aunado a esto, algunas de las acciones que le provocaba el PD eran la incapacidad de disfrutar sus horas de descanso y le resultaba muy complicado socializar con otros músicos. A lo largo de la intervención se fue trabajando por medio de dos acciones a la semana, algunas de ellas eran, reconocer sus propios logros, compartir su música, primero a un círculo cercano con afán de reconocerlo. Así mismo, en el proceso de la intervención se trabajó con la aceptación de sentimientos incómodos respecto a convivir con otros músicos. Las estrategias que utilizaba al inicio se relacionaban con la autocrítica, ya que se autocastigaba privándose de días u horas de descanso, por otra parte, consideraba que los pensamientos sobre que no iba a cumplir sus metas lo acosaban constantemente.

Algunas de las nuevas estrategias fomentaron la búsqueda de espacios seguros, donde la música se hiciera de forma más recreativa que académica, reuniones con amigos o tocar de una forma más libre. El participante también buscaba sentirse más seguro al socializar, por lo que semana con semana se otorgaba tiempo durante el día para conectar con la música de una forma diferente sin ser estudiada en profundidad. Al final de la intervención ya tenía

una interacción consigo mismo más compasiva, así mismo se otorgaba algunas actividades de descanso como premio a cuando daba alguna clase o se presentaba en un concierto.

Las puntuaciones muestran que se acercó más a la vida que verdaderamente deseaba tener. Lo que más refleja esta cercanía es el discurso que el participante tiene ahora sobre sí mismo, es más amable y compasivo.

Pensamientos, Sentimientos y Conductas Perfeccionistas en el P4 del GE.

Durante las ocho semanas de la intervención, el P4 utilizó el formato de Diario del Perfeccionismo para registrar las situaciones que desencadenaban pensamientos, sentimientos y conductas perfeccionistas. La figura 14 presenta una gráfica que ilustra la cantidad de situaciones que el participante registró en su Diario del Perfeccionismo semana tras semana (figura15).

Figura 15

Pensamientos y sentimientos perfeccionistas a lo largo de la intervención en el P4 del GE



Puntuaciones generales del GE

En la tabla ocho podemos observar la distribución de puntuaciones en cada medición, así como el porcentaje de CCO obtenido en todos los participantes del GE. El CCO fue significativo en el P2, en la medición post intervención y en el seguimiento. En el P4 podemos observar que el CCO significativo se alcanzó hasta la fase de seguimiento. En la P1 las puntuaciones no alcanzaron el porcentaje para considerar el CCO como significativo en en la fase de post intervención, sin embargo, en el seguimiento tuvo una disminución que alcanzó un CCO del 44%. El único participante que no alcanzó el CCO significativo en

ninguna de las dos fases posteriores a la intervención fue el P3, aun así, éste presentó una disminución en su PD. En la figura 16 se visualiza por fases, el CCO que tuvo cada participante con relación a su PD.

Tabla 16

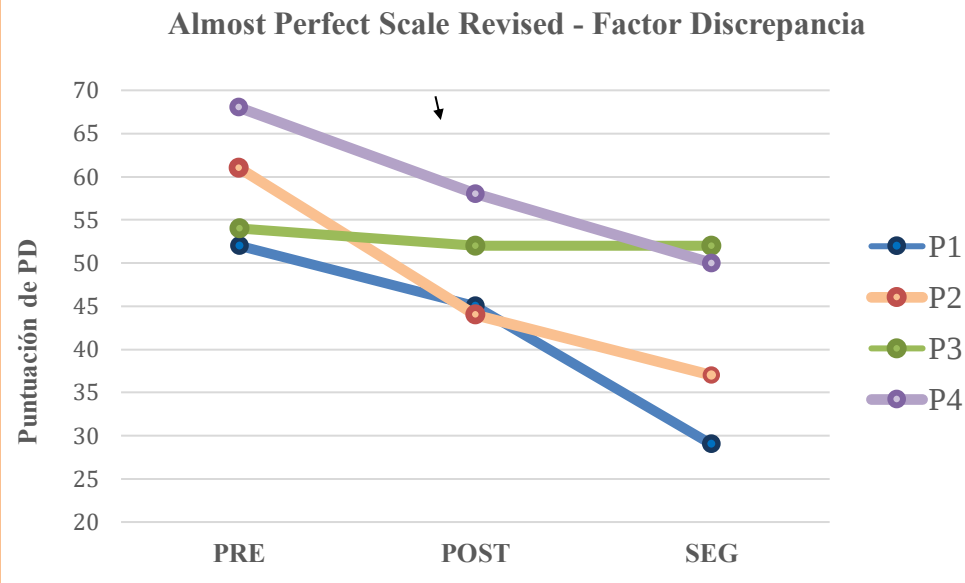
Puntuaciones del PD del GE por fases y CCO.

Escala APS-R-MX (D) ↓	Pre	Post	%Cambio clínico Pre/Post	Seg. 1 mes	%Cambio clínico Pre/Seg
P1	52	45	13.46%	29	44%*
P2	61	44	28% *	37	39%*
P3	54	52	3.7%	52	3.7%
P4	68	58	14.07%	50	26.4%*

Nota¹: * = CCO significativo. Nota²: = La flecha indica lo que se esperaba de la puntuación con la intervención, en este caso se espera que la puntuación del PD disminuya.

Figura 16

Representación de puntuaciones de PD por fases de los participantes del GE



Después de la intervención, las variables negativas asociadas (ansiedad, depresión, miedo al fracaso y evitación experiencial) disminuyeron en la P1 y el P2. El CCO fue significativo en casi todas las variables, con excepción de la evitación experiencial en el P2, la cual solo disminuyó un 11%. En el seguimiento de estos dos participantes se observa un aumento de puntuación en algunas variables, en contraste con la medición post intervención. Sin embargo, sigue siendo menor a la puntuación registrada de forma previa a la intervención en la P1 y el P2.

El P3 mantuvo varias de sus puntuaciones sin ningún porcentaje de CCO en la fase posterior de la intervención. Únicamente el resultado del BDI II mostró un aumento en la medición post. De hecho, en la fase de seguimiento podemos observar una disminución significativa en el miedo al fracaso y la evitación experiencial, el CCO fue significativo en ambas variables.

En la tabla 16 se muestran los puntajes obtenidos en cada una de las fases por cada uno de los participantes. Por su parte en la figura 16 se observa el CCO de la medición pre, post y seguimiento de las variables negativas asociadas.

Tabla 17

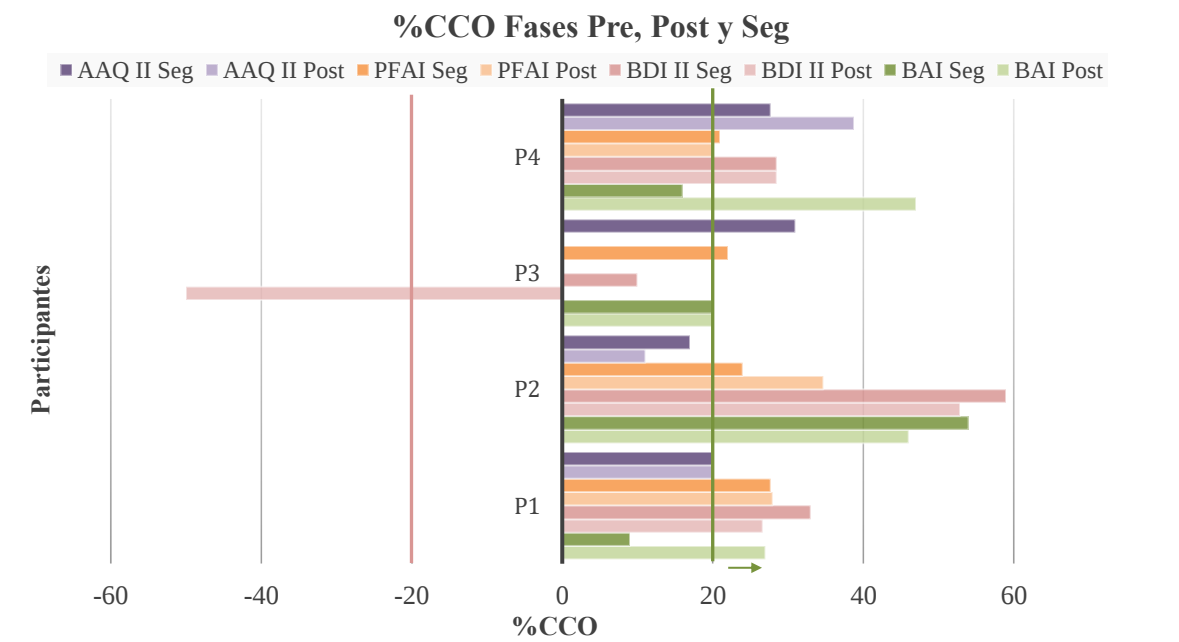
Puntajes generales de las variables negativas de los participantes del GE

Escala		P1	P2	P3	P4
BAI ↓ Máx.= 63	Pre	22	13	10	19
	Post	16	7	8	10
	Seg 1	20	6	8	16
BDI II ↓ Máx.= 70	Pre	30	17	10	28
	Post	22	8	↑ 15	20
	Seg 1	20	7	9	22
PFAI ↓ Máx.= 205	Pre	83	69	83	110
	Post	60	45	83	80
	Seg 1	62	52	65	70
AAQ II ↓ Máx.= 63	Pre	49	36	42	54
	Post	39	32	42	33
	Seg 1	33	30	29	39

Nota¹: la flecha verde a un lado de las escalas indica lo que se esperaba de la puntuación con la intervención, en este caso en todas las escalas se esperaba que disminuyera.
Nota²: la flecha roja indica que hubo un aumento en esa fase en la puntuación del participante.

Figura 17

CCO por fases de las variables negativas asociadas al PD de los participantes del GE



Nota: La línea verde es el referente de un CCO significativo positivo para la investigación, es decir, la puntuación disminuyó y el CCO fue mayor al 20%, por otra parte, la línea roja es un CCO significativo negativo para la investigación ya que la puntuación aumentó.

GC

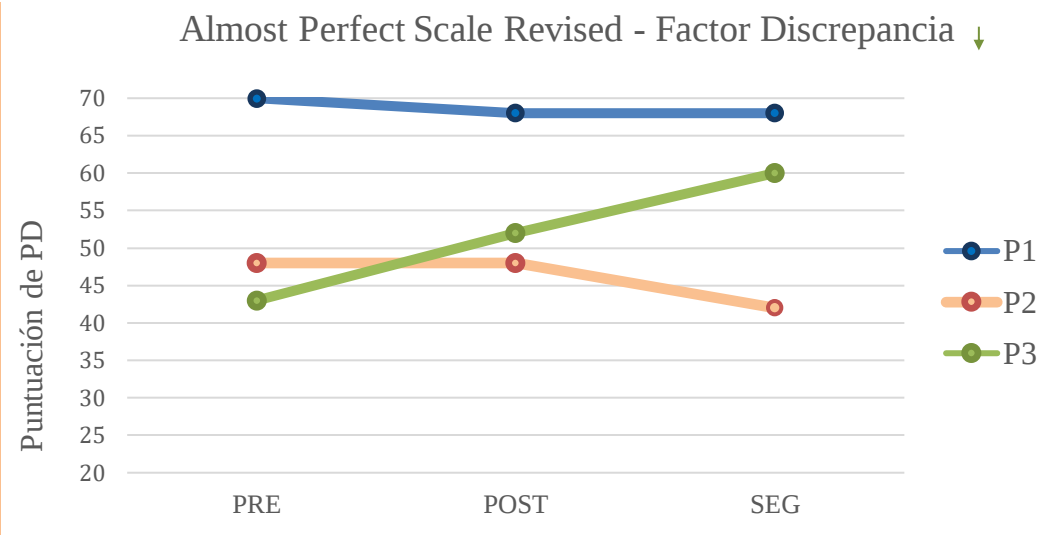
Los puntajes obtenidos en la prueba APS- R- MX (D) muestran una disminución de PD en la P1 y el P2 en las dos mediciones realizadas post y seguimiento, sin embargo, el CCO no fue significativo. El P3 tuvo un CCO del -39% en la fase de seguimiento, el CCO es negativo, porque la puntuación aumentó 17 puntos sobre su PD. En la Tabla 18 podemos observar la distribución de puntuaciones en cada medición, así como su CCO.

Tabla 18
Puntuaciones de los participantes por fases y %CCO

Escala APS-R-MX (D) ↓	Pre	Post	%Cambio clínico Pre/Post	Seg. 1 mes	%Cambio clínico Pre/Seg
P1	70	68	2.8%	68	2.8%
P2	48	48	0%	42	12%*
P3	43	52	-20.93%*	60	-39.5%*

Nota¹: * = CCO significativo. Nota²: La flecha indica lo que se esperaba de la puntuación con la intervención, en este caso se espera que la puntuación del PD disminuya.

Figura 18
Representación de puntuaciones de PD por fases de los participantes del grupo control



Las variables negativas asociadas (ansiedad, depresión, miedo al fracaso y evitación experiencial) tuvieron un aumento en varios de los participantes del GC. El P3 tuvo un aumento en todas las variables y este aumento continuó en el seguimiento.

En la tabla 19 se observan los puntajes obtenidos en cada una de las fases y en cada uno de los participantes y en la figura 18 se observa el CCO de la toma pre, post intervención y seguimiento.

Tabla 19
Puntajes generales de las variables negativas de los participantes del grupo experimental

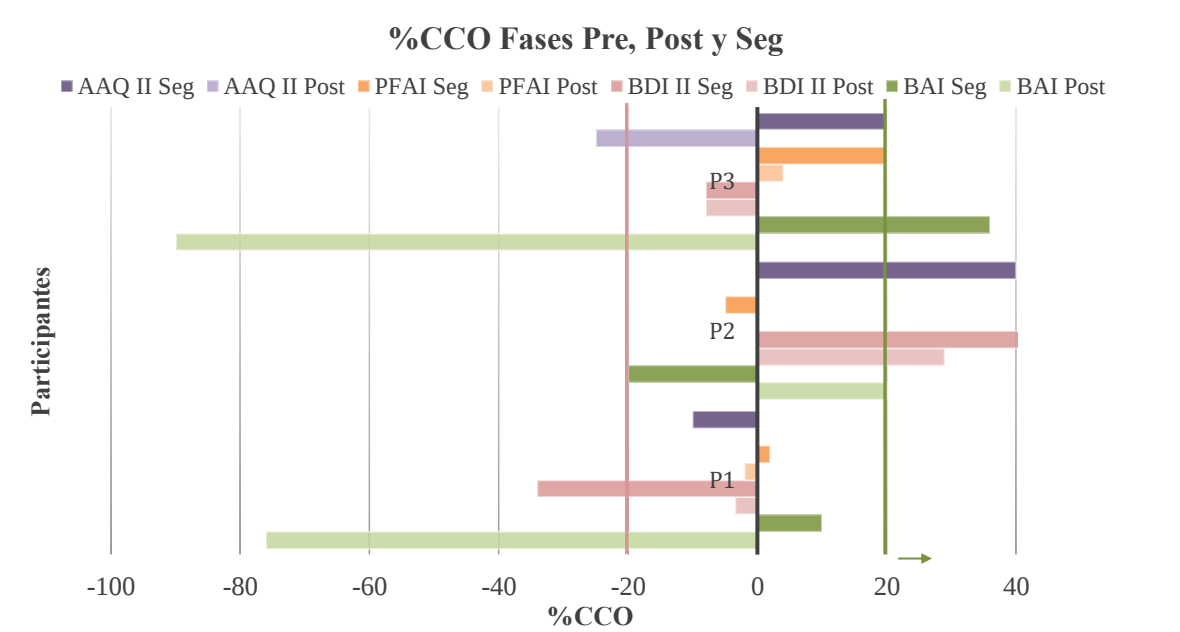
Escalas		P1	P2	P3
BAI ↓ Máx.= 63	Pre	21	5	11
	Post	↑ 37	4	↑ 21
	Seg 1	19	↑ 6	↑ 15
BDI II ↓ Máx= 70	Pre	29	17	37
	Post	↑ 30	12	↑ 40
	Seg 1	19	10	↑ 40
PFAI ↓ Máx.= 205	Pre	102	40	83
	Post	100	40	80
	Seg 1	100	↑ 42	↑ 100
AAQ II ↓ Máx.= 63	Pre	49	27	40
	Post	49	27	↑ 50
	Seg 1	↑ 54	16	32

Nota¹: la flecha verde a un lado de las escalas indica lo que se esperaba de la puntuación con la intervención, en este caso en todas las escalas se esperaba que disminuyera.

Nota²: la flecha roja indica que hubo un aumento en esa fase en la puntuación del participante.

Figura 19

CCO por fases de las variables negativas de los participantes del GC



Nota: la línea verde es el referente de un CCO significativo en la disminución de la puntuación, por otra parte, la línea roja es un CCO significativo en el aumento de la puntuación.

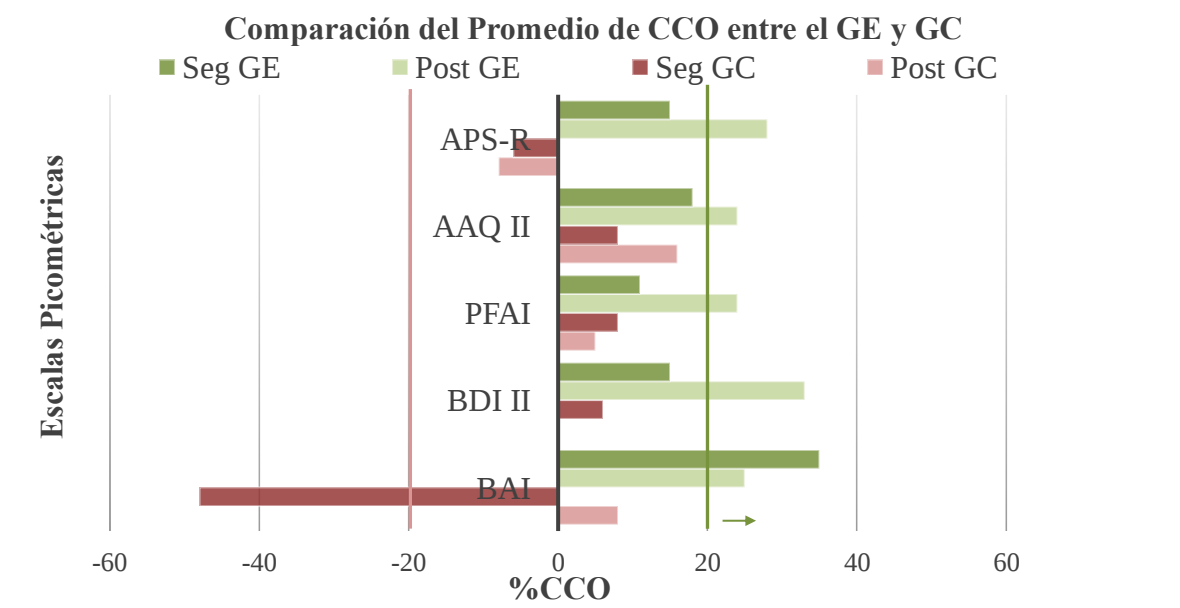
Comparación del grupo experimental y el grupo control

Se observó una diferencia entre el GC y el GE en el PD del 20% en el CCO, en la fase de seguimiento. El GE obtuvo un CCO significativo en la disminución del PD después de la intervención y en el seguimiento. En todas las variables negativas asociadas al PD hubo una diferencia entre el 20 y hasta el 80% en el CCO en su disminución. La variable que tiene la mayor diferencia entre grupos es la ansiedad, con un 83% de diferencia.

El PD tuvo un promedio de CCO del 15% en el GE y un CCO del -6% en el GC, esto refleja que en el GC aumentó el PD en la fase post intervención en la mayoría de los participantes. La disminución en las puntuaciones de las variables continuó en el GE en la fase de seguimiento, el promedio de CCO del PD fue del 28% en el GE, en contraste, en el GC fue del -8%. En la figura 19 se aprecia la comparación del promedio de CCO entre los dos grupos en cada escala y fase.

Figura 20

Promedio de CCO del GE y el GC



Discusión

El objetivo general de este trabajo fue aplicar y evaluar la eficacia de la ACT para disminuir PD y sus variables negativas asociadas en estudiantes de música. En los estudios previos en músicos se ha descrito el perfil de los estudiantes, en éstos se reconoce que tienden a autoevaluarse de manera crítica y están expuestos a niveles altos de estrés (Sternbach, 2008). Aunado a esto se ha correlacionado, de manera positiva, la ansiedad escénica de los músicos con el PD (Patson y Osborne, 2015).

En el presente estudio, mediante el porcentaje del CCO de Cardiel (1994) se observó que la ACT generó cambios significativos en el PD y en sus variables negativas asociadas (ansiedad, depresión, miedo al fracaso y evitación experiencial), en dos de los cuatro participantes del GE en la fase post intervención. Esta disminución en el PD se mantuvo en el seguimiento al mes; mientras que en la fase de seguimiento el PD disminuyó en todos los participantes. El promedio obtenido de CCO del PD en el GE fue del 28% posterior a la intervención. Esta diferencia fue significativa, en comparación con el GC.

El GC tuvo cambios clínicos por debajo del 10% en la disminución del PD en las fases post test y seguimiento, por lo tanto, el porcentaje de CCO de PD no fue significativo en ninguno de los participantes de ese grupo. Esto sugiere que el CCO obtenido en los participantes del GE fue derivado de la intervención.

Dentro de las investigaciones anteriores, la que más se asemeja a este trabajo fue realizada por Aragón (2022), la cual constó de ocho sesiones semanales de 60 minutos cada una y se aplicó a un estudiante de FCA de la UNAM, los resultados de Aragón reflejan que la ACT disminuyó las puntuaciones de PD del participante, también disminuyó la ansiedad, depresión e ideación suicida. Por otra parte, aumentó la autoestima y la percepción de estar más cerca de los valores personales importantes para el participante. La relación entre esta investigación y la de Aragón (2022) reside en el intento de evaluar la ACT para disminuir el PD. Las limitaciones descritas por Aragón fueron que, se planeaba aplicar la intervención a más estudiantes; sin embargo, no se tuvo el tiempo necesario. En este estudio se logró aplicar la intervención a cuatro estudiantes de música y tener un GC para comparar y observar si la ACT reducía de manera significativa el CCO en los participantes.

Se cubrió el objetivo general de evaluar el CCO derivado de la ACT en los niveles de PD, ansiedad, depresión y miedo al fracaso en los estudiantes de música del GE. También

se cubrieron los objetivos particulares, como medir estas variables en el GC, aplicar la ACT y comparar las diferencias entre grupos. Al cubrir estos objetivos se aceptaron algunas de las hipótesis planteadas. La Hipótesis 5, sobre la existencia de una diferencia observable en el CCO de los usuarios del GE, en comparación con los usuarios del GC, y en las hipótesis 1, 2, 3 y 4 que hacían referencia a un CCO en los niveles de PD, ansiedad, depresión y miedo al fracaso en el GE.

Es importante señalar que se eligió la ACT por su evidencia en el trabajo con el perfeccionismo (Flaxman & Bond, 2010). Por ejemplo, Ong et al. (2019) llevaron a cabo un estudio con 53 universitarios, divididos en GE y GC donde se evaluaron aspectos como el perfeccionismo, el estrés, los valores personales, la evitación experiencial y la autocompasión. La intervención consistió en 10 sesiones y los resultados revelaron una disminución significativa en el perfeccionismo clínico en comparación con el GC. Juncos et al. (2017) también llevaron a cabo un estudio piloto donde aplicaron la ACT para reducir la MPA, la cual está relacionada directamente con el PD, los resultados mostraron una disminución en el seguimiento a un mes y tres meses en la MPA y aumentó la percepción en los valores personales.

En el presente estudio, al obtener un promedio de CCO significativo del PD en los estudiantes de música del GE, también se obtuvo un promedio de CCO significativo en la evitación experiencial. Estos resultados señalan un aspecto importante que se menciona en la teoría acerca del perfeccionismo: los individuos perfeccionistas evitan las actividades que les puedan generar pensamientos de autocrítica, debido a su miedo al fracaso. Así mismo, realizan actividades para sentirse suficientes que también conllevan la evitación de pensamientos de autocrítica (Zarza et al., 2016). Por lo tanto, trabajar con la evitación experiencial ayuda a disminuir el PD.

Entre los cambios clínicos se observó que varios de los participantes integraron estrategias que no conllevaban la evitación, esto brindó la oportunidad de realizar acciones que les acercan a sus objetivos de vida, aun cuando los sentimientos de miedo estuvieran presentes. Otro aspecto importante que se retomó en la intervención, con base en los estudios del perfeccionismo, fue la autocompasión. La teoría plantea que incrementar la autocompasión puede ayudar a aumentar la flexibilidad psicológica y disminuir la autocrítica (Ong et al., 2019; Yadavaia et al., 2014).

En los resultados clínicos sobre las acciones y estrategias, se observó un compromiso con acciones que fomentaron la autocompasión por parte de los participantes, por ejemplo, al no ser tan duro consigo mismo, entender cuando algo no sale como se pensaba y aceptar el error de una forma más natural. Todos los estudiantes de música que participaron en el GE, pasaron de no lograr escuchar su música y exponerla ante un público a compartirla y valorar lo que hacían.

A pesar de que, en esta investigación únicamente se llevó a cabo un seguimiento al mes, los resultados sugieren que la intervención puede llegar a ser duradera, debido a que el PD, la evitación y el miedo al fracaso continuaron disminuyendo en la fase de seguimiento. La utilidad de este tipo de intervenciones en el ámbito musical es de gran apoyo para la salud mental de los músicos en formación. Durante el pilotaje, se pudo trabajar con individuos que buscaban reintegrarse al estudio musical después de una deserción. Los participantes mostraban baja autoestima, falta de confianza en sí mismos y una capacidad disminuida para disfrutar la música debido a autoexigencias. Tras la intervención, todos los participantes retomaron la práctica de sus instrumentos, reconstruyeron sus visiones de un futuro en la música y continuaron sus estudios.

Los comentarios del GE reflejaron la normalización de la autoexigencia y la sensación de insuficiencia en su entorno musical. Muchos participantes identificaron estas dificultades en compañeros, amigos e incluso maestros, evidenciando la prevalencia del PD en este contexto. Por lo tanto, este estudio no solo ofrece una herramienta valiosa para mejorar la salud mental de los músicos, sino que también destaca las necesidades apremiantes de los estudiantes de música y la importancia de abordar estos desafíos de manera efectiva.

Limitantes y Sugerencias

Las evaluaciones realizadas durante la intervención permitieron obtener medidas claras para conocer la eficacia de la intervención. Se sugiere agregar otro cuestionario que permita medir la autocompasión, ya que sería importante ver los resultados de una manera cuantitativa, puesto que en esta intervención únicamente se recopilan resultados clínicos. Se considera que aún se debe replicar el estudio de caso a una muestra más grande, para poder generalizar los resultados, así como agregar un seguimiento a seis meses.

Aunado a esto, una de las limitaciones fue el número de participantes, ya que, con una n mayor, se podrían hacer otro tipo de análisis estadísticos que pudieran dar mayor

certeza y representatividad a los resultados. Otro aspecto a mejorar es el control del tiempo en el que se llevan a cabo las sesiones, algunos participantes posponían las sesiones, por lo que la duración de la intervención fue variada; así que podría ser que esa diferencia generara mejoras o recaídas en algunos estudiantes de música, por lo que se sugiere establecer un período límite para la impartición total de la intervención.

Otra limitación fue el llenado del autorregistro, algunos participantes olvidaban anotar sus pensamientos y conductas perfeccionistas, esto ocasionó un sesgo al graficar los cambios. Se sugiere que el formato sea menos rígido y más práctico, una propuesta podría ser realizar una entrevista, al inicio de cada sesión, para explorar los acontecimientos durante la semana relacionados con pensamientos y conductas perfeccionistas y realizar el autorregistro durante la sesión.

Algo que se observó respecto al diseño de la intervención fue que se necesitaba más tiempo para fomentar la autocompasión y comprometerse con acciones para acercarse a los valores personales del participante. Aunque las ocho sesiones eran suficientes para algunos participantes, a otros les costaba más trabajo el compromiso y no lograron formar del todo la autocompasión, por lo que se sugiere aumentar sesiones para trabajar esos dos aspectos y mejorar el efecto de la intervención en la reducción del PD.

Conclusión

Es necesario realizar más intervenciones psicológicas que ayuden a los estudiantes de música a reducir el miedo al fracaso, la ansiedad y el estrés que conllevan los estudios superiores. Con ellas es posible disminuir la deserción del alumnado en las instituciones superiores de música, así como mejorar su rendimiento en el estudio y estar más satisfechos con su profesión y su vida. La intervención resultó eficaz en todos los participantes tanto en la disminución del PD como en sus variables negativas asociadas, ansiedad, depresión, miedo al fracaso y evitación experiencial. Esto se observa en el contraste de estos resultados con los del grupo control.

Teóricamente, el presente estudio, es de los primeros trabajos de intervención para disminuir el PD en estudiantes de música en México desde la ACT. A todos los interesados presentados a la muestra, únicamente dos participantes no cubrieron el criterio de PD por lo que esto refleja que hay un gran porcentaje del alumnado que lo sufre, se requieren más intervenciones para esta población desde una perspectiva clínica.

Referencias

- Aceves, A. M. (2019). La autoexigencia limitante para el artista: una visión gestáltica. *ACADEMIA*,
https://www.academia.edu/39644592/LA_AUTOEXIGENCIA_LIMITANTE_PAR_A_EL_ARTISTA_UNA_VISION_GESTALTICA
- Amores, A. (2017). *Perfeccionismo, miedo al fracaso y síntomas depresivos*. (Tesis de [maestría], Universidad Pontificia Comillas). <http://hdl.handle.net/11531/23179>.
- Aragón, A. (2022). *Intervención basada en la terapia de aceptación y compromiso para jóvenes con perfeccionismo desadaptativo*. (Tesis de [maestría], Universidad Nacional Autónoma de México). TESIUNAM.
<http://132.248.9.195/ptd2021/noviembre/0820451/Index.html>.
- Arana, F. G., Miracco, M. C., Galarregui, M. S., & Keegan, E. G. (2017). A Brief Cognitive Behavioural Intervention for Maladaptive Perfectionism in Students: A Pilot Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(05), 537–542.
<http://doi:10.1017/s1352465817000406>.
- Bagnoli L. Chaves M., Coppari N. (2017) Dimensiones del perfeccionismo y sintomatología depresiva en universitarios de Psicología. *Eureka*. 14(1), 17-23.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905739/eureka-14-1-8.pdf>
- Chand, S. P., Chibnall, J. T., & Slavin, S. J. (2018). Cognitive behavioral therapy for maladaptive perfectionism in medical students: a preliminary investigation. *Academic Psychiatry*, 42(1), 58-61. [10.1007/s40596-017-0708-2](https://doi.org/10.1007/s40596-017-0708-2)
- Dehghan, M., Dibaraz, S., & Kalantarzadeh, F. (2021). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Decreasing Stress and Perfectionism among Female Second-Grade Students of State Elite High Schools of Yazd. *Tolooebehdasht*, 20(1), 69-79. <https://doi.org/10.18502/tbj.v20i1.6184>
- Díaz de Blas, C. (2020). *Perfil psicológico de bailarines de ballet. Una Revision narrativa*. (Tesis de [Licenciatura], Universidad Pontificia Comillas).
<http://hdl.handle.net/11531/41282>

- Egan, S. J., & Hine, P. (2008). Cognitive Behavioural Treatment of Perfectionism: A Single Case Experimental Design Series. *Behaviour Change*, 25(04), 245–258.
[10.1375/bech.25.4.245](https://doi.org/10.1375/bech.25.4.245)
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., & Antony, M. M. (2016). *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*. Guilford Publications.
- Espinosa, F. P. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 5-19.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29213133001.pdf>
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2014). The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the assessment of suicide risk and the prevention of suicide. *Review of General Psychology*, 18(3), 156-172.
<https://doi.org/10.1037/gpr0000>
- Flórez, C. M., & Jiménez Arcila, A. L. (2017). *Terapia grupal, modelo de A. Beck y depresión: un relacionamiento*. (Tesis de [licenciatura], Universidad de Antioquia).
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14302/1/FlorezCristian_2017_TerapiaGrupalModelo.pdf
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cogn Ther Res*, 14, 449–468 <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- García, L. (2020). *Los motivos de la infravaloración en el ambiente musical: conversando con los músicos de mi vida*. (Tesis de [licenciatura], Universidad de la Laguna).
<http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19933>
- Goudarzi, M., Farhangi, A., Tizdast, T., & Javidi, N. (2021). The effect of cognitive behavioral therapy based on health psychology on perfectionism and quality of life. *International Archives of Health Sciences*, 8(2), 111. [10.4103/iahs.iahs_134_20](https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_134_20)
- Greenspon, T. S. (2014). Is there an antidote to perfectionism? *Psychology in the Schools*, 51(9), 986-998. <https://doi.org/10.1002/pits.21797>
- Guido, F. E. R. N. Á. N., Galarregui, M. S., Miracco, M. C., Partarrieu, A. I., De Rosa, L., Lago, A. E., Traiber, L. I, Nussold, P.T, Rutztein, G.K & Keegan, E. G. (2014). Perfeccionismo y desempeño académico en estudiantes universitarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 71-77.
<http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.8>

- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A journal of human behavior*, 15(1), 27–33.
<https://psycnet.apa.org/record/1979-08598-001>
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., & Follete, V.M. (1996). Experiential Avoidance and Behavior Disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6): 1152-1168.
[10.1037//0022-006x.64.6.1152](https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152)
- Hewitt, P. L., Mikail, S. F., Flett, G. L., Tasca, G. A., Flynn, C. A., Deng, X., ... & Chen, C. (2015). Psychodynamic/interpersonal group psychotherapy for perfectionism: Evaluating the effectiveness of a short-term treatment. *Psychotherapy*, 52(2), 205.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2), 94–103. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(65\)80016-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(65)80016-5)
- Grey, K. J. (2017). Perfectionism in collegiate musicians. *Honors Projects*. 393.
<https://scholarworks.bgsu.edu/honorsprojects/393>
- Kenny, D. T., Davis, P., & Oates, J. (2004). Music performance anxiety and occupational stress amongst opera chorus artists and their relationship with state and trait anxiety and perfectionism. *Journal of anxiety disorders*, 18(6), 757-777.
- Iliakis, E. A., & Masland, S. R. (2021). Internet interventions for perfectionism: a meta-analysis and proposals for the college setting. *Journal of American College Health*, 71(8), 2299- 2304. [10.1080/07448481.2021.1970559](https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1970559)
- Juncos, D. G., & de Paiva e Pona, E. (2018). Acceptance and commitment therapy as a clinical anxiety treatment and performance enhancement program for musicians: towards an evidence-based practice model within performance psychology. *Music & Science*, 1, 9(45).2221-2231, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.003>.
- Lowyck, B., Luyten, P., Vermote, R., Verhaest, Y., & Vansteelandt, K. (2017). Self-critical perfectionism, dependency, and symptomatic distress in patients with personality disorder during hospitalization-based psychodynamic treatment: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 268–274. [doi:10.1037/per0000189](https://doi.org/10.1037/per0000189)
- Mairal, J. B. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*.

Revista de Ciencias Humanas y Sociales, 65(127), 761-781.

<https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/7351>

Malpesa, C., Martín-Vivar, M., & Chiclana, C. (2013). Perfeccionismo y estilos de apego relacionados. *Revista de psiquiatría*, 1, 1-10. Recuperado de

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/6123>

Miracco, M., Scappatura, M. L., Traiber, L., De Rosa, L., Arana, F., Lago, A., ... & Keegan, E. (2012). Perfeccionismo en la universidad: talleres psicoeducativos, una intervención preventiva. In IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Ong, C. W., Lee, E. B., Krafft, J., Terry, C. L., Barrett, T. S., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2019). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100444. [doi:10.1016/j.jocrd.2019.100444](https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100444)

O., Fernández, P. (2021). *Curso Online en ACT* [MOOC]. ACT Instituto.

<https://formacionact.online/course/view.php?id=42>.

Patston, & Osborne, M. S. (2015). The developmental features of music performance anxiety and perfectionism in school age music students. *Performance Enhancement & Health (Oxford)*, 4(1-2), 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.peh.2015.09.003>

Perfeccionismo y Autocrítica: Consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI(3), 209-215. ISSN: 0327-6716.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281929021003>.

Pineda-Espejel, H. A., Morquecho-Sánchez, R., Fernández, R., & González-Hernández, J. (2019). Perfeccionismo interpersonal, miedo a fallar, y afectos en el deporte. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 19(2), 113–123.

<https://doi.org/10.6018/cpd.348671>.

Piemontesi, S. E., Heredia, D. E., Furlan, L. A., Rosas, J. S., & Martínez, M. (2012).

Ansiedad ante los exámenes y estilos de afrontamiento ante el estrés académico en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 28(1), 89-96.

<https://www.redalyc.org/pdf/167/16723161011.pdf>.

- Quant, D. M., & Sánchez, A. (2012). Procrastinación, procrastinación académica: concepto e implicaciones. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 3(1), 45-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815146>.
- Rice, K. G., & Lapsley, D. K. (2001). Perfectionism, coping, and emotional adjustment. *Journal of College Student Development*, 42(2), 157-168. <https://psycnet.apa.org/record/2001-14643-005>.
- Riley, C. Michelle Lee, Zafra Cooper, Christopher G. Fairburn, Roz Shafran, A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 45, Issue 9, 2007. [0.1016/j.brat.2006.12.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.003).
- Roset-Llobet, J., Rosinés-Cubells, D., & Saló-Orfila, J. M. (2000). Identification of risk factors for musicians in Catalonia (Spain). *Medical Problems of Performing Artists*, 15(4), 167-174. [10.21091/mppa.2000.4032](https://doi.org/10.21091/mppa.2000.4032)
- Ruiz, FJ, Langer Herrera, AI, Luciano, C., Cangas, AJ & Beltrán, I. (2013). Medición de la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica: La versión española del Cuestionario de Aceptación y Acción - II. *Psicothema*, 25, 123-129. [DOI: 10.7334/psicothema2011.239](https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239).
- Ruiz, J. H. (2012). La sociología de la música. Teorías clásicas y puntos de partida en la definición de la disciplina. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (14), 75-84. <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i14.102>
- Santanello, A. W., & Gardner, F. L. (2006). The Role of Experiential Avoidance in the Relationship Between Maladaptive Perfectionism and Worry. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 319-332. [doi:10.1007/s10608-006-9000-6](https://doi.org/10.1007/s10608-006-9000-6)
- Scappatura, M. L., Arana, F., Elizathe, L., & Rutzstein, G. (2011). Perfeccionismo adaptativo y desadaptativo en trastornos alimentarios: un estudio de revisión. *Anuario de investigaciones*, 18, 81-88. <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139947009.pdf>
- Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. (2002) Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther*, 40(7):773-91. [doi: 10.1016/s0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00059-6). [PMID: 12074372](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12074372/)

Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior modification*, 22(3), 372-390.

[10.1177/01454455980223010](https://doi.org/10.1177/01454455980223010)

Stoeber, J., & Janssen, D. P. (2011). Perfectionism and coping with daily failures: Positive reframing helps achieve satisfaction at the end of the day *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(5), 477-497. DOI: [10.1080/10615806.2011.562977](https://doi.org/10.1080/10615806.2011.562977)

Wimberley, T. E., Mintz, L. B., & Suh, H. (2016). Perfectionism and mindfulness: Effectiveness of a bibliotherapy intervention. *Mindfulness*, 7(2), 433-444.

[10.1007/s12671-015-0460-1](https://doi.org/10.1007/s12671-015-0460-1)

Zarza-Alzugaray, F.J.; Casanova-López, O.; Robles-Rubio, J.E. (2016). Relación entre ansiedad escénica, perfeccionismo y calificaciones en estudiantes del Título Superior de Música. *ReiDoCrea*, 5: 16-21. <http://hdl.handle.net/1048>.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

Entrevista Semiestructurada.

Datos Sociodemográficos

Instrucciones: Te voy a realizar algunas preguntas con la intención de recabar información sobre ti, estos datos me sirven para llevar a cabo la investigación y los datos son confidenciales.

1. ¿Cuál es tu nombre completo?

2. ¿Cuál es tu edad?

3. ¿Cuál es tu ciudad de origen?

4. ¿Con quién vives?

5. ¿Qué es para ti el perfeccionismo?

6. ¿Cómo crees que te afecta en tu vida?

7. ¿Cómo te percibes como músico actualmente?

8. ¿Qué te gustaría cambiar acerca de esa percepción?

Datos sobre la perspectiva del paciente ante su perfeccionismo.

Instrucciones: La siguiente hoja contiene preguntas acerca de tus estándares sobre tu perfeccionismo en la música y lo que deseas llegar a ser contesta de forma sincera y desde tu perspectiva.

1. ¿Crees que son tus estándares más altos que los de otras personas?

2. ¿Crees que eres capaz de alcanzar tus estándares?

3. ¿Crees que son los demás músicos capaces de alcanzar los estándares que tú te propones?

4. ¿Te ayudan estos estándares que te propones a alcanzar día a día tus objetivos o crees que más bien se interponen? P. ej., Enfadarte cuando tus estándares no son alcanzados, te hace abandonar lo que quieres hacer.

5. ¿Cuál sería para ti el costo de relajar uno de los estándares que mencionaste en particular o de ignorar una de tus normas? Y ¿Cuáles serían los beneficios de hacerlo?

APÉNDICE 2

Almost Perfect Scale-Revised

Las siguientes afirmaciones han sido diseñadas para medir las actitudes que tienen las personas sobre sí mismas, sobre su desempeño y sobre los demás. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Por favor responde todas las afirmaciones conformes tu primera impresión y no dediques demasiado tiempo en cada una. Responde cada una de las afirmaciones marcando con una “X” la opción que mejor refleje tu respuesta, utilizando la escala que presentamos debajo para describir tu grado de acuerdo con cada una de las mismas.

1. Fuertemente en desacuerdo.

2. En desacuerdo.

3. Levemente en desacuerdo.

4. No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
5. Levemente de acuerdo.

6. De acuerdo.

7. Fuertemente de acuerdo.

		Desacuerdo			N	Acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Tengo altos estándares de desempeño, ya sea en el trabajo o en el estudio.							
2	Soy una persona ordenada.							
3	A menudo me siento frustrado porque no puedo alcanzar mis metas.							
4	Ser pulcro es importante para mí.							
5	Si uno no espera mucho de sí mismo, nunca triunfará.							
6	Lo mejor de mí nunca parece ser suficientemente bueno para mí.							
7	Pienso que cada cosa debería estar en su lugar.							
8	Tengo altas expectativas para mí mismo.							
9	Raramente cumplo con mis elevados estándares.							
10	Me gusta ser siempre organizado y disciplinado.							
11	Dar lo mejor de mí nunca parece ser suficiente.							

12	Me impongo estándares muy elevados.							
13	Nunca estoy satisfecho/a con mis logros.							
14	Espero lo mejor de mí mismo.							
15	A menudo me preocupa no estar a la altura de mis expectativas.							
16	Mi desempeño rara vez está a la altura de mis estándares							
17	No quedo satisfecho/a, aunque sé que hice lo mejor que pude.							
18	Trato de dar lo mejor de mí en todo lo que hago.							
19	Rara vez soy capaz de alcanzar mis altos estándares de desempeño.							
20	Casi nunca estoy satisfecho/a con mi desempeño.							
21	Casi nunca siento que lo que he hecho está lo suficientemente bien.							
22	Tengo una fuerte necesidad de esforzarme por la excelencia.							
23	A menudo siento decepción después de completar una tarea porque sé qué la podría haber hecho mejor.							

APÉNDICE 3

Instrumentos Psicométricos

En los siguientes links se encuentran las pruebas en formato Google Forms que serán aplicadas con la finalidad de recolectar datos de las variables asociadas al perfeccionismo desadaptativo. El formato nos ayuda a no utilizar papel y tener un proceso más ágil en la aplicación de las pruebas.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSelxUQ9w9nJ0YN1BsWAA3dZccKsQCoKVUGZH1Lu95GcmHEkLQ/viewform?usp=sf_link

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2):

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd_Jm4ZWSNYe25WB348KMphs5mX8nIHxb_KgOK2yy61g6KzlA/viewform?usp=sf_link

Cuestionario de Aceptación y Acción – II

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeglq3REKNc4XpkvvoAOD0WAsc-rg5lmMaZCzkjSG3eh4NRXQ/viewform?usp=sf_link

Inventario de evaluación del error en el rendimiento (PFAI) Adaptación de Moreno-Murcia y Conte 2013.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeMh-tG8HOLFbYB1fUpi5HCTwckTELzILt81X8ck9L9jaVT9Q/viewform?usp=sf_link

APÉNDICE 4

Tiro al blanco

Identificar Mis Valores:

Describe cuáles son tus principales valores en cada una de las siguientes áreas. Piensa en cada una de ellas en términos de tus sueños, como si fuera posible cumplir tus deseos por completo. Los valores que indiques no deben ser un objetivo específico, sino que deben reflejar la forma en que te gustaría vivir tu vida a lo largo del tiempo. Por ejemplo, tener 1000 seguidores puede ser un objetivo en la vida, sin embargo, este objetivo refleja valores como ser reconocido o admirado. Recuerda, son tus valores personales los que realmente importan en este ejercicio. A continuación, escribe cuáles son los valores que te gustaría tener en cada una de las siguientes áreas, trata de enfocarte en el presente. Tus valores pueden cambiar con el tiempo.

Trabajo/Educación	Tiempo libre
Crecimiento personal/salud	Relaciones personales

Tiro al Blanco

Mira nuevamente los valores que has escrito y piensa en tus valores como tablero de tiro al blanco. Observa la figura de abajo representando este tablero. El centro significa que tu vida es exactamente cómo quieres que sea y que estás viviendo con acciones basadas en tus valores personales. Por el contrario, entre más lejos estés del centro eso significa que tu vida no es cómo quieres y que tus acciones no se basan en tus valores personales. Coloca una X en el tablero de Tiro al Blanco que represente de la mejor manera dónde te encuentras el día de hoy. Cómo hay cuatro áreas, debes marcar cuatro X en el siguiente tablero.

APÉNDICE 5

Diario del perfeccionismo (autorregistro)

Fecha_____ Hora_____	Fecha_____ Hora_____
Situación:	Situación:
Antecedentes: <u>¿Qué pasó antes de la situación?</u> <u>¿En dónde estaba al momento de la situación?</u> <u>¿Estabas con alguien? ¿Con quién?</u>	Antecedentes: <u>¿Qué pasó antes de la situación?:</u> <u>¿En dónde estaba al momento de la situación?:</u> <u>¿Estabas con alguien? ¿Con quién?:</u>
Eventos privados: <u>¿Qué pensamiento perfeccionista tuve?</u>	Eventos privados: <u>¿Qué pensamiento perfeccionista tuve?</u>
Eventos privados: <u>¿Qué sentimiento me causó ese suceso?</u>	Eventos privados: <u>¿Qué sentimiento me causó ese suceso?</u>
Eventos públicos: <u>¿Qué conducta perfeccionista tuve?</u>	Eventos públicos: <u>¿Qué conducta perfeccionista tuve?</u>
Estrategia de afrontamiento: <u>¿Hice algo para lidiar con la situación?</u>	Estrategia de afrontamiento: <u>¿Hice algo para lidiar con la situación?</u>
Fecha_____ Hora_____	Fecha_____ Hora_____
Situación:	Situación:
Antecedentes: <u>¿Qué pasó antes de la situación?</u> <u>¿En dónde estaba al momento de la situación?</u> <u>¿Estabas con alguien? ¿Con quién?</u>	Antecedentes: <u>¿Qué pasó antes de la situación?:</u> <u>¿En dónde estaba al momento de la situación?:</u> <u>¿Estabas con alguien? ¿Con quién?:</u>
Eventos privados: <u>¿Qué pensamiento perfeccionista tuve?</u>	Eventos privados: <u>¿Qué pensamiento perfeccionista tuve?</u>
Eventos privados: <u>¿Qué sentimiento me causó ese suceso?</u>	Eventos privados: <u>¿Qué sentimiento me causó ese suceso?</u>
Eventos públicos: <u>¿Qué conducta perfeccionista tuve?</u>	Eventos públicos: <u>¿Qué conducta perfeccionista tuve?</u>
Estrategia de afrontamiento: <u>¿Hice algo para lidiar con la situación?</u>	Estrategia de afrontamiento: <u>¿Hice algo para lidiar con la situación?</u>

APÉNDICE 6

Glosario de términos

Con la intención de comprender los tópicos de las sesiones, así como el trabajo a lo largo de la intervención con el participante aquí se encuentran algunos conceptos de suma importancia en la ACT.

Defusión cognitiva: Es una estrategia y fase de la ACT, que se utiliza para enseñar al paciente a relacionarse con sus pensamientos intrusivos. Intenta que el paciente no se fusione con sus pensamientos, que no los convierta en una verdad absoluta y los observe como espectador más que como parte de ellos.

Desesperanza creativa: Es una estrategia y fase de la ACT, la estrategia utilizada supone aceptar la realidad y asumir los hechos que causan angustia y sufrimiento, en esta fase se cuestiona la lógica social que impone la evitación de los síntomas como la única vía razonable, se procura que el paciente abandone esta lucha y sea consciente que por ese camino no va a llegar a ningún sitio, y así se abren oportunidades alternas de actuar (Mayral, 2007).

Evitación experiencial: es un tipo de regulación emocional en la que la persona no está dispuesta a contactar con determinados eventos privados que le ocasionan “malestar” (pensamientos, sensaciones, emociones y recuerdos) y se comporta para alterar la forma o frecuencia de dichos eventos y las condiciones que los generan (Paez et al., 2011).

Valores: Desde el punto de vista contextual-funcional que maneja la ACT, el valorar es actuar, comportarse en dirección a lo que uno quiere para su vida en sus distintos momentos y circunstancias (Paez et al., 2006). La ACT en la fase de valores procura que el paciente identifique una dirección vital valorada y unas metas y acciones que la impliquen, mostrando la importancia al paciente de una vida basada en valores (Mayral, 2007).

APÉNDICE 7

Consentimiento informado

Ciudad de México, a ____ de ____ de 20__

A través de este documento me gustaría invitarte a participar en la investigación titulada: **Evaluación de la Terapia de Aceptación y Compromiso para reducir el perfeccionismo desadaptativo en estudiantes de música.** A continuación, hay información acerca de la relevancia de la investigación, objetivos y procedimiento.

1. ¿Cuál es el objetivo de esta investigación?

Esta investigación tiene como objetivo: Evaluar el efecto de una intervención basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso en la reducción del nivel de perfeccionismo desadaptativo y sus aspectos negativos.

2. ¿Por qué es importante esta investigación?

La dedicación excesiva a la música puede acarrear una serie de problemas relativos a la elevación de la autoexigencia y el perfeccionismo (Rosset et al., 2000). Además, se reconoce que resulta muy común por los estudiantes de música el abandono de sus estudios, así como el miedo al fracaso y la ansiedad escénica. Debido a esto, surge la necesidad de una intervención en perfeccionismo desadaptativo (PD) en estudiantes de música la cual brinde herramientas para disminuir los aspectos negativos asociados al PD, así como evitar que este derive en trastornos psicológicos y conductas desadaptativas.

3. ¿Por qué he sido invitado a participar en esta intervención?

Has sido invitado a formar parte de esta investigación, porque cumples con las características enlistadas a continuación:

4. Estar estudiando música a nivel licenciatura.
5. Tener 18 años o más.
6. Obtener un puntaje alto en la prueba de APS-R-MX ($\lambda > .40$).

4. ¿Estoy obligado a participar?

Tu participación es **voluntaria, anónima y confidencial**; no tienes que participar forzosamente. No habrá impacto negativo alguno si decides no participar en la investigación.

5. ¿En qué consistirá mi participación y cuánto durará?

Su participación consistirá en lo siguiente:

- Asistir 8 sesiones de una hora y diez minutos cada semana
- Asistir a una sesión de seguimiento al mes y a los tres meses después de terminar el tratamiento, a una nueva recolección de datos e identificar dudas o recaídas para brindarte sugerencias.

6. ¿Cuáles son los posibles beneficios de formar participar en esta intervención?

Disminuir su PD y sus aspectos negativos asociados, para así mismo mejorar su calidad de vida.

7. ¿Tendrá algún costo para mi participar en esta intervención?

No. Las ocho sesiones del tratamiento así como las sesiones de seguimiento son gratuitas.

8. Una vez que acepte participar ¿Es posible retirarme de la intervención?

Tienes el derecho, en cualquier momento de abandonar el tratamiento, sin embargo, se desea que termines el tratamiento, para que obtengas todos los beneficios de la intervención.

11. ¿En qué casos se me puede suspender de la intervención?

4. No haber completado las pruebas aplicadas al 100%.
5. No acudir a todas las sesiones del tratamiento.
6. Retirar el consentimiento firmado.

12. ¿Qué sucede cuando la intervención termina?

Los resultados, de manera anónima, podrán ser publicados en revistas de investigación científica o podrán ser presentados en congresos. Es posible que sus datos psicométricos y demográficos puedan ser usados para otros proyectos de investigación relacionados, no tienes de que preocuparte, no habrá datos que puedan identificarte.

13. ¿A quién puedo dirigirme si tengo alguna complicación, preocupación o problema relacionado con la intervención?

Cualquier duda puedes comunicarte en cualquier momento conmigo: Andrea Michelle Aceves Hernández 44 3

Aclaraciones:

- a) Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
- b) Su decisión de participar en la presente Investigación es **completamente voluntaria**.
- c) En el transcurso de la Investigación, podrás solicitar información actualizada sobre la misma, al investigador responsable.
- d) La información obtenida en esta investigación, utilizada para la identificación de cada participante será mantenida con estricta confidencialidad, conforme la normatividad vigente.
- e) Si consideras que no hay dudas ni preguntas acerca de tu participación, puedes, si así lo deseas, firmar esta Carta de Consentimiento Informado.
- f) Se te comunica que esta Carta de Consentimiento Informado se elabora y firma en dos ejemplares originales, se te entregará un original y el otro lo conservará el investigador principal.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, manifiesto que fui informado (a) del propósito, procedimientos y tiempo de participación y en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en esta investigación titulada Evaluación de la Terapia de Aceptación y Compromiso para reducir el perfeccionismo desadaptativo en estudiantes de música.

No omito manifestar que he sido informado(a) clara, precisa y ampliamente, respecto de los procedimientos que implica esta investigación.

He leído y comprendido la información anterior, y todas mis preguntas han sido respondidas de manera clara y a mi entera satisfacción el día _____ de _____ de _____.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nota: Los datos personales contenidos en la presente Carta de Consentimiento Informado, serán protegidos conforme a lo dispuesto en las Leyes Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y demás normatividad aplicable en la materia.