



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

INGLUENCIA DE LAS APTITUDES MUSICALES SOBRE LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y EL IMPACTO DE ESTAS SOBRE LA CALIDAD DEL SUEÑO

Autor: Ana de la Mata San Marcos

Director profesional: Almudena Sánchez Mazarro

Tutor metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo de 2016

Ana
De la Mata
San Marcos

**INFLUENCIA DE LAS APTITUDES MUSICALES SOBRE LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y
EL IMPACTO DE ESTAS SOBRE LA CALIDAD DEL SUEÑO**



Resumen

Este estudio se propuso valorar la influencia de las aptitudes musicales sobre las dificultades en la regulación emocional y sobre la calidad del sueño, así como el impacto de las dificultades en la regulación emocional sobre la calidad del sueño. Se midió en una población de 182 sujetos adultos de la Comunidad de Madrid a través del Test de Aptitudes Musicales (Seashore, Lewis y Saetveit, 1939), la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Jódar y Hervás, 2008) y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989). Los resultados mostraron que: 1. Las puntuaciones más altas en aptitudes musicales indicaron mayor calidad del sueño y que puntuaciones más bajas en aptitudes musicales, una menor calidad del sueño. 2. Menores puntuaciones en las dificultades de regulación emocional indicaron altas puntuaciones en la calidad del sueño y unas altas puntuaciones en las dificultades de regulación emocional, bajas puntuaciones en la calidad del sueño. 3. No se encontró predictibilidad de las aptitudes musicales para las dificultades en la regulación emocional. Por lo que el estudio propone dos líneas de prevención de la mala calidad del sueño, aún en desarrollo: El uso de la música como herramienta psicoterapéutica y la intervención sobre las dificultades en la regulación emocional.

Palabras Clave: Regulación emocional, calidad del sueño y aptitudes musicales.

Abstract

This study aimed to assess the influence of musical skills on the difficulties in emotional regulation and sleep quality, and the impact of the difficulties in emotional regulation on the quality of sleep. It was measured in a population of 182 adult subjects from Comunidad de Madrid. It was used the Test of Musical Skills (Seashore, Lewis and Saetveit, 1939), the scale of difficulties in emotional regulation (Jodar and Hervas,

2008) and the Index Pittsburgh Sleep quality (Buysse, Reynolds, Monk, Berman and Kupfer, 1989). The results showed that: 1. Higher scores indicated greater musical skills in sleep quality and lower scores on musical skills, a lower quality of sleep. 2. Lower scores on emotional regulation difficulties indicated high scores in sleep quality and a high score in emotional regulation difficulties of low scores in sleep quality. 3. There wasn't predictability of musical skills for emotional regulation difficulties. So the study proposes two lines of prevention of poor sleep quality, still in development: The use of music as a psychotherapeutic intervention tool and the intervention in difficulties in emotional regulation.

Keywords: Emotional regulation, sleep quality and musical skills.

Introducción

Regulación emocional y aptitudes musicales

Las emociones son un proceso básico para la supervivencia. Este proceso surge como reacción a un estímulo que puede ser tanto interno como externo (Núñez, 2012). La regulación emocional es una función que permite monitorizar, evaluar y modificar las respuestas emocionales para lograr la supervivencia (Thomson, 1994).

La regulación emocional se puede tomar como un indicador del estado de salud psicológico. Silva (2005) define la psicopatología como un déficit en la regulación emocional. Y muchas investigaciones señalan al proceso de regulación emocional desadaptativo como origen de la psicopatología (Feldman, Gross y Benvenuto, 2001; Goldsmith y Davidson, 2004; Compare, Zarbo, Shonin, Van Gordon y Marconi, 2014; Lopes, Salovey, Côté y Beers, 2005; Gross y John, 2003; Eftekhari, Zoellner y Vigil, 2008). Es decir, la regulación emocional parece un proceso relevante para el estado general de salud psicológica. Por ello las investigaciones sobre factores que influyen en este proceso podrían tener impacto sobre toda la población.

Las intervenciones centradas en la mejora de la regulación emocional ya muestran su eficacia en un amplio abanico de trastornos. El estudio de Stasiewicz (2013) sobre el entrenamiento en regulación emocional en población con dependencia del alcohol demostró ser eficaz. Etxeberria et al (2010) valoran el efecto del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en cuidadores de enfermos de Alzheimer. El grupo experimental, en comparación con el grupo control, mejoró

significativamente. La intervención aumentó las emociones positivas y redujo las negativas, potenció la capacidad de reparación emocional, aumentó la sensación de bienestar subjetivo y redujo los niveles de estrés percibido. La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), que entrena habilidades para la regulación emocional, está validada por la APA como tratamiento con apoyo empírico moderado para el tratamiento de la depresión (Greenberg 2001, Greenberg y Pos 2012, Ellison, Greenberg, Goldman y Angus, 2009). Por último, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) propuesta por Linehan (1993) para la intervención en personas con trastorno límite de la personalidad es otro ejemplo. Este enfoque entiende el trastorno límite de personalidad como un déficit en el aprendizaje de la regulación emocional. El tratamiento se centra en la dotación de habilidades de regulación emocional. La TDC ha obtenido un apoyo empírico fuerte (Koerner y Linehan, 2000). Las investigaciones sobre predictores de dificultades en la regulación emocional podrían ser una puerta para mejorar estas intervenciones, que se centran en el proceso de regulación emocional.

Se han realizado estudios sobre los mecanismos de regulación emocional y psicopatología. Las investigaciones realizadas hasta el momento apuntan a que no hay unos mecanismos de regulación más adecuados que otros. Aunque sí que indican que cuanto mayor sea la capacidad para diferenciar emociones, más adaptativa será la regulación emocional (Feldman, Gross y Benvenuto, 2001). El estudio de Hervás y Vázquez (2006) revela que todas las formas de regulación emocional son útiles según las circunstancias. Por lo tanto, la clave para tener una regulación emocional adecuada parece estar en la flexibilidad. Tener un abanico amplio de estrategias que se usen según las circunstancias es adaptativo (Hervás y Vázquez, 2006).

Mientras la salud en la regulación emocional está relacionada con la flexibilidad, otros estudios apuntan a que la psicopatología se relaciona con la rigidez. Aldao y Dixon-Gordon (2014), hallaron en su estudio que la psicopatología tiene que ver más con la rigidez a la hora de usar estrategias de regulación emocional que con el tipo de estrategia usada. En su estudio identificaron el tipo de estrategia que parecía usarse de forma rígida cuando el paciente presentaba sintomatología depresiva y sintomatología de ansiedad. Los síntomas depresivos mostraron estar relacionados de forma significativa y directa con la autocrítica, la evitación y la falta de expresión. Mientras que mostraron estar relacionados de forma significativa e inversa con la solución de problemas y la aceptación. En el caso de la ansiedad, su sintomatología mostró una relación significativa y directa con la rumiación y la autocrítica.

En un proceso sano de regulación emocional hay un equilibrio entre el autocontrol emocional y la desregulación (Hervás y Vázquez, 2006). Este equilibrio depende de cuatro habilidades: el reconocimiento de las emociones en uno mismo y en los demás, la aceptación de las emociones, el control de las emociones y la autogeneración de emociones positivas (Silva 2005). Estas habilidades se comienzan a adquirir durante los primeros años de vida, a través de la relación con la figura de apego. Bowlby (1990) describe cómo el bebé busca la proximidad con la figura de apego. El bebé espera que esta figura refuerce los estados emocionales positivos y atenúe los negativos. La figura de apego ejerce de regulador de las emociones del bebé. Esta experiencia queda codificada en la memoria procedimental y emocional y se internaliza. Aprendemos a regular nuestras emociones a partir de la regulación emocional que la figura de apego nos haya proporcionado.

Koelsch y Siebel (2005) describen como al comienzo de la vida, la música es un vehículo de comunicación a través del cual se establece la relación entre la figura de apego y el bebé. Cuando las madres se refieren a sus bebés cambian su voz y en realidad no les hablan, les cantan. Cuando hablamos, nuestra voz tiene cierto ritmo y tono, que transmite cómo nos sentimos, nuestras intenciones o nuestros deseos. Es a través de esta comunicación musical como la figura de apego empieza a regular la emoción del bebé. El bebé inicia parte de su aprendizaje en la regulación emocional a través de la música (Koelsch y Siebel, 2005). Este aprendizaje tiene un correlato neuronal. El procesamiento de la música activa la amígdala y a corteza prefrontal. Estas zonas del cerebro están implicadas en la emoción y el control de la conducta emocional (Koelsch, Fritz, Cramon, Müller y Friederici, 2006).

Esta evidencia neurológica es la que ha incentivado en mayor medida el uso de la música en psicoterapia. Kamioka et al (2014) revisa los ensayos RCT de tratamientos psicológicos que utilizan la música como herramienta para el cambio. Esta revisión encuentra que la música es una herramienta que genera mejoras en un amplio abanico de síntomas emocionales, como, por ejemplo, los síntomas depresivos (Buntello, Martínez y Alonso, 2010). Pero estas investigaciones suelen presentar una dificultad. Estudian los beneficios de la música en músicos. Carrigial y Schellenberg (2015) se preguntaron si los supuestos beneficios de la música se debían a las aptitudes previas de las personas que decidían estudiar música o la propia música. Este estudio identificó diferencias previas significativas entre músicos y no músicos. Aunque finalmente concluyeron que la música sí que se relaciona significativamente con la mejora de la memoria de trabajo, las funciones ejecutivas y la percepción del discurso. Es decir, parece que la adquisición de aptitudes musicales generó mejoras en el funcionamiento

psíquico, independientemente de las habilidades previas. Sin embargo, no se evaluaron variables relacionadas con la regulación emocional.

El estudio de Thoma, Ryf, Mohiyeddini, Ehlert y Nater (2012) ya muestra como en la adultez la selección de la música que escuchamos es congruente con la emoción presente. Pero lo más interesante de este estudio es que revela que esta música también regula dicha emoción. Es decir, la música no sólo puede ser un vehículo para el aprendizaje de la regulación emocional, sino que, en el presente, parece que podría ser también un instrumento que facilita la regulación emocional.

Las aptitudes musicales se refieren a la habilidad para reconocer, diferenciar y recordar el tono, la intensidad, el ritmo, el tiempo y el timbre de los sonidos (Seashore, 1938). Todas las intervenciones que usan la música como herramienta para el cambio entrenan o repercuten de algún modo sobre las aptitudes musicales de los pacientes (Kamioka, 2014). La mayoría de investigaciones existentes valoran la eficacia de la música sobre diversas sintomatologías. Pero las investigaciones sobre la influencia de las aptitudes musicales en la regulación emocional aún son escasas.

Los estudios sobre el papel de las aptitudes musicales en la regulación emocional podrían suponer un apoyo para la incorporación del entrenamiento de las aptitudes musicales a los tratamientos que trabajan sobre la regulación emocional. Además, es interesante destacar, que ninguno de los tratamientos que usan la música como herramienta revisados por Kamioka (2014) tuvo efectos iatrogénicos y que fue una herramienta tolerada por todo tipo de pacientes.

Puesto que la música es uno de los medios a través de los cuales comienza el aprendizaje de la regulación emocional y en la adultez parece que sigue siendo una de las herramientas para regular las emociones ¿Son las aptitudes musicales predictores de las dificultades en la regulación emocional?

Este estudio se propone como primer objetivo encontrar apoyo empírico que indique que puntuaciones más altas en aptitudes musicales se relacionan con puntuaciones más bajas en las dificultades de regulación emocional y puntuaciones más bajas en aptitudes musicales se relacionan con puntuaciones más altas en las dificultades de regulación emocional.

Calidad del sueño y regulación emocional

El sueño es una función biológica fundamental, no sólo por la cantidad de tiempo que le dedicamos, sino por la significación que atribuimos a una noche de descanso y el efecto que tiene el sueño sobre nuestra salud general (Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005). La calidad del mismo es uno de los elementos con más peso para alcanzar un estado de bienestar físico y psicológico (Sierra, Jimenez-Navaroo y Martín-Ortiz, 2002).

La calidad del sueño es un constructo formado por diferentes variables subjetivas y el nivel de interferencia de estas sobre el funcionamiento diario. Es decir, los requisitos para tener una buena calidad del sueño son variables entre sujetos. Por ello se habla de personas con patrones del sueño de calidad y personas con patrones del sueño de calidad pobre (Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005). Para valorar la calidad del

sueño se tiene en cuenta la percepción subjetiva del mismo del sujeto, las horas de descanso real que tiene, la cantidad y frecuencia de elementos perturbadores de su descanso y la interferencia en la vida diaria de los mismos. Se hablaría de una buena calidad del sueño cuando la persona considera que su descanso es adecuado, suficiente, sin factores que lo perturben demasiado y sin interferencia en su vida diaria. Mientras que se hablaría de una mala o pobre calidad del sueño cuando la persona considera que su descanso no es adecuado, suficiente, tiene factores que lo perturban y esto interfiere en su vida diaria (Sierra, Jimenez-Navarero y Martín-Ortiz, 2002).

Splegel et al (1999) comprobaron que las consecuencias de una pobre calidad del sueño son graves y amplias tanto sobre la salud física como la psicológica. Una mala calidad del sueño produce desajustes metabólicos, deterioro cognitivo, diabetes, hipertensión y obesidad (Salavert, 2012). Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares fueron responsables del 31% de las muertes en el mundo en 2014. Es la primera causa de muerte en la actualidad. En estas enfermedades la diabetes, la hipertensión y la obesidad tienen una fuerte influencia (OMS, 2014). Otros estudios apuntan que la mala calidad del sueño también produce inmunodepresión (Pandi-Perumal, Cardinali y Chrousos, 2007). El estudio de Ohayon (1997) también encontró relación entre la mala calidad del sueño y un mayor número de consulta médicas al año, un mayor número de hospitalizaciones y una mayor incidencia de trastornos depresivos y de ansiedad. Por lo que los estudios sobre la prevención de la mala calidad del sueño, podrían beneficiar a la gran población afectada por problemas cardiovasculares, repercutir positivamente sobre el estado inmunológico de las personas, suponer un ahorro en los costes de la sanidad y ayudar a reducir la incidencia

de los dos trastornos psicológicos con más prevalencia en la actualidad, los trastornos depresivos y de ansiedad.

Las intervenciones existentes para los trastornos del sueño han demostrado una eficacia fuerte (Morin, Kowwatch, Barry y Walton, 1993 y Morin, Bootzin, Buysse, Edinger, Espie y Lichstein, 2006). Según la APA los trastornos del sueño son uno de los problemas de salud más importantes en las sociedades occidentales. Alrededor de un 40% de la población sufre insomnio, un 10% apnea del sueño y un 60% ve alterado su ritmo circadiano normal. Es decir, en la actualidad hay una gran cantidad de psicopatología del sueño y tratamientos eficaces para ellas. Mientras que parece haber una escasez de programas de prevención de una pobre calidad del sueño. A pesar de la importancia y el impacto sobre el estado de salud general que produce un descanso de calidad y reparador. Un sueño de calidad ayuda a un buen funcionamiento del sistema nervioso, del sistema inmune, del sistema circulatorio y mejora la calidad de vida (Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005).

Los estudios realizados sobre factores que influyen sobre la calidad del sueño comienzan a sugerir una fuerte relación con una regulación emocional desadaptativa. Por ejemplo, el estudio de Mauss, Troy y LeBourgeois (2013) halló una peor calidad del sueño en los participantes de la investigación que peor regulación emocional mostraron. ¿Podría ser la regulación emocional un elemento importante en la prevención de psicopatologías del sueño y de promoción de una alta calidad del sueño? ¿Es la regulación emocional un predictor de la calidad del sueño?

Por todo ello el segundo objetivo de este estudio, que contribuye a un área en desarrollo, pretende encontrar apoyo empírico que apunte a que unas menores puntuaciones en las dificultades de regulación emocional serán indicadores de altas puntuaciones en la calidad del sueño y unas altas puntuaciones en las dificultades de regulación emocional serán predictores de bajas puntuaciones en la calidad del sueño.

Calidad del sueño y aptitudes musicales.

Los estudios sobre la influencia de las aptitudes musicales en la calidad del sueño son escasos (Kamioka, 2014). Realizar investigaciones al respecto establecería un punto de partida para desarrollar la música como herramienta de prevención de la sintomatología del sueño. Es importante remarcar que en la revisión que llevó a cabo Kamioka (2014) sobre los tratamientos psicológicos que usaron la música como herramienta halló que es una herramienta tolerada por todo tipo de y no tuvo efectos iatrogénicos en ninguno.

El entrenamiento de las aptitudes musicales es una intervención que se comienza a utilizar para trabajar sobre patología del sueño y para mejorar su calidad. Buntello, Martínez y Alonso (2010) hallan una mejoría de la calidad del sueño de los pacientes tras un proceso de musicoterapia.

Si las aptitudes musicales influyesen sobre la regulación emocional y la regulación emocional sobre la calidad del sueño, ¿Son las aptitudes musicales un factor que impacte sobre la calidad del sueño?

El tercer objetivo de este estudio es hallar evidencia empírica que apoye que unas puntuaciones más altas en aptitudes musicales indican unas puntuaciones más altas en la calidad del sueño y que unas puntuaciones más bajas en aptitudes musicales indican unas puntuaciones más bajas en calidad del sueño.

Resolución

La investigación tiene tres focos: Estudiar el impacto de las aptitudes musicales sobre la función de regulación emocional, estudiar el impacto de la regulación emocional sobre la calidad del sueño y estudiar el impacto de las aptitudes musicales sobre la regulación emocional.

Se espera que los resultados indiquen que, en primer lugar, unas puntuaciones más altas en aptitudes musicales se relacionan con puntuaciones más bajas en las dificultades de regulación emocional y puntuaciones más bajas en aptitudes musicales se relacionan con puntuaciones más altas en las dificultades de regulación emocional. En segundo lugar, que unas menores puntuaciones en las dificultades de regulación emocional serán predictores de altas puntuaciones en la calidad del sueño y unas altas puntuaciones en las dificultades de regulación emocional serán predictores de bajas puntuaciones en la calidad del sueño. Y, en tercer lugar, que puntuaciones más altas en aptitudes musicales predicen unas puntuaciones más altas en la calidad del sueño y que unas puntuaciones más bajas en aptitudes musicales predicen unas puntuaciones más bajas en calidad del sueño

Las tres hipótesis están en un momento de desarrollo e investigación. Los resultados podrían contribuir a un mejor conocimiento del proceso de regulación emocional. Las investigaciones que contribuyen a conocer los factores que influyen y sobre los que repercute este proceso puede llegar a generar modificaciones en las intervenciones existentes. Podrían diseñarse programas que incorporasen el entrenamiento en aptitudes musicales más eficaces sobre la calidad del sueño y la regulación emocional. Y, por último, también podrían suponer una disminución de los costes en sanidad.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 182 sujetos madrileños mayores de edad: 80 hombres y 102 mujeres; 70 tocaban algún instrumento o cantaban y 112 no tocaban ningún instrumento ni cantaban; 48 se dedicaban a la música de forma profesional y 134 no se dedicaban a la música de forma profesional; 102 se dedicaban a la música como aficionado y 80 no se dedicaban a la música como aficionado y 166 se consideraban aficionados a la música y 16 no se consideraban aficionados a la música. La edad de los sujetos osciló entre los 19 y los 58 años, con una media de 32,54 (dt 10,95) años.

Materiales y procedimiento

La medida de la calidad del sueño se realizó a través del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP) propuesto por Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer (1989) validado al español por Jiménez-Genchi, Monteverde-Maldonado, Nenclares-

Portocarrero, Esquivel-Adame y Vega-Pacheco (2008). Este cuestionario lo componen 19 ítems divididos en 10 apartados que proporcionan puntuaciones parciales de siete componentes distintos de la calidad del sueño: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia habitual, alteraciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna. Los siete componentes parciales puntúan entre el 0 y el 3 donde el 0 indica facilidad y el 3 dificultad severa. El Índice también proporciona una puntuación global entre los 0 y los 21 puntos, siendo 0 facilidad para dormir y 21 dificultad severa en todas las áreas.

La información sobre regulación emocional se recogió a través de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (EDRE) adaptada al castellano por Jódar y Hervás (2008). Esta escala la conforman 28 ítems, que proporcionan puntuaciones parciales de 5 factores: Descontrol, rechazo, interferencia, desatención y confusión. El factor descontrol compuesto por 9 ítems, el rechazo por 7 ítems y la interferencia, la desatención y confusión por 4 ítems. Cada uno de estos factores puntúa entre el 0 y el 5 siendo 0 casi nunca y 5 casi siempre. Cuanto mayores sean las puntuaciones, mayores son las dificultades para regularse emocionalmente.

La medida de la variable de aptitudes musicales se tomó a través del Test de Aptitudes Musicales (TAM) (Seashore, Lewis y Saetveit, 1939) adaptado en España por TEA Ediciones en 1968. La prueba consta de seis tests que miden los seis factores que componen la aptitud musical (tono, intensidad, tiempo, timbre, ritmo y memoria tonal). El tono, la intensidad, el tiempo y el timbre se miden a partir de 50 pares frases musicales y el ritmo y la memoria tonal a partir de 30 pares de frases musicales. El test

ofrece un perfil sobre las aptitudes musicales. El perfil se obtiene al comparar las puntuaciones centiles con unos baremos de una muestra de población general.

Los tres cuestionarios se pasaron a formato digital y se difundieron en cadena a través de *Facebook*, *Twitter* y correo electrónico. Junto con los tres cuestionarios se recogieron los siguientes datos demográficos: sexo, edad, si se toca algún instrumento musical o cantan, si se dedican profesionalmente a la música, si se dedican como aficionados a la música, años que llevan realizando su actividad musical, edad de inicio en su actividad musical, horas dedicadas a la semana a su actividad música y se consideran aficionados a la música.

Los análisis de datos se realizaron utilizando el programa estadístico SPSS v.14.0. Primero se describieron las características de la muestra con las desviaciones típicas estándares y se utilizó la prueba de Ji Cuadrado con el objetivo de identificar diferencias entre sexo, tocar un instrumento o cantar, dedicarse profesionalmente a la música, tocar o cantar como aficionado y considerarse aficionado a la música. En segundo lugar, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson para muestras independientes para estudiar las relaciones entre edad, los años de realización de su actividad musical, la edad de inicio de su actividad musical, las horas dedicadas a la semana a esta actividad y las puntuaciones en las escalas y subescalas de calidad del sueño, aptitudes musicales y dificultades en la regulación emocional. En tercer lugar, se utilizó la prueba de t de Student para muestras independientes para comparar los grupos en función del sexo, tocar un instrumento o cantar, dedicarse profesionalmente a la música, tocar o cantar como aficionado y considerarse aficionado a la música. Por último, se realizaron tres regresiones lineales entre las aptitudes musicales y la calidad

del sueño, las dificultades en la regulación emocional y la calidad del sueño y las aptitudes musicales y las dificultades en la regulación emocional. Antes de realizar las pruebas se comprobaron los supuestos de normalidad Kolmogorov-Smirnov, pero se asumió normalidad por los criterios de Currant, West y Finch (1996).

Resultados

Se contó con 182 sujetos el 56% mujeres y el 44% hombres; el 61,5 tocaban algún instrumento o cantaban y el 38,5 no tocaban ningún instrumento ni cantaban; el 26,4% tocaban algún instrumento o cantaban de forma profesional y el 73,6 no tocaban ningún instrumento o cantaban de forma profesional; el 56% tocaba un instrumento o cantaba como aficionado; y el 91,2% se consideraron aficionados a la música frente a un 8,8% que no.

La media de años de experiencia tocando un instrumento o cantando fue de 16,27 (dt 12,63) años. La edad de inicio osciló entre los 3 y los 44 años y la media fue de 13,97 (dt 12,32). La puntuación en el TAM osciló entre 30,00 y 97,20 y la media fue de 73,27 (dt 16,08). La puntuación global en la EDRE osciló entre 44 y 117 y la media fue de 67,49 (dt 14,32). El factor Descontrol osciló entre 9 y 45 y la media fue de 17,69 (dt 6,75); el factor Rechazo osciló entre 7 y 35 y la media fue de 13,99 (dt 5,93); el factor Interferencia osciló entre 4 y 20 y la media fue de 9,33 (dt 1,60); y el factor Confusión osciló entre 4 y 20 y la media fue de 9,80 (dt 1,60). La puntuación en el ICSP osciló entre 6 y 21 y la media fue de 11,7 (dt 3,19). La calidad del sueño subjetiva osciló entre 0 y 3 y la media fue de 0,86 (dt 0,85); la latencia del sueño osciló entre 0 y 3 y la media fue de 0,78 (dt 0,88); la duración del sueño osciló entre 0 y 3 y la media

fue 7,01 (dt1,36) horas; la eficiencia habitual del dormir osciló entre 0 y 3 y la media fue de 0,29 (dt 0,57); la alteración del sueño osciló entre 0 y 3 y la media fue de 1,05 (dt 0,92); el uso de medicación para dormir osciló entre 0 y 2 y la media fue de 0,10 (dt 0,40); y la disfunción diurna osciló entre 0 y 3 y la media fue de 1,52 (dt1,43).

El 49% de las mujeres no tocaba ningún instrumento o cantaba y el 51% sí frente a un 25% de los hombres que no tocaban ningún instrumento o cantaban y el 17% sí. Esta diferencia fue significativa, $\chi^2(1, N = 182) = 10,93, p = 0,001$.

Se identificaron correlaciones significativas listadas en la Tabla 1. La edad de los sujetos se relacionó de forma inversa muy significativa con latencia del sueño (LS) $r(182) = -0,367, p < ,001$ e interferencia $r(182) = -0,276, p < ,001$.

En los sujetos que tocaban algún instrumento o cantaban, se hallaron correlaciones significativas. La variable años de experiencia, se relacionó de forma significativa con la calidad del sueño subjetiva (CSS) $r(122) = -0,501, p < ,001$; TAM $r(125) = 0,501, p < ,001$; alteraciones del sueño (AS) $r(125) = -0,497, p < ,001$; la puntuación total del ICSP (ICSP Total) $r(124) = -0,437, p < ,001$; LS $r(125) = -0,370, p < ,001$; disfunción diurna (DD) $r(125) = -0,354, p < ,001$; duración del dormir (DdD) $r(125) = 0,287, p < ,001$; e Interferencia $r(125) = -0,235, p < ,001$. La edad de inicio de las personas que tocaban algún instrumento se relacionó de forma inversa con Descontrol $r(115) = -0,375, p < ,001$. Las horas de dedicación a la semana se relacionó de forma significativa con CSS $r(125) = -0,527, p < ,001$; TAM $r(125) = 0,506, p < ,001$; ICSP Total $r(125) = -0,454, p < ,001$; AS $r(125) = -0,385, p < ,001$; LS $r(125) = -0,372, p < ,001$; y Confusión $r(125) = 0,315, p < ,001$.

La puntuación en el TAM se relacionó de forma significativa con CSS $r(182) = -0,545, p < ,001$; LS $r(182) = -0,505, p < ,001$; AS $r(182) = -0,413, p < ,001$; ICPS Total $r(182) = -0,408, p < ,001$; ES $r(179) = -0,348, p < ,001$; y DdD $r(182) = 0,383, p < ,001$.

La puntuación total en el ICSP se relacionó de forma significativa con todas sus subescalas: LS $r(179) = 0,724, p < ,001$; CSS $r(179) = 0,652, p < ,001$; ES $r(179) = 0,636, p < ,001$; AS $r(179) = 0,758, p < ,001$; Uso de medicamentos para dormir (UM) $r(179) = 0,320, p < ,001$; y DD $r(179) = 0,632, p < ,001$. La única subescala con la que no se encontró una relación significativa es con DdD $r(179) = -0,085, p > ,05$. Todas las subescalas del ICSP se relacionaron entre sí de forma directa y significativa, excepto UM con DdD $r(182) = -0,121, p < ,05$ y con AS $r(182) = -0,137, p < ,05$.

La puntuación total en la EDRE Total se relacionó de forma significativa con LS $r(182) = 0,260, p < ,001$; y ES $r(179) = 0,195, p < ,001$. También EDRE Total se relacionó de forma significativa: Descontrol $r(182) = 0,892, p < ,001$; Rechazo $r(182) = 0,828, p < ,001$; Interferencia $r(182) = 0,802, p < ,001$; Confusión $r(182) = 0,531, p < ,001$; y Desatención, $r(182) = -0,168, p < ,05$. Todos los factores de la EDRE se relacionaron de forma significativa y directa excepto Desatención con Interferencia $r(182) = -0,081, p > ,05$; Desatención con Rechazo $r(182) = -0,357, p < ,001$; y Desatención con Descontrol $r(182) = -0,244, p < ,001$.

Por último, se encontró una relación significativa entre variables del ICSP y la EDRE: ES e Interferencia $r(179) = 0,318, p < ,001$; DD con Rechazo $r(182) = 0,300, p < ,001$; e Interferencia $r(182) = 0,407, p < ,001$.

Se identificaron diferencias de medias significativas representadas en las tablas Tabla 2., Tabla 3. y Tabla 4. del Apéndice.

Hubo un efecto significativo del sexo sobre LS, $t(180) = 0,364, p < ,05$ y UM, $t(180) = 23,200, p < ,05$.

Tocar un instrumento o cantar también tuvo un efecto significativo sobre Interferencia $t(180) = 10,346, p < ,001$; CSS $t(180) = 1,949, p < ,001$; LS $t(180) = 3,681, p < ,001$; DdD $t(189) = 12,783, p < ,01$; ES $t(177) = 36,953, p < ,01$; AS $t(180) = 0,058, p < ,001$; ICSP Total $t(177) = 11,726, p < ,001$; y TAM $t(180) = 0,358, p < ,001$.

Hubo un efecto significativo de ser profesional sobre Descontrol $t(180) = 5,224, p < ,01$; Interferencia $t(180) = 14,010, p < ,01$; Confusión $t(180) = 1,676, p < ,05$; CSS $t(180) = 79,377, p < ,001$; LS $t(180) = 12,624, p < ,001$; DdD $t(180) = 8,089, p < ,001$; ES $t(177) = 66,445, p < ,001$; AS $t(180) = 24,065, p < ,001$; UM $t(180) = 19,452, p < ,05$; DD $t(180) = 1,158, p < ,001$; ICSP Total $t(177) = 1,225, p < ,001$; y TAM $t(180) = 42,835, p < ,001$.

Por último, considerarse aficionado a la música tuvo un efecto significativo sobre Interferencia $t(180) = 1,161, p < ,001$; CSS $t(180) = 0,970, p < ,01$; LS $t(180) = 1,231, p < ,001$; DdD $t(180) = 0,850, p < ,05$; ES $t(177) = 4,178, p < ,05$; AS $t(180) = 0,386, p < ,01$; ICSP Total $t(177) = 4,223, p < ,001$; y TAM $t(180) = 0,045, p < ,001$.

Se calcularon tres regresiones lineales representadas en Figura 1 y, Figura 2. La primera para predecir el ICSP Total en función de las puntuaciones en el TAM. Se halló una ecuación de regresión significativa ($F(1, 177) = 35,260$, $p < ,001$), con una R^2 de 0,166. Las puntuaciones de los participantes en el ICSP Total fueron iguales a $17,712 - 0,082$ (TAM) puntos, midiendo el ICSP Total en puntos. El ICSP Total de los sujetos disminuyó 0,082 por cada punto en el TAM.

La segunda regresión lineal se realizó para la predicción del ICSP Total en función de la EDRE. Se halló una ecuación de regresión lineal significativa ($F(1, 177) = 10,304$, $p < ,01$) con una R^2 de 0,055. Las puntuaciones de los participantes en el ICSP Total fueron iguales a $8,208 + 0,052$ (EDRE) puntos, midiendo el ICSP Total en puntos. El ICSP Total de los sujetos aumentó 0,052 por cada punto en el EDRE.

La tercera regresión lineal se realizó para la predicción de la EDRE en función del TAM. Se halló una ecuación de regresión lineal significativa ($F(1, 180) = 0,522$, $p > ,05$) con una R^2 de 0,001.

Figura 1.

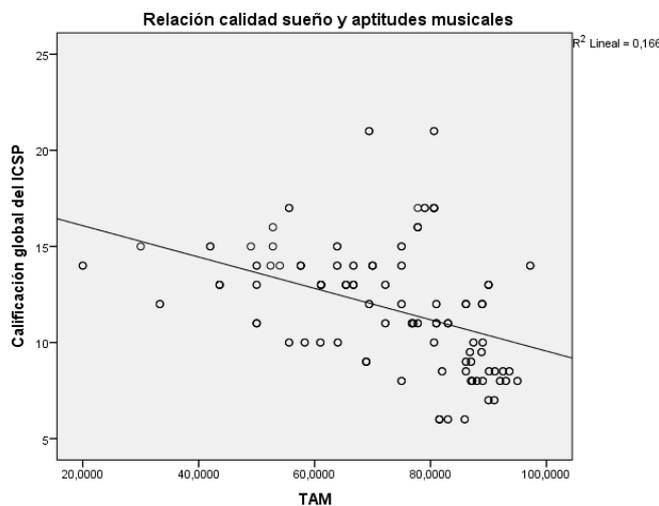
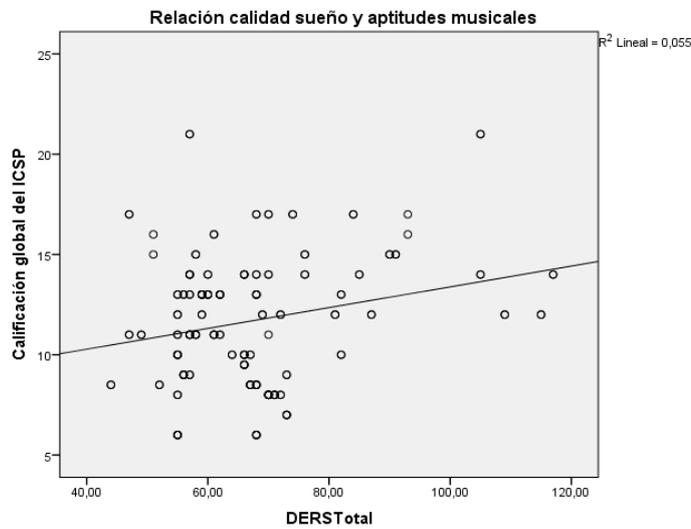


Figura 2.



Discusión

Los resultados mostraron que las aptitudes musicales de los sujetos se relacionaron y predijeron la calidad del sueño. A medida que aumentaron las puntuaciones de los participantes en aptitudes musicales, aumentó su calidad del sueño, tanto en sus componentes como en su valor total. Entre los sujetos que tocaban algún instrumento o cantaban, cuantos más años de experiencia presentaron, mayores puntuaciones en aptitudes musicales. Además, a medida que aumentaron los años de experiencia y las horas dedicadas a la semana a tocar un instrumento o cantar, mayor fue su calidad del sueño. Es decir, la práctica de las habilidades musicales favoreció la adquisición de aptitudes musicales y esto se relacionó con una mayor calidad del sueño.

Por lo tanto, se vio confirmada la primera hipótesis esperada de que puntuaciones más altas en aptitudes musicales indicasen mayor calidad del sueño y que

puntuaciones más bajas en aptitudes musicales indicasen una menor calidad del sueño. Apoyando así los resultados que ya obtuvieron Buntello, Martínez y Alonso (2010) sobre la mejoría de la calidad del sueño tras un proceso de musicoterapia.

Las puntuaciones de los participantes en los componentes del ICSP mostraron relaciones significativas con la puntuación total del índice, excepto con la duración del sueño. En esta muestra, la duración del sueño no fue un factor decisivo para valorar la calidad del sueño. Como ya venían indicando los estudios sobre el sueño, parece que la calidad del sueño no tiene tanto que ver con su duración, sino con la valoración que el sujeto hace de él y el nivel de interferencia de este sobre su día a día (Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005). Todos los componentes para valorar la calidad del sueño mostraron una relación directa y significativa entre ellos, excepto en el caso del uso de medicación. A medida que el uso de la medicación fue más habitual la duración del sueño y las alteraciones del sueño disminuyeron. Esto podría deberse a que la medicación disminuyó la frecuencia con la que los participantes se despertaban durante la noche, pero redujo el tiempo de dormir al tiempo durante el cual la medicación fue efectiva. La edad fue otro factor que se relacionó con la calidad del sueño, en particular la latencia, a medida que aumentó la edad de los participantes, tardaron menos en conciliar el sueño.

Se encontraron relaciones significativas y cierta predictibilidad de las dificultades en la regulación emocional para la calidad del sueño. Se vio confirmada la segunda hipótesis esperada de que menores puntuaciones en las dificultades de regulación emocional indicarían altas puntuaciones en la calidad del sueño y unas altas puntuaciones en las dificultades de regulación emocional serían indicadores de bajas

puntuaciones en la calidad del sueño. Esto concuerda con los resultados de la investigación de Mauss, Troy y LeBourgeois (2013) en la que sugieren una fuerte relación entre la calidad del sueño y la regulación emocional desadaptativa.

Las puntuaciones totales de los participantes en la EDRE se relacionaron de forma significativa con sus factores y las puntuaciones entre los factores se relacionaron de forma directa, excepto en tres casos: A medida que los participantes prestaban menos atención a sus emociones, mayor interferencia producían estas en sus tareas diarias; A medida que los participantes prestaban más atención a sus emociones, menor fue la culpa, vergüenza, enfado o debilidad experimentada por sentir malestar emocional; Y a medida que los participantes prestaron más atención a sus emociones, menor sensación de descontrol emocional experimentaban. Es decir, en la línea de los estudios realizados al respecto, parece que diferenciar emociones y prestarles atención se relaciona con una regulación emocional más adaptativa (Feldman, Gross y Benvenuto, 2001 y Hervás y Vázquez, 2006). A medida que los participantes presentaron mayor rechazo hacia las propias emociones y mayor interferencia de estas en la vida diaria, mayor fue su disfunción diurna (sensación de somnolencia o falta de ánimos que interfiere en realizar actividades diarias). Por lo que parece que hay una mayor repercusión de la calidad del sueño en la vida diaria cuando se experimenta culpa, vergüenza, ira o debilidad ante el propio malestar emocional. También se encontró una relación entre la edad de los participantes y la interferencia. A medida que aumentó la edad, disminuyó la interferencia de sus emociones sobre las actividades diarias.

No se encontró predictibilidad de las aptitudes musicales para las dificultades en la regulación emocional. Por lo que no se vio confirmada la tercera hipótesis de que

puntuaciones más altas en aptitudes musicales indicarían unas puntuaciones más altas en la calidad del sueño y que puntuaciones más bajas en aptitudes musicales indicarían unas más bajas en la calidad del sueño. Pero destacaron dos resultados: el primero fue que cuanto más temprana fue la edad de inicio de los sujetos en tocar un instrumento o cantar menor fue la sensación de pérdida de control ante el malestar emocional. El segundo resultado que destacó, fue que cuantas más horas le dedicaron a la semana a tocar un instrumento o cantar, más dificultad para reconocer emociones o comprenderlas presentó. Estos dos resultados pueden tener que ver tanto con las diferencias de personalidad previas de las personas que deciden estudiar música como de las habilidades que la música puede favorecer que se desarrollen (Carrigal y Schellenberg, 2015).

El estudio tiene varias limitaciones: 1. Las aptitudes musicales es una variable de alta complejidad que presenta dificultades para ser medida. Es complicado encontrar una definición de aptitudes musicales con la que se identifique la mayoría de conocedores del tema. Cada una de estas concepciones da lugar a un instrumento de medida diferente, que en ocasiones sólo evalúa un aspecto concreto de las aptitudes musicales. Además, la mayoría de los tests están diseñados para niños o para músicos profesionales. Por ello se eligió el Test de Aptitudes Musicales de Seashore, validado para población adulta, que ofrecía un perfil basado en varios factores. Aunque este test pudo no haber medido todas las variables relacionadas con las aptitudes musicales de carácter cualitativo. 2. La forma de obtención de la información fue vía *online*, por lo que los individuos pudieron alterar sus respuestas. Aunque el TAM, para sus resultados, tiene en cuenta el tiempo que tarda el sujeto en contestar. 3. Para generalizar los

resultados sería necesario repetir el estudio con una muestra de mayor tamaño y en diferentes países.

El estudio apunta a que tanto las aptitudes musicales como el proceso de regulación emocional tienen una influencia sobre la calidad del sueño. Estos estudios apoyan el uso de la música como herramienta para la prevención de la mala calidad del sueño, de las patologías relacionadas con esta, a la reducción de los costes en sanidad y la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad. Además, estos estudios también confirman el crucial papel del proceso de regulación emocional sobre el estado de salud general.

En futuras investigaciones sería interesante aclarar 4 resultados del estudio: El primero, es que a medida que aumentó el uso de medicación la duración del sueño disminuyó. ¿A qué factores se debe esto?, ¿Aunque hay una menor duración el sueño, hay un aumento respecto a la situación anterior a tomar la medicación? y ¿La toma de la medicación se hace de forma adecuada como el médico lo indica o se trata de una automedicación? El segundo, es que el nivel de interferencia de las emociones en la vida diaria fue menor a medida que aumentó la edad. ¿Por qué ocurre esto?, ¿Es entonces la interferencia una cualidad que se aprende con la edad de forma natural? ¿Tiene que ver con la atención? ¿A edades avanzadas, a partir de los 70, este resultado se mantendría? El tercero, es que cuanto antes comenzó el aprendizaje de música en los participantes, menor fue su sensación de pérdida de control ante el malestar emocional, ¿Qué relación hay entre el aprendizaje temprano de música y la sensación de control? Y el cuarto, es que cuantas más horas a la semana dedicasen a tocar un instrumento o cantar, mayor fue la dificultad de los participantes para reconocer y comprender sus

emociones ¿A qué se debe esto?, ¿Tiene que ver con el nivel de conciencia de las propias dificultades para reconocer las emociones? Por último, habría dos líneas de investigación futuras sobre la aplicación práctica de los resultados de estos estudios. Se podría valorar el efecto de las intervenciones de musicoterapia sobre el sueño y explorar las repercusiones sobre la calidad del sueño de intervenciones que atiendan al proceso de regulación emocional.

Referencias

- Aldao, A. y Dixon-Gordon, K. (2014). Broadening the Scope of Research on Emotion Regulation Strategies and Psychopathology. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1(43), 22-33.
- Bowlby, J. (1990). La pérdida afectiva. Buenos Aires: Paidós.
- Buntello, R., Martínez, A. y Alonso, M. (2010). Música y Neurociencias. *Archivos de Neurociencias*, 3(16), 160-167.
- Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S. y Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Cano-Lozano, C. y Buela-Casal, G. (2005). Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.
- Carrigal, K. y Schellenberg, E. (2015). Predicting Who Takes Music Lessons: Parent and Child Characteristics. *Frontiers in Psychology*, 282(6), 1-8.
- Compare, A., Zarbo, C., Shonin, E., Van Gordon, W. y Marconi, C. (2014). Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 2014, 1-10.

Currant, P., West, S. y Finch, J. (1996). The Robustness of Test Statistics to Nonnormality and Specification Error in Confirmatory Factor Analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29.

Eftekhari, A., Zoellner, L. y Vigil, S. (2008). Patterns of Emotion Regulation and Psychopathology. *Anxiety Stress*, 5(22), 571-586.

Ellison, J., Greenberg, L., Goldman, R. y Angus, L. (2009). Maintenance of Gains Following Experiential Therapist for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 103-112.

Etxeberria, I., García, A., Iglesias, A., Urdaneta, E., Lorea, I., Díaz, P. y Yanguas, J. (2010). Efectos del Entrenamiento en Estrategias de Regulación Emocional en el Bienestar de Cuidadores de Enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 46(4), 206-212.

Feldman, L., Gross, J. y Benvenuto, T. (2001). Knowing what you're Feeling and Knowing what to Do about it. Mapping the Relation Between Emotion Differentiation and Emotion Regulation. *Cognition and emotion*, 15(6), 713-724.

Goldsmith, H. y Davidson, R. (2004). Disambiguating the Components of Emotion Regulation. *Child Development*, 2(75), 361-365.

Greenberg, L. (2001). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16.

- Greenberg, L. y Pos, A. (2012). Organizing Awareness and Increasing Emotion Regulation: Revising Chair Work in Emotion-Focused Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(1), 84-107.
- Gross, J. y John, O. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2(85), 348-362.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, Investigación e Implicaciones para la Salud Mental y Física. *Revista de psicología general y aplicada*, 1(59), 9-36.
- Jimenez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G. y dela Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y Análisis Factorial de la Versión en Español del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh en Pacientes Psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*, 144(6), 491-496.
- Jódar, R. y Hervás, G. (2008). Adaptación al Castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Kamioka, et al. (2014). Effectiveness of Music Therapy: a Summary of Systematic Reviews Based on Randomized Controlled Trials of Music Interventions. *Patient Preference and Adherence*, 8, 727-754.

- Koelsch, S., Fritz, T., Cramon, Y., Müller, K. y Friederici, A. (2006). Investigating Emotion With Music: An FMRI Study. *Human Brain Mapping*, 27, 239-250.
- Koelsch, S. y Siebel, W. (2005). Towards a Neural Basis of Music Perception. *British Medical Journal*, 12(9), 578-594.
- Koerner, K. y Linehan, M. (2000). Research on Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 151-167.
- Linehan, M. (1993). Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Nueva York: Guilford Press.
- Lopes, P., Côté, S. y Beers, M. (2005). Emotion Regulation Abilities and the Quality of Social Interaction. *American Psychological Association*, 1(5), 113-118.
- Mauss, I., Troy, A. y LeBourgeois, M. (2013). Poorer Sleep Quality is Associated with Lower Emotion-Regulation Ability in a Laboratory Paradigm. *Cognition and emotion*, 3(27), 567-576.
- Morin, C., Bootzin, R., Buysse, D., Edinger, J., Espie, C. y Lichstein, K. (2006). Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia: Update of the Recent Evidence (1998-2004), *Sleep*, 29, 1398-1414.
- Morin, C., Kowatch, R., Barry, T. y Walton, E. (1993). Cognitive-behavior Therapy for Late-life Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 137-146.

- Núñez, J. (2012). *La mente: La última frontera*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Ohayon, M. (1977). Prevalence of DSM-IV Diagnostic Criteria of Insomnia: Distinguishing Insomnia Related to Mental Disorders from Sleep Disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 31(3), 333-346.
- Pandi-Perumal, S., Cardinali, D. y Chrousos, G. (2007). *Neuroimmunology of Sleep*. Nueva York: Springer.
- Salavert, E. (20 de abril 2012). No Dormir las Horas que nuestro Organismo Necesita Puede Ser un Factor que Contribuye a Sufrir Síndrome Metabólico. Web Consultas. Recuperado de: <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/insomnio/entrevista-dr-diego-garcia-borreguero-director-del-instituto-de-investigacione>.
- Seashore, C. (1938). *Psychology of Music*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Seashore, C., Lewis, D. y Saetveit, J. (1939). *The Seashore Measures of Musical Talents*. Nueva York: Columbia Gramophone Company.
- Sierra, J., Jiménez-Navarro, C. y Martín-Ortiz, J. (2005). Calidad del Sueño en Estudiantes Universitarios: Importancia de la Higiene del Sueño. *Salud Mental*, 25(6), 35-43.
- Silva, J. (2005). Regulación Emocional y Psicopatología: el Modelo de Vulnerabilidad/Resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(3), 201-209.

- Splegel, K et al (1999). Impact of Sleep Debt on Metabolic and Endocrine Function. *The lancet*, 354, 1435-1439.
- Stasiewicz, P., Brandizza, C., Schlauch, R., Coffey, S., Gulliver, S., Gudleski, G. y Bole, C. (2013). Affect Regulation Training (ART) for Alcohol Use Disorders: Development of a Novel Intervention for Negative Affect Drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(5), 433-443.
- Thoma, M., Ryf, S., Mohiyeddini, C., Ehlert, U. y Nater, U. (2012). Emotion Regulation Through Listening to Music in Everyday Situations. *Cognition and Emotion*, 26(3), 550-560.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. Monographs of the Society for *Research in Child Development*, 2(59), 25-52.

Apéndice

Tabla 1.
Matriz de correlaciones

	Edad	Experiencia	Edad de iniciación	Dedicación	CSS	LS	DdD	ES	AS	UM	DD	ICSP Total	TAM	Descontrol	Rechazo	Interferencia	Desatención	Confusión	
Edad	—																		
Experiencia	0,454***	—																	
Edad de iniciación	0,496***	-0,533***	—																
Dedicación	0,141	0,726***	0,119	—															
CSS	-0,005	-0,501***	-0,499***	-0,527***	—														
LS	-0,367***	-0,370***	-0,166	-0,372***	0,626***	—													
DdD	0,164*	0,287***	-0,037	0,092	-0,437***	-0,342***	—												
ES	-0,142	0,272***	-0,024	-0,159	0,429***	0,590***	0,604***	—											
AS	-0,014	-0,497***	0,261**	-0,385***	0,647***	0,255**	0,259***	0,569***	—										
UM	-0,112	-0,147	-0,071	-0,105	0,174*	0,248**	-0,277***	0,289***	0,137	—									
DD	-0,179**	-0,354***	0,227*	-0,283**	0,242**	0,248**	-0,277***	0,259***	0,354***	0,085	—								
ICSP Total	-0,161*	-0,437***	0,128	-0,454***	0,652***	0,724***	-0,085	0,636***	0,758***	0,320***	0,632***	—							
TAM	0,150*	0,501***	-0,037	0,506***	-0,545***	-0,505***	0,383***	-0,348***	-0,413***	-0,180*	-0,158*	-0,408***	—						
Descontrol	-0,129	0,143	-0,375***	0,195*	0,129	0,197**	-0,018	0,131	-0,017	-0,059	0,032	0,107	-0,046	—					
Rechazo	-0,222**	-0,17	-0,051	0,055	-0,051	0,131	0,014	0,117	0,026	0,09	0,3000***	0,205**	0,044	0,594***	—				
Interferencia	-0,276***	-0,235**	-0,068	-0,175	0,255**	0,438**	-0,154	0,318***	0,209**	-0,031	0,407***	0,428***	-0,225**	0,652***	0,536***	—			
Desatención	0,174*	0,121	0,223*	-0,034	-0,095	-0,051	0,117	0,011	-0,089	-0,015	-0,152*	-0,084	-0,026	-0,244**	-0,357***	-0,081	—		
Confusión	-0,064	0,073	-0,181	0,315***	-0,037	0,086	0,029	0,033	0,06	-0,091	0,016	0,046	0,085	0,414***	0,449***	0,297***	-0,257***	—	
EDRE Total	-0,204**	-0,032	-0,193*	0,103	0,086	0,260***	-0,021	0,195**	0,049	-0,011	0,221**	0,235**	-0,054	0,892***	0,828***	0,802***	-0,168*	0,531***	—

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Tabla 2.					
T-Student para muestras independientes: Sexo					
	Mujer		Hombre		
	M	SD	M	SD	t-test
LS	0,902	0,8733	0,625	0,8624	0,364*
UM	0,16	0,502	0,03	0,157	23,200*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabla 3.					
T-Student para muestras independientes: Tocar un instrumento o cantar					
	Toca		No toca		
	M	SD	M	SD	t-test
Interferencia	8,446	3,113	10,743	3,847	10,346***
CSS	0,5	0,684	1,43	0,772	1,949***
LS	0,464	0,848	1,286	0,663	3,681***
DdD	7,304	1,541	6,771	0,935	12,783**
ES	0,179	0,407	0,478	0,746	36,953**
AS	0,8	0,879	1,46	0,846	0,058***
ICSP Total	10,68	3,236	13,42	2,237	11,726***
TAM	80,431	13,64	61,814	12,75	0,358***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabla 4.					
T-Student para muestras independientes: Ser profesional					
	Profesional		No Profesional		
	M	SD	M	SD	t-test
Descontrol	20,292	4,7533	16,761	7,125	5,224**
Interferencia	8,208	2,705	9,731	3,778	14,010**
Confusión	10,25	1,376	9,642	1,661	1,676*
CSS	0,4	0,202	1,15	0,8	79,377***
LS	0,125	0,606	1,015	0,841	12,624***
DdD	7,75	1,787	6,866	1,092	8,089***
ES	0,042	0,202	0,382	0,638	66,445***
AS	0,25	0,526	1,34	0,859	24,065***
UM	0	0	0,13	0,455	19,452*
DD	0,58	1,269	1,85	1,346	1,158***
ICPS Total	8,79	2,53	12,77	2,703	1,225***
TAM	88,2775	4,616	67,9	15,296	42,835***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

